

Л. М. ФИТИЛЕВА, Н. Н. ХУДАБАШЯН

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТРОЙНЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

В настоящее время, когда хирургическое лечение сердца получило всеобщее признание, вопрос точной диагностики тройных пороков сердца стал настоящей необходимостью.

Многоклапанное поражение сердца является нередким заболеванием, однако клиническая диагностика его очень трудна, особенно при определении степени сужения или недостаточности каждого из трех клапанов сердца [4, 5, 8, 10].

Особого внимания в этой сложной клинической картине сочетанных пороков сердца заслуживает диагностика трикуспидального порока, ибо его клинические симптомы затеняются симптомами сопутствующего митрального и аортального пороков и проявляются обычно как недостаточность сердца [9].

Сопоставление клинических симптомов с данными зондирования и наблюдениями во время операции дало возможность ближе подойти к клинической диагностике этого порока [5]. Однако точная диагностика сочетанных пороков в ряде случаев невозможна даже при тщательном клиническом исследовании, и метод зондирования в таких случаях остается пока наиболее точным [6].

Известно, что изолированное поражение трехстворчатого клапана встречается крайне редко [4, 7].

Между тем, данные ряда авторов утверждают, что поражение трикуспидального клапана встречается обычно в сочетании с митральным и аортальным пороками. Так, А. М. Дамир [1] трикуспидальный порок на аутопсии наблюдал в 6% случаев, С. А. Колесников с соавт. [4]—в 5—10% случаев, по данным же института хирургии им. А. А. Вишневского, тройные пороки составляют 6,8% общего числа больных с приобретенными пороками сердца [3].

В институте сердечно-сосудистой хирургии к настоящему времени обследовано более 300 больных с многоклапанным поражением сердца. Достоверность диагноза у большинства из них подтверждена во время операции или при зондировании сердца. Из опыта института сердечно-сосудистой хирургии и имеющихся литературных данных известно, что наиболее тяжелой группой больных, которые подвергаются оперативному лечению, являются больные с поражением трех клапанов сердца.

Во всей сложной и тяжелой картине тройного порока сердца, помимо степени анатомического разрушения клапанов, одно из главных мест занимают состояние функции миокарда, вторичные изменения в малом

и большом кругу кровообращения и состояние компенсаторных механизмов, поддерживающих функцию кровообращения.

На протяжении ряда лет нами обследовано 70 больных с тройными пороками сердца. Чаще это были больные в возрасте от 20 до 40 лет, с давностью заболевания 5—12 и более лет, с тяжелыми расстройствами сердечно-сосудистой системы. У 59 из 70 больных диагноз был подтвержден при операции или зондировании полостей сердца. Наиболее многочисленной оказалась группа больных, состоящая из 36 человек, у которых при обычном клиническом обследовании был заподозрен тройной стеноз.

В результате осмотра, тщательного опроса и полного клинического обследования больные были распределены на две группы, у которых в зависимости от сроков присоединения к митральному стенозу аортального или трехстворчатого стеноза отмечались различные расстройства кровообращения и ряд клинических проявлений.

Первая группа состояла из 6 больных, у которых можно было предположить одновременное начало развития стеноза на трех клапанных отверстиях сердца. Наблюдались признаки митрального стеноза, но сразу же была заметна разница в нагрузке большого и малого круга кровообращения. Все эти больные с момента возникновения порока жаловались не на одышку, а на тяжесть в правом подреберье, увеличение печени, отеки нижних конечностей. Одышка в покое отмечалась крайне редко и, как правило, была связана лишь со значительным увеличением печени, асцитом. Приступов ночной одышки, удушья, отеков легких, кровохарканья у этих больных не было.

При осмотре больных отмечался характерный цианоз кожных покровов, слизистой рта, связанный с повышенным поглощением кислорода тканями в связи с малым минутным объемом крови. Наблюдалось набухание шейных вен, увеличение печени, асцит в анамнезе и повышение венозного давления в пределах 150—250 мм водного столба. Несмотря на ряд тяжелых клинических проявлений заболевания, эти больные были относительно подвижные и после некоторого сокращения печени и уменьшения отеков особых жалоб не предъявляли.

