

Н. Н. ХУДАБАШЯН

О КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЯХ И ТЕЧЕНИИ СОЧЕТАННЫХ
МИТРАЛЬНО-АОРТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Несмотря на то, что клапанные пороки принадлежат к числу заболеваний, достаточно изученных, и клиническая диагностика изолированных пороков не представляет особых трудностей, ошибки в диагностике сочетанных поражений встречаются еще нередко. Поэтому в ряде случаев распознавание многоклапанных пороков становится достоянием более точных и совершенных методик внутрисердечного исследования, диагностическое значение которых неоспоримо велико. Однако возможные осложнения и необходимость специального оборудования затрудняют их широкое применение и создают необходимость чисто клинической диагностики.

Настоящее исследование ставило целью изучить основные клинические проявления самого распространенного многоклапанного порока—митрально-аортального.

Для этого мы сочли необходимым изучить клиническую симптоматику в зависимости от вида порока, степени выраженности и преобладания стеноза или недостаточности, установить зависимость этих проявлений от характера нарушения гемодинамики, в каждом конкретном случае, выявить некоторые причины трудности диагностики, оценить в сравнительном плане клиническую тяжесть состояния больных в зависимости от разновидности порока.

Наши наблюдения охватывают 332 случая с различными вариантами поражения митрального и аортального клапанов. В зависимости от показания к тому или иному виду хирургической коррекции порока, мы сочли возможным разделить всех больных на 3 группы:

II группу составили 234 больных сочетанным митрально-аортальным стенозом, которым была показана одномоментная митрально-аортальная комиссуротомия; II группу—74 больных с сужением левого атриовентрикулярного отверстия и с недостаточностью аортальных клапанов; этим больным была показана митральная комиссуротомия и протезирование аортальных клапанов; в III группу вошли 24 больных с сочетанной недостаточностью митрального и аортального клапанов, которым было показано протезирование обоих клапанов.

Диагноз заболевания у 217 больных подтвержден операцией, у 182—при зондировании полостей сердца.

Наши данные о наибольшей частоте митрально-аортальных стенозов соответствуют данным других исследователей [2—4, 6, 9—11].

Изучение клинических проявлений у больных I группы мы проводили в соответствии с предложенной А. Л. Микаеляном (1968) классификацией:

I подгруппу составили больные митрально-аортальным стенозом с преобладанием сужения левого атриовентрикулярного отверстия. У них четко проявляются выражен-

ные симптомы этого порока (одышка, кровохарканье, признаки правосторонней недостаточности сердца—периферические отеки, увеличение печени).

На кривых электрокардиограммы преобладали признаки перегрузки и гипертрофии левого предсердия и правого желудочка. На рентгенограммах—усиление легочного рисунка, больше митральная конфигурация сердца, гипертрофия правого желудочка. Наряду с этим у некоторых больных выявлялась значительно менее выраженная симптоматика стеноза устья аорты.

У больных II подгруппы признаки обоих пороков были выражены одинаково.

III подгруппу составили больные с преобладанием признаков стеноза устья аорты (боли в области сердца, головные боли, головокружения, чаще наблюдались симптомы недостаточности левого сердца—приступы сердечной астмы, переходящие иногда в отек легких). На электрокардиограмме—перегрузка и гипертрофия левого желудочка, часто определяющаяся и на рентгенограммах. Наряду с этим определялись признаки сужения левого атриовентрикулярного отверстия.

Изучение операционных находок и объективных показателей данных гемодинамики, полученных при зондировании полостей сердца и магистральных сосудов, и выявление при этом достоверных различий в отдельных показателях по группам подтверждают объективность проведенного деления (табл. 1).

У больных II группы (сужение левого атриовентрикулярного отверстия, сочетанное с недостаточностью аортальных клапанов) мы также наблюдали две разновидности этого сочетания. При преобладании признаков сужения левого атриовентрикулярного отверстия на операции было выраженное сужение левого атриовентрикулярного отверстия (площадь отверстия $< 1,0 \text{ см}^2$). При преобладании признаков недостаточности аортального клапана площадь левого атриовентрикулярного отверстия на операции $> 1,0 \text{ см}^2$, расширенная левая граница сердца, выраженный диастолический шум над проекцией аорты и в точке Боткина, у ряда больных—нулевое диастолическое давление.

Такое изучение проявления митрально-аортальных пороков в пределах вышеприведенного деления позволяет вскрыть некоторые причины трудности диагностики сочетанных пороков.

Так, выяснилось, что подавляющее большинство больных, у которых до операции не был выявлен стеноз устья аорты или преобладание недостаточности аортального клапана, относились к тем подгруппам, где преобладало сужение левого атриовентрикулярного отверстия. У этих больных в условиях сниженного наполнения и ударного объема левого желудочка аортальный порок гемодинамически проявлялся слабо, а иногда был совершенно скрыт.

