

ГРУДНАЯ
И
СЕРДЕЧНО-
СОСУДИСТАЯ
ХИРУРГИЯ

8 /91

Москва «Медицина»

верхнюю полую вену и там удерживается. Улучшается качество жизни этих больных, а это очень важно. Процедура занимает всего 15 мин.

А. А. Вишневский (заключительное слово председателя). Представлен более простой, чем другие, метод лечения синдрома верхней полой вены, и его надо приветствовать.

В помощь практическому врачу

© А. С. ЯРЫГИН, В. И. СТАРИКОВ, 1990

УДК 616.126-002.1-08; [616.126-002.3+616.132-007.64+616.411-002.3]-089.108.2

А. С. Ярыгин, В. И. Стариков

УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ЭНДОКАРДИТА МИТРАЛЬНОГО И АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНОВ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОГО АБСЦЕССОМ КОРНЯ АОРТЫ, АНЕВРИЗМОЙ ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА АОРТЫ И АБСЦЕССОМ СЕЛЕЗЕНКИ

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

Бактериальный эндокардит — тяжелое, опасное для жизни больного заболевание, которое обычно сопровождается прогрессирующей сердечной недостаточностью из-за разрушения клапанов сердца. Кроме того, при эндокардите иногда образуются абсцессы корня аорты (Лыткин М. И. и Шевченко Ю. Л., 1988; Soyer R. и соавт., 1986), аневризма восходящего отдела ее (Van Hoser D. W. и соавт., 1986), а также могут возникать осложнения вследствие эмболии периферических артерий. Так, Г. И. Цукерман и соавт. [2] сообщили о разрыве селезенки у больного эндокардитом аортального клапана на почве эмболического инфаркта. Нам представилась возможность лечить больную эндокардитом митрального и аортального клапанов сердца с наличием всех перечисленных выше осложнений. Приводим наше наблюдение.

Больная В., 41 года, поступила в экстренном порядке в отделение абдоминальной хирургии Челябинской областной клинической больницы 22 марта 1989 г. с жалобами на боли в эпигастриальной области, иррадиирующие в поясницу, повышение температуры до 38 °С. Из анамнеза выяснено, что ей в 1970 г. выполнена чрезжелудочковая митральная комиссуротомия. Многие годы чувствовала себя хорошо. В мае 1988 г. у больной повысилась температура до 38 °С. Проводилось амбулаторное лечение у ревматолога по месту жительства по поводу предполагаемого обострения ревматизма. Поскольку улучшения не наступало, больная 5 марта 1989 г. госпитализирована в терапевтическое отделение районной больницы. На другой день у нее появились сильные боли в эпигастриальной области. Выполнена срочная лапароскопия, во время которой патологии органов живота не найдено. Боли утихли, но вновь стали беспокоить 14 марта 1989 г. Проводимая консервативная терапия была неэффективна, и больная направлена в областную больницу. Дежурным хирургом установлен диагноз: острый панкреатит, подозрение на флегмону забрюшинного пространства. Больная осмотрена кардиохирургом, который обнаружил признаки порока митрального и аортального клапанов, проявления бактериального эндокардита. Для уточнения характера патологии органов живота выполнена лапароскопия, во время которой признаков панкреатита не найдено, а обнаружена резко увеличенная селезенка, окутанная большим салынком. Сочтено, что у больной септический эндокардит, эмболия селезеночной артерии, абсцесс селезенки. В экстренном порядке 23 марта произведена лапаротомия, при которой обнаружен в левом подреберье инфильтрат, образованный большим салынком и селезенкой, размером 20×12×8 см. Селезеночная артерия узкая, не пульсирует. Пульсация чревной артерии удовлетворительная. Выполнена спленэктомия. На разрезе в толще селезенки обнаружена большая полость, заполненная гноем.