Наиболее характерным для этой группы больных явились относительно небольшие размеры сердца, умеренное наполнение легочных сосудов вследствие малого минутного объема крови. Как правило, у этих больных не наблюдается признаков гипертензии малого круга кровообращения.

На электрокардиограмме отсутствуют признаки выраженной перегрузки правого желудочка, но видна перегрузка правого предсердия вследствие рано развившегося венозного застоя в большом кругу кровообращения (рис. 1). Аускультация при тройном стенозе наиболее сложная, так как наступает интерференция звуков правого и левого сердца. Однако, несмотря на всю сложность аускультативной картины, удалось зафиксировать поражение трикуспидального клапана более чем в 34 случаях, а поражение митрального и аортального — более чем в 43.

Большую помощь аускультации оказывает графическая регистрация звуков сердца, что дает возможность у большинства больных отметить

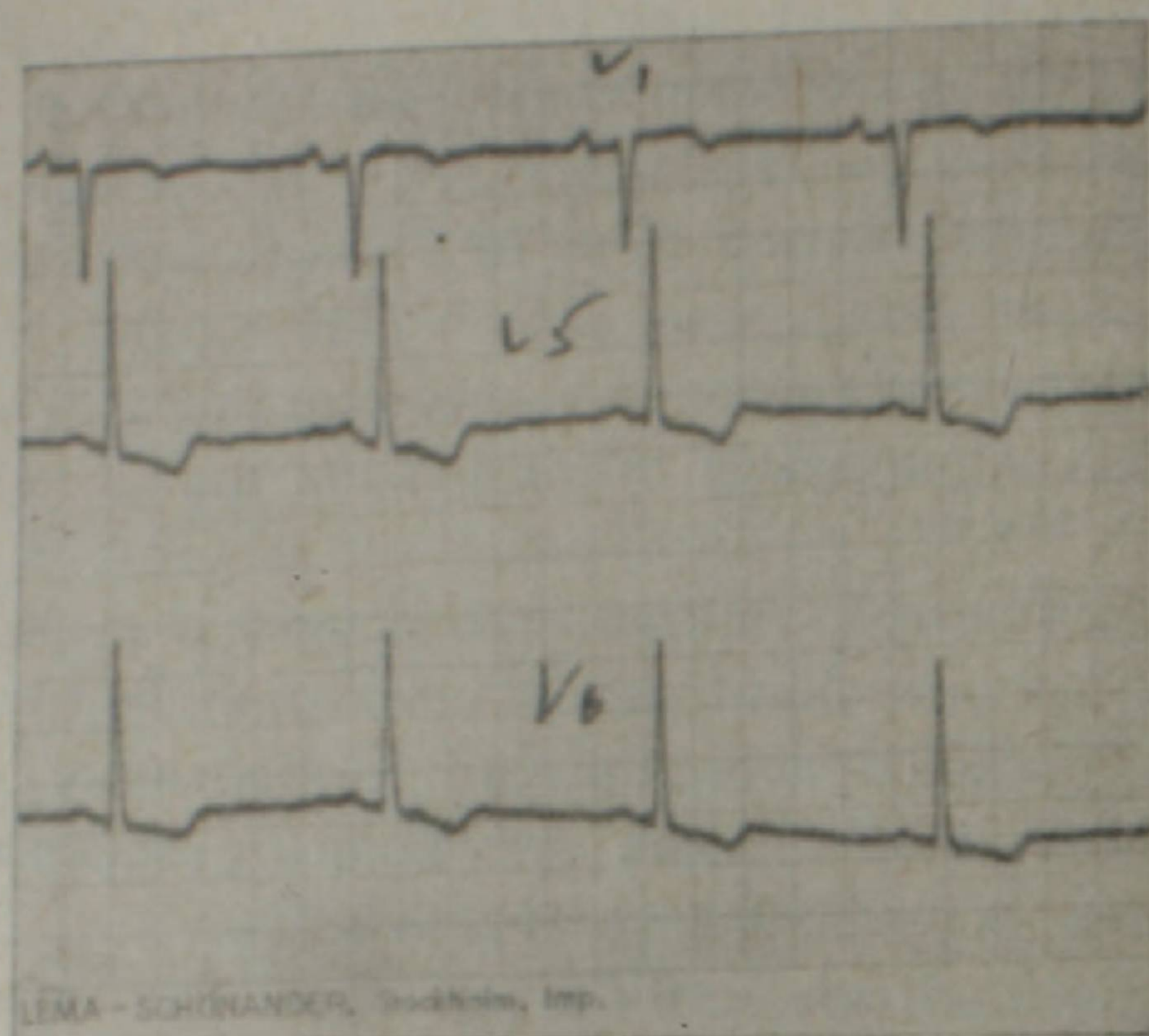


Рис. 1. Электрокардиограмма больного с тройным митрально-аортально-трикуспидальным стенозом (грудные отведения).

