

## ВЫСТУПЛЕНИЯ В ПРЕНИЯХ

Проф. Б. В. Петровский

(Москва)

Вопросы, которые подняты на симпозиуме, являются актуальными. Их нужно, несомненно, решать в порядке ведения симпозиума. Я хочу сделать некоторые замечания, связанные с операцией на митральном клапане.

Клиника, руководимая мной, обладает опытом около 600 операций на сердце при митральном пороке и это дает нам возможность высказаться по всем вопросам, обсуждаемым на симпозиуме.

Мы считаем методом выбора пальцевую комиссуротомию через левое ушко.

Преимущество левостороннего доступа состоит в том, что этот доступ позволяет произвести тромбэктомию при наличии тромбоза левого предсердия и ушка, а также выполнить операцию по поводу выраженной митральной недостаточности, если последняя обнаруживается на операции. Этот же доступ при наличии длинного пальца у хирурга позволяет ревизовать аортальный клапан и произвести пальцевое расширение устья аорты через левое ушко.

Правосторонний доступ мы считаем показанным при подозрении на сочетанный стеноз трехстворчатого клапана и при операции по поводу митрального рестеноза.

В докладе проф. С. А. Колесникова было сказано, что правосторонний доступ хорош именно в том случае, когда имеется тромбоз сердца. Это, конечно, неправильно, потому что и у самого Сергея Алексеевича имелись другие наблюдения. Факты артериальной эмболии при правостороннем доступе имеются и в литературе.

За исключением первых операций при митральном стенозе, произведенных в 1953 году, выполненных под местной анестезией, мы оперируем из широкого бокового доступа при положении больного на правом боку. Мы согласны с мнением Вейли, что доступ к сердцу должен быть достаточно широким,

особенно у тяжелых больных, у которых возможны осложнения во время операции (фибрилляция желудочков, разрыв ушка и предсердия при ротации сердца кзади, при тромбозе предсердия). Широкий доступ к сердцу позволяет эффективно бороться с возникшими осложнениями. Вскрытие перикарда мы производим всегда кзади от диафрагмального нерва.

Из 440 операций (2-я серия наблюдений), проведенных в Госпитально-хирургической клинике, мы имели только две смерти на операционном столе (разрыв предсердия, остановка и фибрилляция желудочков сердца, причем в одном из них хирург не справился с остановкой сердца именно из-за недостаточного доступа к сердцу).

Мы считаем удобным и менее травматичным доступ через ложе пятого ребра с отслаиванием верхнего края его надкостницы.

На нашем материале, в противоположность другим авторам (С. А. Гаджиев, С. А. Колесников) мы не имеем ни одного случая, когда из-за малых размеров ушка или его тромбоза мы отказались от митральной комиссуротомии. В этом большую роль играет техника обработки ушка и методика ведения пальца в левое предсердие. При малом ушке или его тромбозе мы накладываем кисетный шов на левое предсердие вокруг основания ушка. Ушко, как правило, не срезаем, а вскрываем по наружной поверхности после наложения зажима Сатинского. На краях разреза накладываем 6 шелковых обвивных держалок, которые берем на два зажима. Наложение столь значительного количества держалок с особой методикой прошивания краев разреза ушка в трудных случаях облегчает введение пальца в левое предсердие, равномерно распределяя тягу на края разреза ушка. Мы всегда вводим палец без перчатки, смоченный в растворе гепарина, винтообразными движениями. Лишь в одном случае при старом тромбозе шейки ушка и небольших размерах сердца митральная комиссуротомия была выполнена с помощью мизинца.

Я не могу согласиться с методом, при котором чрезвычайно широко производятся пункции сердца, а митральная комиссуротомия осуществляется чрезжелудочковым доступом. Я считаю, что, особенно у тяжелых больных, нужно делать операцию на сердце более щадящим методом.

После митральной комиссуротомии мы предпочитаем не накладывать повторно зажим, а обводим по пальцу вокруг основания ушка лигатуру, которую мы завязываем после извлечения пальца. Этот метод менее травматичен, чем повторное наложение зажима. А кроме того, вытягивая ушко на палец при наложении лигатуры, удается полностью ликвидировать полость левого ушка, культи которого может слу-

жить местом образования тромбов и причиной последующих тромбоэмболий.