После операции состояние больной улучшилось, однако сохранились температура, явления сердечной недостаточности. Больная повторно осмотрена кардиохирургом 30 марта. Состояние ее средней тяжести. Одышка при незначительной физической нагрузке, бледность кожных покровов, цианоз губ. Слева на груди имеется рубец после торакотомии, послеоперационная рана живота зажила первичным натяжением, отеки ног. Печень выступает из-под края реберной дуги на 6 см. Тоны сердца ритмичны. В области верхушки сердца выслушивается диастолический и систолический шум, в третьем — четвертом межреберье у левого края грудины диастолический шум. Артериальное давление 100/50 мм рт. ст. Установлен диагноз: комбинированный порок митрального клапана; бактериальный эндокардит митрального и аортального клапанов, недостаточность аортального клапана. Больная переведена в отделение сердечной хирургии, и 6 апреля ей произведена операция в условиях искусственного кровообращения. Выполнена срединная стернотомия. Полость перикарда облитерирована. В корне аорты обнаружен плотный инфильтрат, который переходит на правый желудочек и прочно спаян с верхней полой веной. Выше инфильтрата имеется аневризматическое расширение аорты. Защита миокарда осуществлена с помощью постоянной ретроградной через венозный синус перфузии охлажденной кровью. При отделении аорты от верхней полой вены вскрыт гнойник. Поперечная аортотомия. Правая коронарная и некоронарная створки клапана полностью разрушены. Основания этих створок некротизированы, причем некроз распространяется на стенку аорты. В этом месте имеется аневризматическое выпячивание. Устье правой коронарной артерии не определяется, так как стенка аорты в этой области полностью разрушена. Левая коронарная створка деформирована, на ней имеются вегетации. Устье левой коронарной артерии широкое. При удалении некротической ткани вскрыт гнойник корня аорты на всем протяжении основания правой коронарной и некоронарной створок. После удаления некротических тканей, аневризматического выпячивания стенки аорты, вскрытия гнойных затеков образовался большой дефект стенки восходящей аорты и произошло расслоение миокарда на значительном протяжении в области фиброзного кольца. Корень аорты тщательно обработан раствором перманганата, промыт физиологическим раствором. Расслоенная мышца ушита непрерывным швом. Доступ к митральному клапану осуществлен через левое предсердие. Створки клапана утолщены, деформированы. Диаметр левого атриовентрикулярного отверстия 2 см. На створках имеются обильные вегетации. После иссечения створок область фиброзного кольца обработана раствором перманганата. Имплантирован искусственный клапан ЭМИКС-25.

В позицию аортального клапана вшит искусственный клапан ЛИКС-20. В дефект стенки аорты вшита двухслойная заплатка, приготовленная из сосудистого протеза и аутоперикарда. Она заняла $\frac{2}{3}$ длины окружности аорты. Продолжительность окклюзии аорты составила 200 мин, искусственного кровообращения — 240 мин при температуре тела 20 °С. Сокращения сердца восстановлены после разряда дефибриллятора. Возникла полная поперечная блокада сердца. Ритм навязан от наружного электрокардиостимулятора. Через 2 нед после операции восстановился синусовый ритм. В послеоперационном периоде длительное время сохранялись явления сердечной недостаточности. Выписана домой 17 июня 1989 г. в удовлетворительном состоянии.

Больная осмотрена в январе 1990 г. Состояние ее удовлетворительное. Жалоб не предъявляет, печень не увеличена, ритм синусовый.

Данное наблюдение иллюстрирует исход несвоевременной

диагностики и длительного (почти 11 мес) неправильного лечения бактериального эндокардита.

Следует отметить, что у больной из-за некроза стенки аорты было полностью разрушено устье правой коронарной артерии. Это место иссечено с прошиванием краев раны. Аортокоронарное шунтирование не стали выполнять из-за продолжительности операции, наличия инфильтрата значительной части правого желудочка и отсутствия до операции каких-либо отрицательных последствий выключения из кровотока правой коронарной артерии, что объясняется, вероятно, левым типом кровоснабжения миокарда. Для устранения дефекта стенки восходящего отдела аорты мы использовали двухслойную заплату (из аутоперикарда со стороны просвета аорты и сосудистого протеза), чтобы избежать кровотечения через пористый сосудистый протез.

Поступила 20.02.90

© В. В. СОКОЛОВ, В. Б. МЯКИШЕВ, 1990

УДК 616.132-007.84-063.2-06-089

В. В. Соколов, В. Б. Мякишев

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АНЕВРИЗМЫ ГРУДНОЙ АОРТЫ С АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

НИИ трансплантологии и искусственных органов (дир. — акад. АМН СССР В. И. Шумаков)
Минздрава СССР, Москва

Аневризма грудной аорты с аортальной недостаточностью, требующая хирургической коррекции, относится к нетипичной, редко встречаемой в детском возрасте патологии. При лечении такого заболевания у детей возникает целый ряд проблем, от решения которых зависит дальнейшая судьба пациента. На первом месте стоит вопрос о возможности хирургического вмешательства вообще, а также о выборе методики операции с учетом того, что она будет выполнена в растущем организме. Кроме того, ясно, что при таком распространенном поражении успешная коррекция выраженных гемодинамических нарушений, обусловленных аортальной недостаточностью, не устраняет все имеющиеся изменения. В связи с этим особую актуальность приобретает определение точной природы основного заболевания и его прогноза, что в свою очередь очень важно для выбора тактики дальнейшего лечения. Мы столкнулись в своей практике с одним таким случаем и, не найдя описания аналогичных наблюдений в отечественной литературе, считаем целесообразным поделиться своим опытом.