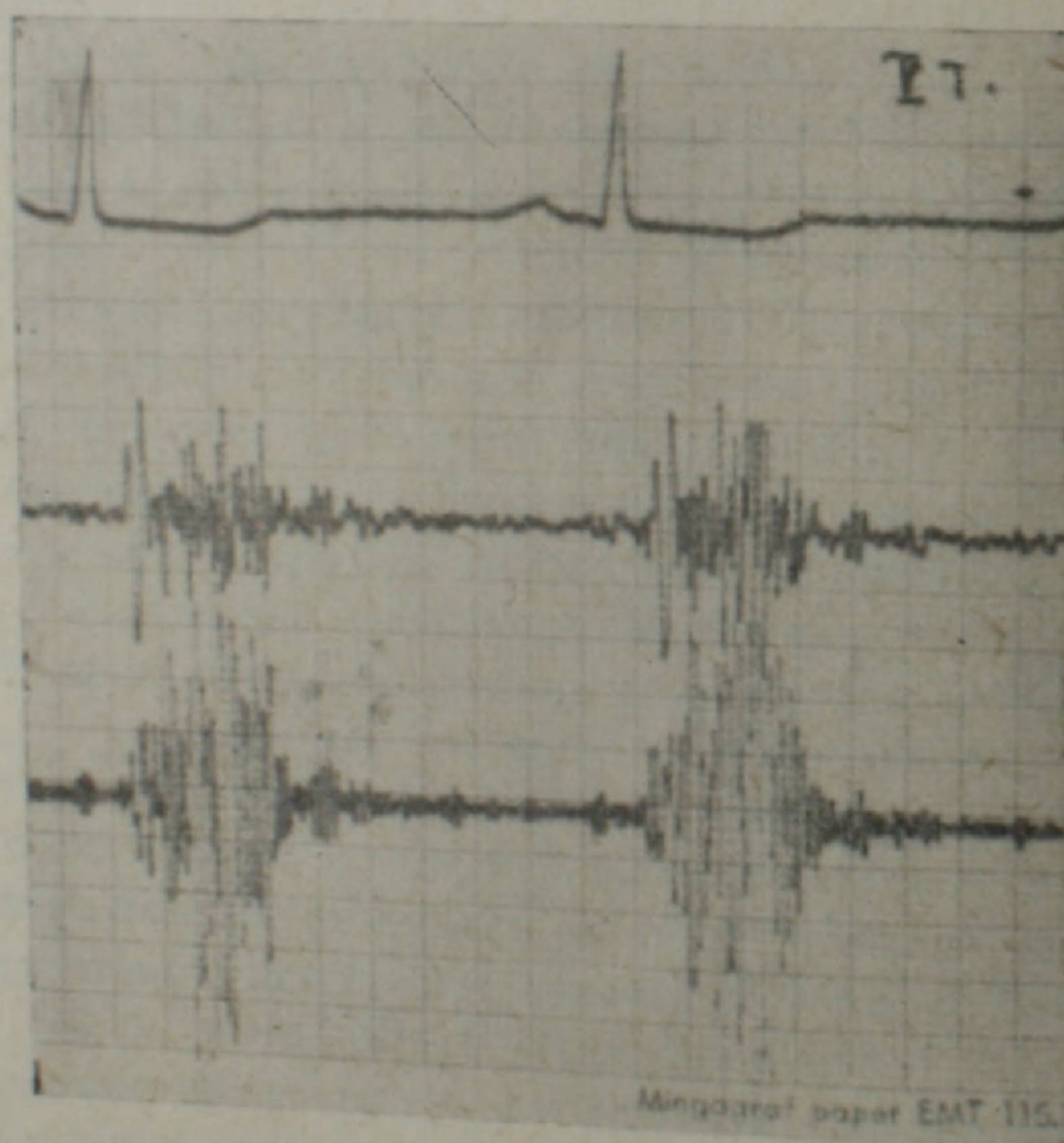


Рис. 2. Фонокардиограмма больного с тройным митрально-аортально-трикуспидальным стенозом (V точка).

характерную мелодию для каждого из трех стенозов клапанных отверстий сердца (рис. 2, 3, 4).

