

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ
 ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ «БЛЕДНОГО» ТИПА
 В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ
 МИОКАРДА

За последние годы особую актуальность приобрело определение до операции степени нарушения сократительной способности миокарда. Изменения сердечной мышцы, вызванные предшествующим патологическим процессом, еще более повышают его чувствительность к гипоксии и ацидозу, сопровождающим операциою. Положительный результат оперативного вмешательства определяется не только правильной диагностикой и качеством выполнения операции, но и степенью изменений самого миокарда, развившихся в течение заболевания.

Поэтому мы задались целью изучить степень нарушения функционального состояния миокарда у больных с врожденными пороками «бледного» типа для определения показаний и противопоказаний к их хирургической коррекции.

Число исследованных и оперированных больных приведено в табл. 1. Таблица 1

Вид порока	Обследованы	Оперированы
Дефект межпредсердной перегородки	350	134
Дефект межжелудочковой перегородки	114	56
Незаращение артериального протока	374	373
Коарктация аорты	74	70
Стеноз устья аорты	18	18
Стеноз легочной артерии	28	27
Всего	768	678

У всех больных производилось многостороннее клинико-инструментальное исследование, включающее данные опроса больного, физического развития, подробное физикальное исследование, клинические и биохимические анализы. Особое внимание уделяли данным, отражающим функциональное состояние сердечно-сосудистой системы (наличие и степень выраженности одышки и сердцебиения, боли в области сердца, размеры сердца).

При анализе клинические данные сопоставлялись с анатомическими особенностями порока, степенью гемодинамических нарушений, с величиной давления в системе легочной артерии, сопротивлением легочных сосудов, степенью систолического градиента между желудочками сердца и магистральных сосудов.

Для определения функционального состояния миокарда, кроме клинического исследования, произведено электрокардиографическое,

поликардиографическое и рентгенологическое исследование, а также зондирование сердца с последующим определением фазовой структуры сердечного сокращения.

С целью изучения функционального состояния и обменных процессов миокарда как при гипертрофии правых и левых отделов сердца, так и при экспериментальном миокардите нами использованы данные 144 экспериментов на кроликах (сужение устья аорты — 46, рецидивирующий миокардит — 68, интактные кролики — 20, контрольные кролики — 10) и 66 экспериментов на собаках (сужение устья легочной артерии).

Одним из наиболее объективных методов, позволяющих оценить функциональное состояние миокарда левого и правого желудочков у больных с врожденными пороками «бледного» типа, находящихся в различных стадиях заболевания, является определение фаз сердечного сокращения. Помимо определения общей продолжительности фаз сокращения, большое значение следует придавать ее отдельным компонентам. Изменение соотношений их обуславливается функциональным состоянием миокарда желудочков.

Проведенный анализ показывает, что поликардиографический метод исследования при врожденных пороках сердца позволяет выявить компенсаторные возможности миокарда левого желудочка, обусловленные как гемодинамическими сдвигами, так и степенью поражения сердечной мышцы.

Зондирование правых отделов сердца при врожденных пороках «бледного» типа с последующим изучением фазовой структуры сокращения правого желудочка дает весьма ценные сведения о нарушении сократительной функции миокарда и в каждом конкретном случае может помочь при определении показаний и противопоказаний к хирургической коррекции порока.

Вопросам, связанным с морфо-гистохимическими изменениями миокарда в сопоставлении с клинико-гемодинамическими нарушениями различной степени, в современной кардиологии придается огромное значение, однако сведения об этих показателях при врожденных пороках сердца единичны. Поэтому мы попытались определить степень морфо-гистохимических изменений в миокарде в зависимости от принадлежности больных к различным клиническим группам.

Проведенное исследование показало, что чем больше выражены нарушения внутрисердечной гемодинамики и гемодинамики в малом кругу кровообращения, тем резче морфо-гистохимические изменения в сердечной мышце и тем неблагоприятнее результат оперативного вмешательства. На функциональное состояние миокарда у больных врожденными пороками сердца «бледного» типа оказывают существенное влияние характер и величина легочной гипертензии, бактериальный эндокардит и нарушение метаболизма сердечной мышцы.

До сих пор нет единого мнения по вопросу об отборе больных с высокой легочной гипертензией на операцию, поэтому для вы-

работки четких показаний к операции у больных с незаращенным артериальным протоком, дефектами межжелудочковой и межпредсердной перегородок, осложненными легочной гипертензией, мы подробно изучали гемодинамические нарушения малого и большого кругов кровообращения, а также функциональное состояние и патоморфологические изменения сосудов малого круга кровообращения при различных степенях легочной гипертензии.

Полученные данные показывают, что у больных с врожденными пороками сердца со сбросом крови слева направо может развиваться легочная гипертензия, которая изменяет клиническую картину заболевания и значительно ухудшает функциональное состояние миокарда, ввиду чего при высокой легочной гипертензии чаще во время операции и в ближайший послеоперационный период возникают осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы.