Больная В., 11 лет, поступила в отделение реконструктивной хирургии пороков сердца 14 февраля 1989 г. с жалобами на одышку при физической нагрузке, слабость, утомляемость. В раннем детстве росла и развивалась нормально, от сверстников в развитии не отставала. В 5-летнем возрасте в течение 5 мес находилась на стационарном лечении по поводу повышения температуры тела (до 39 °С) неясной этиологии. Гипертермия тогда была расценена как проявление хронического пиелонефрита, однако изменения в анализах мочи были минимальными, а в течение последующих 6 лет вообще не выявлено отклонений от нормы.

В октябре 1988 г. через 5 лет после указанного эпизода у девочки впервые был обнаружен шум над областью сердца и установлен диагноз аортальной недостаточности. С января 1989 г. клинические проявления порока прогрессивно нарастали.

При поступлении общее состояние больной средней тяжести. Телосложение правильное, астеническое (при росте 140 см масса тела составляет 27 кг). Кроме астенического телосложения при внешнем осмотре обращают на себя внимание protrusion рукоятки и частично тела грудины, более выраженные грудной кифоз и поясничный лордоз, а также сколиоз на уровне грудного отдела позвоночника, арахнодактилия, гиперподвижность лучезапястных суставов, широкий истонченный рубец в области правого коленного сустава в виде папиросной бумаги. Кожные покровы бледные, цианоз губ. В легких хрипов нет. Частота сердечных сокращений 78 в минуту, ритм пра-

вильный. При аускультации над всей поверхностью сердца с максимумом в точке Боткина определяются выраженный диастолический и незначительный систолический шумы. Артериальное давление 90/20 мм рт. ст. Печень у края реберной дуги.

При обследовании, включавшем электро-, фоно-, эхокардиографию и рентгенографию, выявлены расширение восходящего отдела аорты с аортальной недостаточностью, а также гипертрофия и выраженная диастолическая перегрузка левого желудочка. При контрастной аортографии установлено, что расширение восходящего отдела аорты переходит на дугу и брахиоцефальные сосуды. При этом имеется регургитация на аортальном клапане III степени. Кроме того, обнаружено открытое овальное окно. При магниторезонансной томографии подтверждено расширение восходящего отдела аорты до 7 см, в начале дуги диаметр аорты 5 см, а в дистальной трети 2,5 см. Диаметр проксимального отдела брахиоцефальных артерий составляет 2 см. Ниже легочно-аортальной связки аорта вновь расширяется до 3,2 см, суживаясь к средней трети нисходящего отдела до нормальных размеров (рис. 1).

На основании проведенного обследования был установлен диагноз: аневризма восходящего отдела, дуги и проксимальной трети нисходящего отдела грудной аорты с аортальной недостаточностью вследствие дилатации фиброзного кольца; открытое овальное окно; недостаточность кровообращения III стадии; III функциональный класс по NYHA.

2 марта 1989 г. больной была произведена операция Каброя, заключающаяся в протезировании восходящего отдела аорты клапаносодержащим кондуитом и восстановлении коронарного кровотока при помощи дополнительного сосудистого протеза. Операция производилась в условиях гипотермического искусственного кровообращения и «кровяной кардиоплегии» (время искусственного кровообращения составило 191 мин, длительность пережатия аорты — 149 мин). Предпочтение операции Каброя отдано по двум причинам: во-первых, близкое расположение устьев коронарных артерий к фиброзному кольцу сделало бы технически трудной реимплантацию их в сосудистый протез по методике Бентала — Де Боно, а, во-вторых, относительно мобильный сосудистый протез диаметром 8 мм не только не будет мешать процессам роста, но и должен обеспечить адекватный коронарный кровоток во взрослом состоянии.

После вскрытия грудной клетки была обнаружена огромная аневризма восходящего отдела аорты, имеющая диаметр до 9 см и распространяющаяся от начального ее отдела до уровня безымянной артерии. Диаметр аорты на уровне безымянной артерии до 5 см, сама безымянная артерия также расширена.