Эта методика, кроме того, предупреждает опасное вовлечение в лигатуру коронарной артерии или ее травмирование. Мы считаем, что ткань ушка дистальнее лигатуры должна быть максимально резецирована, так как она в дальнейшем некротизируется, а большой некротический очаг в полости перикарда поддерживает послеоперационный перикардит.

На края культи ушка мы накладываем узловые шелковые швы. Мы лишь в одном случае у больного имели соскальзывание лигатуры, потребовавшее реторакотомии и повторной герметизации левого предсердия. У этого больного имелось маленькое ушко, сморщенное организованным тромбом.

При обнаружении тромбоза ушка и предсердия, который имел место у 65 больных, мы меняем технику операции — зажим Сатинского в этих случаях не применяем, а ограничиваемся наложением кисетного шва вокруг основания ушка, концы которого проводим в турникет. На наружную поверхность ушка мы накладываем две шелковые держалки, ушко вскрываем между ними ножницами. Прижимая рану ушка пальцами левой руки, мы считаем важным произвести возможно широкий разрез, чтобы создать условия для удаления крупных тромбов. Канал ушка промывается струей крови при разжимании пальцев левой руки, слегка сжимающих разрез ушка. Эта манипуляция позволяет удалить наиболее рыхлые и свободно лежащие тромбы. В дальнейшем производится осторожная ревизия левого предсердия правым указательным пальцем. При обнаружении в шейке ушка или предсердия смешанных рыхлых тромбов, последние легко прижимаются согнутым пальцем к стенке предсердия, отделяются от места прикрепления и при быстром выведении пальца в согнутом виде из предсердия, выбрасываются наружу со струей крови. Организованные распластанные тромбы мы не удаляем.

Палец, введенный в левое предсердие прежде всего, определяет степень регургитации крови.

Мы предложили различать три степени регургитации: над клапаном, на середине предсердия и при входе в ушко. Сочетая степень регургитации с величиной митрального отверстия, мы предложили хирургическую классификацию групп митрального порока.

Я не могу согласиться, что предложенный нам метод комиссуротомии через левый желудочек, совершенно безопасен. Серьезные недостатки этого метода состоят в том, что при введении инструмента и расширении митрального отверстия получается разница в давлении на наружную и внутреннюю комиссуры, так как сопротивление их обычно различно и у

неопытного хирурга может произойти травма стенки желудочка. Поэтому мы считаем предложенный метод чрезжелудочковой комиссуротомии травматичным. Результаты могут быть вначале хорошими, но в дальнейшем будут прогрессировать явления митральной недостаточности. Эта методика опасная и ее можно применять только там, где есть особые для этого показания.

Внутрисердечная патология требует большого опыта хирурга.

Часто большое количество операций, произведенных в одном учреждении не является показателем большого опыта у хирургов данной клиники, т. к. при большом количестве оперирующихся каждый из них имеет менее ста или немногим более ста операций. Цифру «сто» я называю в связи с тем, что один из пионеров митральной комиссуротомии — Бейли, указывает, что более или менее опытным может себя считать только тот хирург, который сам выполнил не менее ста операций. Может быть это сказано несколько категорично, но так и получается, чем больше операций проделал хирург, тем лучше он оперирует.

Внутрисердечная патология митрального порока разнообразна, момент внутрисердечного вмешательства всегда связан с эмоциональным напряжением хирурга, а сама внутрисердечная манипуляция, производимая наощупь, скрыта от глаз окружающих и ассистирующих врачей. Это значительно затрудняет приобретение опыта внутрисердечного вмешательства участвующими в операции хирургами. Операция пальцевой комиссуротомии производится не стандартным инструментом, а собственным пальцем хирурга. Длина, толщина пальца, форма ногтя, тонкость осязания значительно индивидуализируют технику операции, качество ее выполнения. В связи с этим хирург, начинающий оперировать на митральном клапане, постоянно накапливает опыт: вначале он выполняет только пальцевую комиссуротомию, часто не радикально, затем осваивает технику более сложной инструментальной комиссуротомии, что существующие комиссуротомы несовершенно. Ориентировка с ними в предсердии затруднена, при использовании их часто разрыв производится не по комиссуре, а рядом, по створке клапана, что приводит всегда к возникновению регургитации. По мере накопления опыта процент пальцевых комиссуротомий вновь возрастает, радикальность вмешательства растет и инструмент хирург применяет только в редких случаях, когда повторная пальцевая комиссуротомия не удается. Однако, встречаются и такие случаи, при которых и инструментом ничего сделать нельзя. Это позволяет выделить группу неоперабельных митральных стено-

зов, которые, по-видимому, можно будет оперировать только открытым методом.