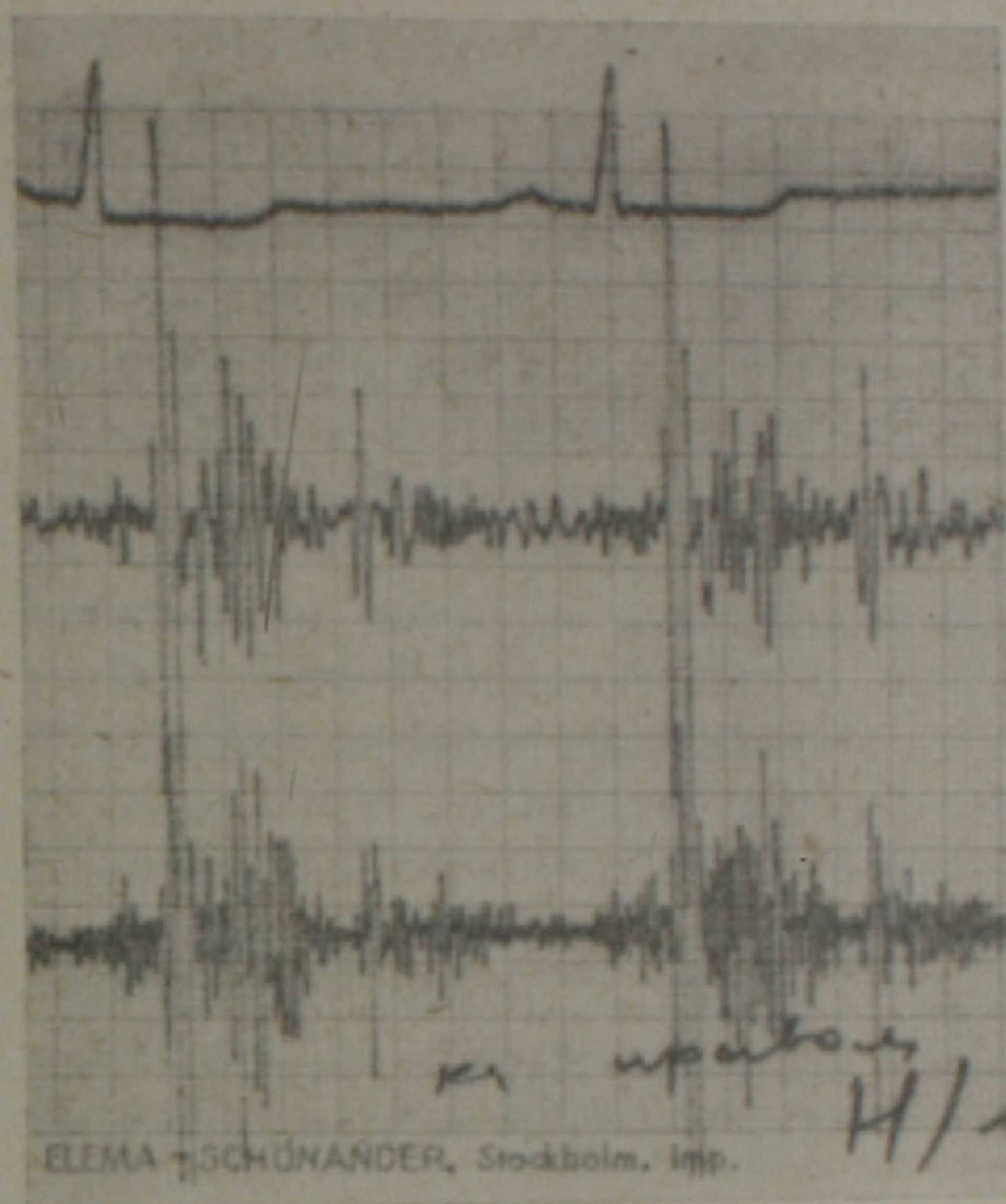


Рис. 3. Фонокардиограмма больного с тройным митрально-аортально-трикуспидальным стенозом (II точка).

