

Л. Г. ТАТИНЯН

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МИТРАЛЬНОЙ КОМИССУРОТОМИИ В АСПЕКТЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

В настоящее время накоплен большой опыт хирургического лечения сужения левого предсердно-желудочкового отверстия и отдаленных результатов. Однако влияние отдельных факторов на прогноз операции трактуется по-разному, вплоть до противоположных точек зрения. Так, одни авторы [1, 2, 10, 12] считают, что исход комиссуротомии зависит от стадии болезни; другие [3, 7, 9, 11] первостепенное значение в исходе операции придают морфологическим изменениям клапана и подклапанного аппарата, а также степени регургитации, третьи [5, 6], придавая большое значение степени легочной гипертензии, утверждают, что у больных в IV стадии болезни по А. Н. Бакулеву и Е. А. Дамир, при незначительной легочной гипертензии, результаты операции лучше, чем у больных во II и III стадиях заболевания, сопровождающихся выраженной гипертензией. До настоящего времени нет общего мнения о влиянии кардинальных признаков, определяющих сущность данной патологии на прогноз операции.

Поэтому целью данной работы было изучение отдаленных результатов закрытой митральной комиссуротомии в динамике, в аспекте эффективности хирургической коррекции.

Мы считаем, что успех операции определяется: а) адекватностью расширения левого предсердно-желудочкового отверстия и степенью восстановления или сохранения замыкательной функции клапана, что зависит от качественных проявлений и количественной выраженности изменений клапана и подклапанного аппарата, выражающихся в утолщении и деформации створок, фиброзе, гиалинозе и кальцинозе их; б) уровнем функциональной состоятельности миокарда в новых гемодинамических условиях; в) обратимостью изменений малого круга кровообращения.

Перечисленные факторы послужили основанием для использования классификации, предложенной А. Л. Микаеляном в 1964 г., согласно которой все больные по степени эффективности произведенной комиссуротомии были подразделены на 3 категории: эффективную, малоэффективную и неэффективную.

Принятые в институте обязательные, периодически проводимые, стационарные обследования больных в различные сроки отдаленного послеоперационного периода, путем активного вызова их, позволили

Таблица 1

Отдаленные результаты митральной комиссуротомии в динамике по категориям эффективности

Периоды обследования в годах	Эффективная категория						Малозффективная категория						Неэффективная категория					
	количество больных	Результаты				из них умерло	количество больных	Результаты				количество больных	Результаты				из них умерло	
		отличные	хорошие	средственные	без перемен, ухудшенные			отличные	хорошие	средственные	без перемен и ухудшенные		отличные	хорошие	средственные	без перемен и ухудшенные		
1—2	228	169	56	3	—	—	51	8	25	18	—	—	41	—	—	7	30	4
2—3	200	168	31	1	—	—	46	4	23	19	—	—	29	—	—	3	22	4
3—4	166	129	35	1	—	1	41	2	14	21	2	2	19	—	—	—	15	4
4—5	131	97	33	—	—	1	33	—	7	20	6	—	10	—	—	—	10	—
5—6	99	72	27	—	—	—	26	—	4	15	7	—	9	—	—	—	9	—
6—7	65	46	16	2	—	1	13	—	2	7	4	—	7	—	—	—	4	3
7—8	33	21	9	2	—	1	8	—	—	4	3	—	2	—	—	—	2	—
8—9	18	12	5	1	—	—	3	—	—	3	—	—	2	—	—	—	2	—

нам изучить результаты операций в динамике. В основу работы положено 1591 стационарное всестороннее обследование, включая и дооперационные, проведенные у 320 больных после митральной комиссуротомии, с 1962 по 1966 годы, и у части больных в 1967—1968 гг., с максимальным сроком, истекшим после операции, до 8 лет. Женщин было 213, мужчин—107, в возрасте от 10 до 57 лет. Операции, в основном, производились трансвентрикулярным методом с применением дилатора НИИЭХАИ; пальцевым способом произведено всего 27 вмешательств.

В эффективную категорию вошло 228 больных (29,8%), в малоэффективную 51 (60,8%) и в неэффективную 41 больной (63,4%). По стадиям заболевания (по классификации А. Н. Бакулева и А. М. Дамир) больные распределены следующим образом: из 320 больных во II стадии было четверо, в III стадии—191, 120 больных находились в конечных стадиях порока (в IV, на грани V и в V стадиях). Результаты операции оценивались по принятой в Институте пятибалльной системе оценок.