Нам кажется, что разнообразие мнений о преимуществах пальцевой комиссуротомии и инструментальной часто связано с индивидуальными особенностями хирурга и той стадией освоения митральной комиссуротомии, на которой он находится.

Сравнивая вторую и четвертую сотню операций, произведенных в Госпитальной хирургической клинике 1 МОЛМИ, мы можем отметить, что во второй сотне операций инструментальной комиссуротомия составляла 30%, а в четвертой — 10%.

Таким образом, мы принципиально стоим за пальцевое разделение комиссур, как наиболее точное, дозируемое и контролируемое и прибегаем к инструменту только при невозможности после нескольких попыток выполнить разделение комиссур пальцем. Причем, инструментом стараемся только надсечь край комиссуры, доводя разрыв в дальнейшем пальцем.

Недостатком тупого инструментального расширения дилататором Дюбо, нам кажется, является, то, что при этом трудно дозировать и контролировать расширение. И, кроме того, нередко комиссуры являются более плотными и неподатливыми, чем сами створки клапана, так как состоят из рубцовой ткани. Поэтому, если давление направлено неточно на комиссуру — рвется более податливая ткань створки. Поэтому при этом методе чаще развивается недостаточность.

Нами отмечено, что одно из грозных осложнений митральной комиссуротомии — фибрилляция желудочков, связана с поверхностным наркозом у возбудимых больных, поэтому считаем, что целесообразно в момент внутрисердечного вмешательства несколько углублять наркоз. При возникновении фибрилляции желудочков массаж сердца мы начинаем левой рукой, не вынимая пальца из ушка предсердия. В перерывах между сжатием желудочков необходимо пытаться выполнить комиссуротомию. Электрическую дефибрилляцию мы производим после предварительного массажа при хорошем тоне миокарда и крупноволновой фибрилляции желудочков. При плохом тоне миокарда прибегаем к внутрисердечному введению адреналина.

Из 11 больных, имевших фибрилляцию на операционном столе, погиб лишь один, у него не удалось восстановить сердечной деятельности, массаж сердца был неэффективным из-за трудности доступа, что обусловило гибель коры головного мозга.

Для профилактики мозговой эмболии мы пережимаем во

время комиссуротомии общие сонные артерии на шее. Процент мозговых эмболий в клинике равен 1,1%, что является низкой цифрой, учитывая большое количество больных с тромбозом предсердия и кальцинозом митрального клапана.

При возникновении периферических артериальных эмболий мы производим эмболектомию тут же на операционном столе. В клинике выполнено три эмболектомии (2 из брюшной аорты и одна из плечевой артерии).

Показателем рациональности техники митральной комиссуротомии, предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных является исход операций и послеоперационная летальность.

Несмотря на довольно тяжелый контингент больных, оперированных в клинике (35—40% имели 4-ю степень нарушения кровообращения), мы ставим широкие показания к операции комиссуротомии при сочетании митрального стеноза с аортальным и при тромбе предсердия и т. д. Общая летальность при митральной комиссуротомии в Госпитальной хирургической клинике составляет около 4%. В 4-й стадии нарушения кровообращения летальность составляет 6%. Отдаленный хороший и отличный результат у наших больных отмечен примерно в 75—80% случаев, что соответствует данным других авторов.

Проф. А. А. Вишневский, канд. мед. наук С. И. Смеловский,  
канд. мед. наук Б. М. Цукерман

(Москва)

Несмотря на то, что вопрос о лечении мерцания предсердий имеет более чем полувековую историю, он не нашел еще окончательного разрешения и до сих пор является актуальным. Среди известных способов лечения мерцательной аритмии новокаином, бромистым хинином, хинидином, последний способ является наиболее распространенным и считается наиболее эффективным. Для получения лечебного эффекта больные на протяжении ряда дней должны принимать хинидин в количестве 2—6 г в сутки. Между тем, являясь сильным протоплазматическим ядом, хинидин в таких дозах часто вызывает выраженную общую интоксикацию, особенно угнетает сократительную способность миокарда.

Несмотря на все это, терапия хинидином нашла широкое распространение, так как потребность в устранении мерцания предсердий очень велика.

В связи со сказанным, несомненный интерес приобретает разработка других методов дефибрилляции предсердий, не