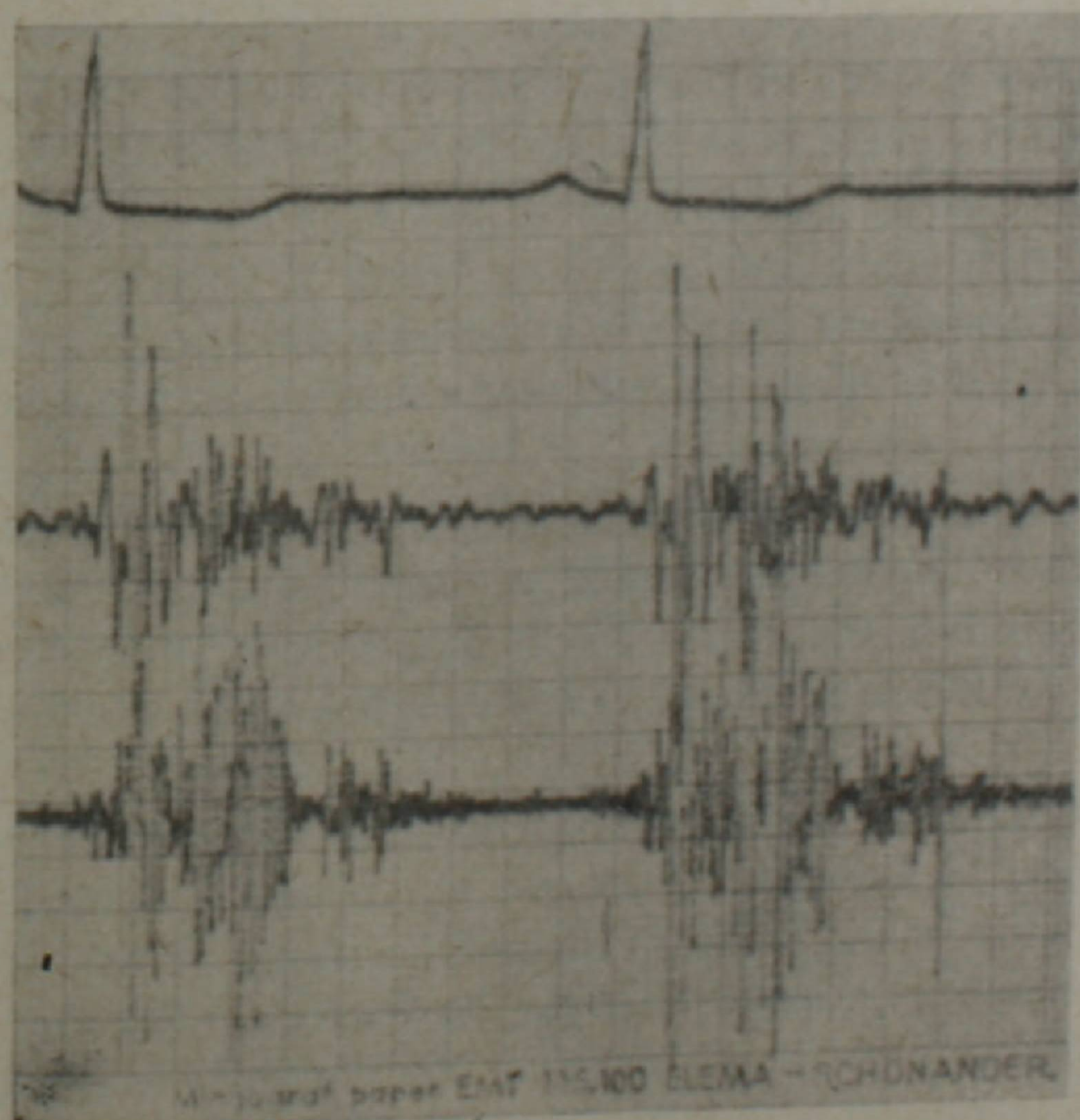


Рис. 4. Фонокардиограмма больного с тройным митрально-аортально-трикуспидальным стенозом (I точка).

При записи флебограммы большое значение имеет определение волны V. Медленный пологий спуск волны V, отражающий процесс опорожнения правого предсердия, свидетельствует о его задержке, т. е. о стенозе правого венозного отверстия.

Четверо больных этой группы подверглись оперативному вмешательству — устранению всех трех стенозов. Эти больные относительно легко перенесли операцию и выписались в удовлетворительном состоянии. В этом, по-видимому, основную роль играет достаточно сохранившаяся сократительная способность мышцы сердца.

Во вторую группу вошли 36 больных, у которых ведущим пороком являлся митральный стеноз или митрально-аортальный с последующим более поздним (от 5 до 15 и более лет) вовлечением трехстворчатого клапана. Состояние этих больных наиболее тяжелое: большое сердце, выраженные застойные изменения в малом и в дальнейшем в большом кругу кровообращения. В ряде случаев у них не отмечалось заметной разницы в нагрузке большого и малого круга кровообращения.

Прежде всего эти больные жаловались на резкую одышку (в 8 случаях даже в покое), которая в довольно короткие сроки приводила к приступам удушья и отеку легких. В анамнезе у них часто отмечалось кровохарканье.

При присоединении к митральному стенозу аортального течение заболевания становилось более тяжелым, усиливались застойные изменения в легких, в сердце появлялись боли ангинозного характера.

На электрокардиограмме отсутствовали признаки значительной гипертрофии правого желудочка. Нередко у этой группы больных определялась гипертония малого круга кровообращения (у 25 из 35), что более усугубляло тяжесть общего состояния больных. При присоединении же трехстворчатого стеноза состояние больных становилось более тяжелым. При этом усиливались застойные изменения в большом кругу кровообращения. Одновременно в ряде случаев сохранялись выраженные признаки застоя в малом кругу, что обычно ставит под сомнение существование трехстворчатого стеноза.

В этих случаях простое клиническое обследование позволяло лишь заподозрить многоклапанный порок сердца, не давая дополнительных данных о характере и степени его поражения. В подобных случаях обязательным является зондирование полостей сердца и пункция левого желудочка.

У 21 из 36 больных было произведено устранение сужения трехстворчатых отверстий. 10 больных умерли во время и после операции, у остальных 11 послеоперационный период протекал длительно и тяжело.