Динамика оценок представлена в таблице, которая четко демонстрирует зависимость результатов операции от ее эффективности. В эффективной категории полностью отсутствуют плохие результаты во все сроки обследований. Из 4 летальных исходов установлена причина одного в интервале от 3 до 4 лет (больная попала под поезд). Об остальных (3) больных сведений о причине смерти не имеется. Наибольший процент отличных результатов отмечен в интервале от 2 до 3-х лет—у 168 больных из 200 обследованных (84%). В следующем периоде обследования, в интервале от 3 до 4 лет, появляется тенденция к снижению процента отличных результатов, которая в последующие сроки постепенно, с незначительно выраженной степенью (колеблясь в пределах от 1,5 до 6%), нарастала. В интервале от 4 до 5 лет и от 5 до 6 лет результаты были только отличные и хорошие, однако отсутствие посредственных результатов не меняло закономерности спада отличных результатов, прослеживающегося на протяжении всего срока обследования. Подобное явление в течение отдаленного периода в эффективной категории нами отмечено и в предыдущем исследовании, где изучались отдаленные результаты только в конечных стадиях порока. Следовательно, стадия болезни или степень нарушения кровообращения до операции не оказывает существенного влияния на закономерность течения послеоперационного периода, при условии эффективной комиссуротомии.

В малоэффективной категории отличные и хорошие результаты в начале наблюдения были у 33 больных из 51 (64,7%), тогда как в эффективной категории в те же сроки из 228 обследованных отличные и хорошие результаты отмечены у 225 больных (98,7%). Интенсивность ухудшения в последующие сроки обследования в этой категории была более выраженной. За 3 года (в период обследования от 3 до 6 лет) плохие результаты возросли с 5,6% до 26,9%. Кроме того, было 2 летальных исхода в интервале от 3 до 4 лет, наступивших от прогрессиру-

ющей сердечно-сосудистой недостаточности. Надо отметить, что в малоэффективной категории отсутствовала кульминационная волна нарастания оптимальности положительных результатов, как это отмечалось в эффективной категории.

Неэффективная же категория отличалась наличием плохих результатов с начала до конца всего периода обследования. Незначительный процент посредственных результатов, имеющих в начальном периоде, оказался весьма нестойким, а с удлинением срока обследования также прогрессивно увеличивалось количество летальных исходов (по отношению к числу обследуемых лиц). В общей сложности от прогрессирующей сердечно-сосудистой недостаточности в данной категории из 41 больного умерло 15, что составляет 36,6%, тогда как общая летальность по всем категориям до конца обследования составляла 6,2% (не считая несчастного случая).

Интересно отметить, что признаки разгрузки малого круга кровообращения в эффективной категории, определяемые клинически и рентгенологически, наступали в самом начале срока обследования, в ряде случаев вплоть до полной нормализации легочного рисунка. Несколько отставая от этих признаков во времени, прослеживалась положительная динамика и в конфигурации сердца, уменьшались его правые отделы и левое предсердие, в некоторых случаях до полного исчезновения мигральной конфигурации. Последняя отмечалась в интервале от 2 до 4 лет, в несколько меньшем проценте случаев, чем полная нормализация легочного рисунка.

В малоэффективной же категории не у всех больных отмечена положительная динамика в легочном рисунке и уменьшение размеров сердца, у ряда больных динамика отсутствовала, а у некоторых положительная динамика в легочном рисунке сочеталась с увеличением размеров сердца, достигая к концу обследования степени бычьего сердца, после чего наступало ухудшение и в легочном рисунке. У этих больных клиническое ухудшение наступало постепенно, после довольно продолжительного удовлетворительного или даже хорошего общего состояния. В основе его была клапанная или миокардиальная недостаточность, или сочетание этих компонентов. Такой тип ухудшения характерен для малоэффективной категории.