Следует учесть, что при наличии сужения левого атриовентрикулярного отверстия такие симптомы, как головная боль, головокружение, обмороки, боли в области сердца любого характера не всегда можно расценивать как результат гипоксии от уменьшения минутного объема кровообращения, характерного для сужения левого атриовентрикулярного отверстия. В сочетании с данными электрокардиографии и рентгеновского обследования, выявляющими гипертрофию левого желудочка, нарушение коронарного кровообращения в области левого желудочка, удлинение и закругление дуги его и расширение восходящего отдела аорты должны наводить на мысль о возможности существования стеноза устья аорты, признаки которого явно стерты преобладающими симптомами митрального порока. Диастолический шум аортального происхождения на фоне сужения левого атриовентрикулярного отверстия иногда трактуется как верхушечный диастолический шум, между тем

Таблица 2

Гемодинамические показатели больных митрально-аортальным стенозом

Гемодинамические показатели			Ед. изм.	Первая группа		Вторая группа		Третья группа		P ₁	P ₂	P ₃
				M±m		M±m		M±m				
Давление	Правый желудочек	систолич. диастол.	мм. рт. ст. мм. рт. ст.	62,5±3,9 4,62±0,57	23,5 3,32	66,4±2,8 4,35±0,7	17,8 4,2	58,1±8,4 7,0±0,81	40,7 3,82	0,5 0,1	0,5 0,5	0,25 0,1
	Легочная артерия	систолич. диастол.	мм. рт. ст. мм. рт. ст.	61,6±3,54 34,8±2,7	21,6 16,3	67,3±3,7 35,6±1,98	23,6 12,09	57,6±3,96 29,6±2,01	19,08 9,66	0,5 0,1	0,25 0,5	0,1 0,05
	Левый желудочек	систолич. диастол.	мм. рт. ст. мм. рт. ст.	112,1±4,3 3,44±0,73	25,8 4,27	121,9±4,6 7,1±0,91	29,8 5,58	148,3±8,64 9,8±1,48	43,4 6,92	0,001 0,001	0,25 0,1	0,01 0,25
	аорта	систолич. диастол.	мм. рт. ст. мм. рт. ст.	95,6±3,6 67,5±3,13	21,7 17,9	97,7±3,87 67,3±2,3	24,4 14,3	113,0±3,78 74,9±2,72	18,94 13,6	0,001 0,05	0,5 0,5	0,01 0,05
Градиенты давления	Диастолический градиент между левым предсердием и левым желудочком		мм. рт. ст.	19,6±2,8	10,6	20,9±3,2	11,7	12,0±2,51	5,35	0,05	0,5	0,05
	Систолический градиент между левым желудочком и аортой		мм. рт. ст.	16,78±1,7	9,04	26,7±2,86	17,2	49,4±5,04	22,2	0,001	0,002	0,001
Сопротивление	Общелегочн.		дин. сек. см ⁻⁵	753,6±79,5	358,1	695,8±69,1	324,8	509±73,8	280,7	0,02	0,5	0,1
	легочно-артериальное		дин. сек. см ⁻⁵	291,9±46,9	206,6	258,9±27,2	125,3	200,1±50,39	191,5	0,001	0,5	0,25
	митральное		дин. сек. см ⁻⁵	450,7±68,8	295,9	490±74,6	335,7	404,4±31,9	118,1	0,5	0,5	0,25
	общепериферическое		дин. сек. см ⁻⁵	1616,4±193,3	350,7	1264,6±97,4	458,2	1055,8±85,9	283,7	0,02	0,1	0,1
Работа желудочков		правого левого	кгм/мин. кгм/мин.	2,04±0,25 3,56±0,34	1,1 1,53	2,46±0,22 5,23±0,56	1,02 2,6	2,65±0,25 7,74±0,6	0,95 2,07	0,001	0,2	0,01
Минутный объем сердца			л/мин.	3,05±0,25	0,7	4,88±0,44	2,01	6,47±0,53	2,14	0,001	0,001	0,02
Артерио-венозная разница по кислороду,			об. %	6,85±0,4	1,05	4,51±0,31	1,21	4,36±0,46	1,72	0,001	0,02	0,5
Площадь левого атриовентрикулярного отверстия			см ²	0,51±0,04	0,25	0,8±0,058	0,37	1,24±0,09	0,42	0,001	0,001	0,001

P₁—достоверность различия между I и III гр.

P₂—достоверность различия между I и II гр.

P₃—достоверность различия между II и III гр.