Из приведенных данных следует, что вторая группа состояла из больных с наиболее тяжелой формой сочетанного порока сердца (в ряде случаев с необратимыми дистрофическими изменениями в миокарде). Поэтому больных необходимо как можно раньше до присоединения порока трехстворчатого клапана направлять на оперативное лечение. Однако опыт показывает, что присоединение к митрально-аортальному

стенозу сужения правого предсердно-желудочкового отверстия сердца не является противопоказанием к операции, а, наоборот, требует более быстрого устранения всех трех стенозов.

Таким образом, оперативное лечение тройного стеноза является единственным средством спасения жизни больных. Решающим фактором, обеспечивающим успех оперативного лечения, является своевременное направление больных на операцию.

Сравнительно малочисленной явилась группа, куда вошли больные с тройным пороком, но различным состоянием клапанных поражений сердца. Так, у 5 из 70 больных отмечалась выраженная недостаточность всех трех клапанов сердца. Все эти больные имели недостаточность кровообращения III А и III Б стадий по Лангу. Выраженная одышка, застойные явления в малом кругу кровообращения, резко увеличенные размеры сердца, большая печень, асцит, отеки — все это проявления не столько клапанного поражения сердца, сколько тяжелых дистрофических изменений мышцы сердца.

Аускультативно и фонокардиографически у данной группы больных выявлялся пансистолический шум над всеми точками сердца. Однако графическое изображение систолического шума позволяло у большинства больных определить его природу. Над верхушкой сердца шум был сплошной, высокочастотный, часто затухающий ко второму тону. Над аортой определялся если не четкий ромбовидный систолический шум, то ромбоподобный или овальный, свидетельствующий о его аортальном происхождении. Систолический шум трехстворчатого происхождения нередко приобретал характерную для него форму шума, нарастающего ко второму тону.

Сочетание митрального и аортального стенозов с недостаточностью трехстворчатого клапана было у 3 больных. Жалобы наших больных были типичны для больных с сужением двухклапанных отверстий: резкая одышка, боли в сердце, повышенная утомляемость, потеря работоспособности. Недостаточность трехстворчатого клапана, в свою очередь, вызывала усиленную пульсацию вен шеи, застой и часто пульсацию печени и отеки нижних конечностей. Аускультативно у этих больных нередко определялась отчетливая мелодия митрального стеноза над верхушкой сердца и менее отчетливая звуковая картина аортального и трехстворчатого пороков. Лишь при записи возможно отличить ромбовидный характер систолического шума аортального происхождения над аортой и нарастающий ко второму тону систолический шум в области трехстворчатого клапана.

Наличие значительно выраженных признаков недостаточности трехстворчатого клапана не является противопоказанием для устранения митрального и аортального стенозов.

Несколько иные показания к оперативному вмешательству возникают при митральном и трехстворчатом стенозах в сочетании с недостаточностью аортального клапана. Опорным пунктом при сочетании таких

пороков является определение артериального давления. Большая пульсовая разница, низкие цифры диастолического давления свидетельствуют о выраженной недостаточности аортального клапана. Определение характера диастолического шума аортального происхождения в точке Боткина чрезвычайно затруднено. С одной стороны, интенсивность этого шума может быть резко снижена, так как вследствие сужения митрального отверстия кровенаполнение левого желудочка значительно уменьшено, с другой — наложение элементов митрального диастолического шума на аортальный диастолический шум также мешает правильному его определению.

При сочетании указанных пороков устранение митрального и трехстворчатого стенозов только усиливает недостаточность аортального клапана и тем самым ухудшает состояние больного, что является поводом для отказа от операции (7 чел.).

Сочетание митрального стеноза с недостаточностью трехстворчатого и аортального клапанов мы наблюдали у 2 больных. Клинические проявления заболевания определяются степенью выраженности сужения левого атриовентрикулярного отверстия. Когда это сужение значительно, жалобы больного в основном сводятся к резкой одышке, сердцебиению, кровохарканью. Звуковая картина, характеризующаяся мелодией митрального стеноза над верхушкой сердца, резким систолическим шумом над трехстворчатым клапаном и диастолическим шумом в точке Боткина, чаще оказывается нерезко выраженной. Оперативное вмешательство на митральном клапане при таком сочетании пороков также противопоказано.