В неэффективной категории у большинства больных разгрузка в малом круге кровообращения не наступала вообще, а если и были такие случаи, то они наступали в ближайшем послеоперационном периоде, до 1 года, истекшего после операции, и держались не долго. Размеры сердца увеличивались, в основном, за счет правого желудочка (резкого выбухания его конуса во II косом положении), однако не достигая степени бычьего сердца, как это наблюдалось в малоэффективной категории. Лишь в 2 случаях в интервале от 1 до 2 лет отмечено, наряду с увеличением правого желудочка, некоторое увеличение левого предсердия. Такая динамика характерна для неэффективной категории, где ухудшение обусловлено превалированием органических изме-

нений в системе малого круга кровообращения над функциональными.

Ухудшение результатов комиссуротомии с удлинением срока прошедшего после операции, констатируемое в исследуемой группе больных, отмечалось многими исследователями. У большинства больных это связывалось с обострением ревматического процесса в послеоперационном периоде, возникновением рестеноза, предоперационной тяжестью и запущенностью болезни. Мы же к этому вопросу подошли с позиции эффективности, и в результате динамического изучения отдаленных результатов нашли прямую зависимость устойчивости положительных результатов от эффективности хирургической коррекции.

### Выводы

1. Результаты митральной комиссуротомии, как и особенности клинического течения в отдаленном периоде, обусловлены объективными факторами, определяющими понятие эффективности, и находятся в прямой зависимости от последней.

2. Стадия болезни или степень нарушения кровообращения до операции, при условии эффективной комиссуротомии, не оказывают существенного влияния на течение отдаленного послеоперационного периода.

3. В благоприятных случаях наибольший процент положительных результатов в отдаленном периоде отмечается в интервале от 2 до 3 лет, истекших после операции.

Институт кардиологии  
МЗ Арм. ССР

Поступило 23. VIII 1971 г.

Լ. Գ. ՏԱՏԻՆԱՆ

ՄԻՏՐԱԿԱԿՈՄԻՍՍՈՒՐՈՏՈՄԻԱՅԻ ՀԵՌԱՎՈՐ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԻ  
ԱՐԺԵՔԱՎՈՐՈՒՄԸ ՎԻՐԱՔՈՒԺԱԿԱՆ ՄԵԹՈԴԻ ԱՐԴՅՈՒՆՎԵՏՈՒԹՅԱՆ  
ՏԵՍԱԿԵՏԻՑ

Ա մ փ ն փ ն լ մ

*Ուսումնասիրված են 320 հիվանդների միտրալ կոմիսսուրոտոմիայի հեռավոր արդյունքները դինամիկալում՝ վերաբուժական էֆֆեկտիվության տեսանկյունով:*

L. G. TATINIAN

REMOTE RESULTS OF MITRAL COMISSUROTOMY AIMED  
AT ACHIEVING EFFICIENCY IN SURGICAL CORRECTIONS

S u m m a r y

A study has been made of the remote results of closed mitral com'ssurotomy in 320 patients as to the dynamics and efficiency of surgical corrections.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Амосов Н. М., Блесткина Л. В. и др. Хирургия, 1964, 10, 3.
2. Ахметов А. М., Осиповский Л. В. В кн.: «Приобретенные пороки сердца», М., 1968, 81, 3.
3. Григорьев М. С., Кожевникова Н. П. Вестник хирургии, 1969, 7, 10.
4. Блесткина Т. Г., Мзбинский А. Л. и др. Матер. 1-го Всесоюз. симпози. по проблеме легоч. гипертензии, Л., 1968, 131.
5. Колесников С. А., Незлин В. Е. и др. Труды 13—14 Всесоюз. конференц. науч. общества терапевтов, М., 1967, 348.
6. Куприянов П. А., Блесткина Т. Г. Клинич. медицина, 1960, 8, 54.
7. Мешалкин Е. Н., Мешалкин И. Н. и др. Вестник хирургии, 1963, 2, 70.
8. Микаелян А. Л. Клинико-патофизиологические изменения при сужении левого атриоventрикулярного отверстия сердца и хирургическая коррекция его, Ереван, 1964.
9. Петровский Б. В. В кн.: «Избранные лекции по клинической хирургии», М., 1968, 268.
10. Dahe J. C., Winchell P. et al., Arch. Intern. Med., 1967, 119, 1, 92.
11. Kimura N., Utsu F. et al, Japon Circul. J. 1967, 31, 12, 1869.
12. Knothe W., Iffand U. et al. Thoraxchirurgie, 1967, 15, 3, 292.