

**ГРУДНАЯ
И СЕРДЕЧНО-
СОСУДИСТАЯ
ХИРУРГИЯ**

11/90

Москва «Медицина»

касается больных с метастазами эпителиального и мезенхимального происхождения, то отмечены практически аналогичные отдаленные результаты (5-летняя выживаемость в этих группах больных составила 34,3 и 39,0 % соответственно).

Таким образом, удаление внутрилегочных метастазов злокачественных опухолей существенно продлевает жизнь ряда больных, считавшихся ранее некурабельными. Операциями выбора являются экономные резекции и лобэктомия. При появлении новых метастазов возможно их повторное удаление.

Ответы на вопросы

Применялась классификация внутрилегочных метастазов, предложенная Н. П. Неговским в 1951 г.: солитарный метастаз — если он один, единичные — если их не более 4, множественные — если их более 4.

Ю. В. Бирюков (заключительное слово докладчика).

Анализируются клинические наблюдения ВНИЦ АМН СССР за 27 лет. Сейчас оперативное удаление метастазов узаконено. А на первом этапе было много сомнений — стоит ли оперировать таких больных? Изучение отдаленных результатов свидетельствует, что это делать нужно.

А. И. Пирогов (заключительное слово председателя). Положения, представленные в докладе, являются правильными. Удалять метастазы нужно, так как операция продлевает жизнь больным. Большую помощь в диагностике оказывает компьютерная томография. При обнаружении метастаза в легком следует подождать 3—4 мес, чтобы убедиться, что нет дополнительных высов опухоли в легочную ткань. Целесообразность хирургического лечения подтверждает и низкая послеоперационная летальность. Доклад представляет научный и практический интерес.

В помощь практическому врачу

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1989

УДК 616.126-002-022.7-06:016.126.42-089.844]-055.2

В. И. Гладышев, В. П. Приходько, Л. П. Пенина

ПРОТЕЗИРОВАНИЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ПО ПОВОДУ БАКТЕРИАЛЬНОГО ЭНДОКАРДИТА У РЕБЕНКА 2 ЛЕТ

Челябинский межобластной кардиохирургический центр (научный руководитель — проф. Ю. И. Малышев)

Клапансохраняющие операции, особенно у маленьких детей с приобретенными пороками сердца, являются предпочтительными по сравнению с протезированием клапана. Однако в некоторых случаях их выполнение невозможно из-за грубых изменений клапанного аппарата и единственным методом лечения остается протезирование клапана. При этом в связи с малым размером фиброзного кольца остро встает вопрос о выборе размера и типа протеза.

Больная Ж., 2 лет 3 мес, поступила в кардиохирургическое отделение 4 января 1989 г. с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, сердцебиения, увеличение печени, отставание в физическом развитии, повышенную утомляемость. Со слов матери, ребенок болен с августа 1988 г., после перенесенной острой респираторной инфекции. Ухудшение состояния, выражающееся в перечисленных жалобах, наступило в последние 4 мес. Состояние больной тяжелое. Частота дыханий 34—36 в минуту. Тоны сердца ритмичные, выслушивается систолический шум в четвертом межреберье слева от грудины и на верхушке. Шум проводится влево в подмышечную область. II тон усилен над легочной артерией. Частота сердечных сокращений 130 в минуту. Артериальное давление 90/60 мм рт. ст. Рентгенологически: усиление легочного рисунка, увеличение правого и левого желудочков, ствола легочной артерии. Пульсация на бедренных артериях не определяется. Данные катетеризации сердца: давление (в мм рт. ст.) — в левом желудочке 90/2, в аорте 90/60, в правом желудочке 45—50/8, в легочной артерии 45/2. При вентрикулографии выявлена митральная недостаточность III степени, а при аортографии — сужение брюшного отдела аорты после отхождения чревного ствола, окклюзия селезеночной артерии, обеих наружных подвздошных артерий, причем кровоток восстанавливался на бедренных артериях. В связи с отсутствием выраженных ишемических изменений нижних конечностей установлены

показания только для коррекции порока. 17 января выполнена операция (В. И. Гладышев) протезирование митрального клапана (аортальным протезом ЛИКС-22). При ревизии сердца выявлено увеличение левого и правого желудочков, левого предсердия, на котором определяется грубое систолическое дрожание. Давление в правом желудочке и легочной артерии составляло 50 % от системного. Начата гипотермическая перфузия с охлаждением больной до 20 °С и переходом на редуцированное кровообращение (0,5 л/мин/м²). При ревизии выявлено значительное разрушение передней створки митрального клапана с отрывом главных хорд. С остатков створки в полость левого желудочка свисают частично кальцинированные вегетации. После иссечения митрального клапана к фиброзному кольцу в предсердную позицию подшит аортальный протез ЛИКС-22 12 П-образными швами. Аорта пережималась на 5 мин. Согревание больной. После одной электрической дефибрилляции восстановлена сердечная деятельность. Гладкое отключение аппарата искусственного кровообращения, которое продолжалось 100 мин. Послеоперационный период протекал гладко, исчезли проявления сердечной декомпенсации. В удовлетворительном состоянии выписана под наблюдение врача по месту жительства. Осмотрена через II мес после операции. Жалоб не предъявляет, декомпенсации кровообращения нет, пульс на бедренных артериях не определяется. Прибавила в массе 5 кг.

Данное наблюдение демонстрирует возможность успешного протезирования митрального клапана у ребенка раннего возраста, находящегося в критическом состоянии и имеющего серьезную сопутствующую патологию, которую планируется устранить в ближайшее время.

Поступила 03.01.90