Наши наблюдения приводят к выводу, что наличие стенозов трехклапанных отверстий сердца не является столь редким явлением, как предполагали раньше. Наличие стеноза правого предсердно-желудочкового отверстия не является противопоказанием к оперативной коррекции отверстий митрального и аортального клапанов, а, наоборот, требует безотлагательного вмешательства на всех трех клапанах сердца.

Институт сердечно-сосудистой хирургии
АМН СССР,

Армянский Институт кардиологии и
сердечной хирургии АМН СССР

Поступило 10/II 1964 г.

Լ. Մ. ՖԻՏԻԼԵՎԱ, Ն. Ն. ԽՈՒԴԱԲԱՇՅԱՆ

ՄՐՏԻ ԵՌԱԿԻ ԱՐԱՏՆԵՐԻ ԱԵՏՈՐՈՇՄԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Ա. մ. ֆ. ո. ֆ. ո. լ. մ.

Հետազոտման է ենթարկվել 70 հիվանդ երեք կափույրների արտահարմամբ: 59 հիվանդի մոտ դիագնոզը հաստատվել է վիրահատման ժամանակ արտի խոռոչների զոնդումից ստացված և հերձման տվյալներով:

Աշխատանքում նշված են դժվարությունները բարդ արատների դիագնոստիկայի վերաբերյալ:

42 հիվանդի մոտ բերված են կլինիկայում այդպիսի արատների ախտորոշման հնարավորությունը (առանց զոնդման):

Նշված 42 հիվանդներից 25-ի մոտ կատարված է վիրահատում (եռակի կոմիսուրոտոմիա):

Հեղինակները տարբերում են հիվանդների ոչ մեծ խումբ (6 մարդ), որոնց մոտ կլինիկորեն նշված են միտրալ և եռփեղկ կափույրների ախտահարման միաժամանակյա առկայությունը:

Անալիզի են ենթարկված այն տվյալները, որոնք բնորոշում են առանձին մեթոդների նշանակությունը սրտի բարդ արատների դիագնոստիկայում և բերվում են մի խումբ հիվանդների կլինիկական կոնկրետ բնորոշումը կոմբինացված տարբեր արատների ժամանակ (միտրալ-աորտալ-եռփեղկ կափույրների ախտահարում):

Վիրահատման ելքի համար հեղինակները մեծ նշանակություն են տալիս վաղաժամ դիագնոստիկայի և հիվանդներին ժամանակին օպերատիվ բուժման ուղարկելուն:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Дамир А. М. Терапевтический архив, 1962, 5, стр. 99.
2. Королев Б. А., Карпов В. В., Анцупов В. И. Труды института сердечно-сосудистой хирургии АМН СССР. М., 1963, стр. 307.
3. Костюченко Б. М., Смелов С. И., Щерба С. Г., Авруцкий М. Я. Труды Института сердечно-сосудистой хирургии АМН СССР. М., 1963, стр. 316.
4. Колесников С. А., Цукерман Г. И., Левант А. Д., Петросян Ю. С. Тезисы докладов V съезда хирургов Северного Кавказа. Ростов-на-Дону, 1962, стр. 251.
5. Незлин В. Е., Фитилева Л. М., Кассирский Г. И. Труды Института сердечно-сосудистой хирургии АМН СССР. М., 1963, стр. 321.
6. Петросян Ю. С., Цукерман Г. И. Труды Института сердечно-сосудистой хирургии АМН СССР. М., 1963, стр. 328.
7. Blomer H., Rudolf W. Münchener medizinische Wochenschrift, 1959, 5, 263.
8. Dogliotti A. M., Actis-Dato A., Weisz R. J. Thoraxchirurgie, 1956, B. 3, eft 5, 363.
9. Gibson R., Wood P. Brit Heart J. 1955, 17, 4, 552.
10. Jacques B., Willach A., Angst A. Diseases of the Chest, 1958, 34, 5, 537.