При установлении показаний и противопоказаний к операции у больных с врожденными пороками сердца, осложненными легочной гипертензией, необходимо выявить не только ее величину, но и характер. Так, больным с высокой легочной гипертензией, но низким общесистемным легочным сопротивлением хирургическая коррекция прямо показана, в то время как больным с высоким сопротивлением радикальное оперативное вмешательство противопоказано. Однако в раннем детском возрасте операцией выбора может считаться суживание легочной артерии.

В процессе развития болезни у ряда больных с врожденными пороками сердца «бледного» типа наблюдаются признаки бактериального эндокардита (20,05% наших больных), который снижает сократительную способность сердечной мышцы, ввиду чего при хирургической коррекции чаще развивается сердечно-сосудистая слабость. Так, из 139 больных с различными врожденными пороками сердца, осложненными бактериальным эндокардитом, во время операции и в послеоперационном периоде явления сердечной недостаточности наблюдались у 51 больного.

По степени активности бактериального эндокардита у больных с врожденными пороками сердца можно выделить три стадии: а) минимальной активности; б) микросимптоматики; в) затяжного септического эндокардита. При выявлении минимальной активности или стадии микросимптоматики хирургическая коррекция показана на фоне антибактериальной терапии, в то время как при стадии затяжного септического эндокардита операция становится противопоказанной. Такие больные должны получать длительную комплексную антибактериальную, десенсибилизирующую и кардиальную терапию и только при ее эффективности может ставиться вопрос об оперативном вмешательстве.

Наши наблюдения показывают, что врожденные пороки сердца «бледного» типа у подавляющего большинства больных раннего детского возраста осложняются развитием недостаточности сердца, что приводит к высокому проценту летальности. Однако у переживших

этот период благодаря развитию компенсаторно-приспособительных механизмов сердечно-сосудистая система адаптируется к нарушенной внутрисердечной гемодинамике с улучшением состояния больных.

Мы считаем, что недостаточность сердца в раннем детском возрасте не только не является противопоказанием к оперативному вмешательству, но, наоборот, если она не поддается медикаментозному лечению в течение нескольких недель, необходимо хирургическое вмешательство для полного или частичного исправления гемодинамики. У подавляющего большинства больных после хирургической коррекции явления недостаточности сердца быстро идут на убыль и купируются.

Изучение экспериментальных данных показало, что ухудшение функционального состояния миокарда левого и правого желудочков сердца при острой и хронической перегрузке обусловлено выраженным нарушением метаболизма, в первую очередь, во всех отделах сердца отмечается статистически достоверное снижение концентрации нуклеиновых кислот.

Таким образом, анализ проведенного исследования позволяет считать, что при определении показаний и противопоказаний к хирургической коррекции врожденных пороков «бледного» типа необходимо выявление функционального состояния миокарда и всех факторов, влияющих на него. При установлении значительного снижения функционального состояния миокарда целесообразно проводить длительную и комплексную медикаментозную терапию и только при улучшении сократительной способности миокарда можно ставить вопрос об оперативном устранении порока сердца. Это поможет проводить патогенетическую терапию как в до-, так и в послеоперационном периоде.

Институт кардиологии и сердечной
хирургии МЗ Арм. ССР

Поступило 10.V 1971 г.

Ч. Գ. ԱԴԱՄՅԱՆ

**«ԳԺԳՈՒՅՆ» ՏԻՊԻ ՍՐՏԱՅԻՆ ԱՐԱՏՆԵՐՈՎ ՀԻՎԱՆԳՆԵՐԻ ՎԻՐԱՀԱՏՄԱՆ
ՑՈՒՑՄՈՒՆՔՆԵՐԸ ԵՎ ՀԱԿԱՑՈՒՑՄՈՒՆՔՆԵՐԸ ԿԱԽՎԱՑ
ՍՐՏԱՄԿԱՆԻ ՖՈՒՆԿՑԻՈՆԱԼ ԳՐՈՒԹՅՈՒՆԻՑ**

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Վիրաբուժական բուժման ցուցմունքներն ու հակացուցմունքները որոշելիս, «գժգույն» տիպի բնածին արատներով հիվանդների մոտ, անհրաժեշտ է սրտամկանի ֆունկցիոնալ դրուժյան և նրա վրա ազդող բոլոր գործոնների հայտնաբերումը: Դա օգնում է կիրառել պաթոֆիզիոլոգիկ թերապիա ինչպես նախաօպերացիոն, այնպես էլ հետօպերացիոն շրջաններում, ինչպես նաև կնպաստի բարդությունների և մահացման նվազմանը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Григорян Н. Х. Дисс. канд., Ереван, 1967.
2. Францев В. И., Харин В. Ю. В кн.: «Хирургия сердца в раннем детском возрасте», М., 1968, 62.
3. Покидкин В. А. В кн.: «Хирургия сердца в раннем детском возрасте», М., 1968, 88.
4. Бураковский В. И., Константинов Б. А. Болезни сердца у детей раннего возраста, Медицина, 1970.
5. Ash R., J.Pediat. 1964, 64, 49.