как на фонокардиограммах он выявляется лучше всего в V точке. Это говорит о том, что при диагностике сложных сочетаний пороков должны учитываться данные всех вспомогательных методик.

В современной кардиологической клинике большое значение приобретает в разработке показаний к хирургическому лечению сравнительная оценка тяжести клинического состояния больных в зависимости от преобладания поражения того или иного клапана сердца. Наши исследования показали, что при сочетанных пороках, в частности при сочетании умеренного сужения левого атриовентрикулярного отверстия с выраженным стенозом устья аорты при относительно большом минутном объеме сердца ($6,47 \pm 0,53$ л/мин) и при сочетании умеренного сужения левого атриовентрикулярного отверстия с преобладающей недостаточностью аортального клапана ($МОС = 5,67 \pm 0,35$ л/мин) отмечалось наиболее тяжелое клиническое течение с проявлением симптомов недостаточности как правого, так и левого сердца (одышка при физической нагрузке и в покое, кровохарканье, приступы удушья по ночам, отеки легких, головная боль, головокружение, обмороки, периферические отеки, увеличение печени, асцит). По всей вероятности, при наличии такого тяжелого страдания, как митральный порок сердца, даже умеренной выраженности, когда присоединение порока аортального клапана увеличивает работу левого желудочка и постепенно приводит к истощению его резервных возможностей, клиническое течение заболевания становится значительно более тяжелым. В таких случаях необходимо безотлагательное оперативное вмешательство, тем более, что недостаточность левого желудочка проявляется увеличением остаточного систолического объема сердца и повышением давления в нем, но никогда не достигается выраженность «второго барьера» и часто до появления признаков недостаточности сердца может наступить роковой исход [6].

Итак, наши наблюдения показывают, что больные сочетанным митрально-аортальным пороком представляют группу тяжелых больных, клиническая диагностика которых в ряде случаев еще трудна. Клинические проявления его зависят еще от преобладания вида порока и степени его выраженности. Единственным радикальным методом лечения этих больных является хирургическая коррекция порока.

Результаты операции во многом зависят от стадии заболевания, т. е. тяжести клинической картины и степени выраженности гемодинамических сдвигов.

Ереванский государственный медицинский ин-т

Поступило 6/V 1973 г.

Ն. Ն. ԽՈՒԴԱՐԱՇՅԱՆ

ՄՐՏԻ ՄԻՏՐԱՆԱՆՈՐՏԱՅԻՆ ԶՈՒԳԱԿՅԱԾ ԱՐԱՏՆԵՐԻ, ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ
ԴՐՍԵՎՈՐՈՒՄՆԵՐԻ ԵՎ ՀՆԹԱՑՔԻ ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՐՋԸ

Ա մ փ ռ փ ռ լ

Ուսումնասիրվել են սրտի միթրալ-աորտային արտաների կլինիկական դրսևորումները կախված արտի տեսակից և նրա արտահայտվածության աստիճանից: Տվյալները համեմատվել են հեմոդինամիկ հետազոտությունների օրեկտիվ ցուցանիշների հետ:

N. N. KHUDABASIAN

ON CLINICAL MANIFESTATIONS AND COURSE OF COMBINED
MITRAL-AORTAL HEART DEFECTS

Summary

The clinical manifestations of mitral-aortal heart defects in dependence on their types and degrees have been studied. The data obtained have been compared with the objective indices of hemodynamics.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Зверева К. В., Анцупов В. Н., Великовская Л. М. Вопросы кардиологии (Труды Горьковского медицинского ин-та). Горький, 1963, 15, 219.
2. Колесников С. А., Цукерман Г. И., Петросян Ю. С. В кн.: «Вопросы хирургии». Рига, 1963, 75.
3. Мареев Ю. С. Клиническая медицина, 1959, 11, 71—78.
4. Микаелян А. Л. Хирургическое лечение аортальных пороков сердца. Ереван, 1963.
5. Нгуен Хань-зы. Кандид. диссерт., 1964.
6. Петросян Ю. С. Катетеризация сердца при ревматических пороках. М., 1969.
7. Петровский Б. В., Соловьев Г. М., Шумаков В. И. В кн.: «Современные проблемы ревматологии». 1965, 126.
8. Углов Ф. Г., Сазонов К. Н., Краснощекова Л. И., Смирнов А. Д. Кардиология. 1962, 2, 14—18.
9. Kraff-Klinz J. с соавт. Thoraxchirurgie. 1969, 17, 6, 679—588.
10. Grondin с соавт. Canad. Med. Ass. J. 1965, 93, 3, 98—102.
11. Morrow, Awe, Braunschweig. Brit Heart J. 1962, 24, 5, 606—612.