

В. И. ПИПИЯ, З. В. РЕВИШВИЛИ

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ ЧАСТИЧНОГО АНОМАЛЬНОГО ДРЕНАЖА ЛЕГОЧНЫХ ВЕН В ВЕРХНЮЮ ПОЛУЮ ВЕНУ

Частичный аномальный дренаж легочных вен в верхнюю полую вену—довольно редкая патология. В Институте сердечно-сосудистой хирургии АМН СССР лишь у 2 из 24 больных с аномальным дренажем легочных вен наблюдали частичный аномальный дренаж их в верхнюю полую вену [1]. В Институте хирургии им. А. В. Вишневского у 7 оперированных больных было отмечено аномальное впадение легочных вен только в правое предсердие [3].

Возможность хирургической коррекции указанной патологии выявила необходимость тщательного изучения клинической картины, так как диагностика ее весьма затруднена.

В настоящей работе рассмотрены некоторые вопросы клиники и диагностики частичного аномального дренажа легочных вен в верхнюю полую вену, установленного нами у 3 больных, в возрасте 4, 7 и 10 лет. У всех больных отмечались частые воспаления легких, одышка и быстрая утомляемость, учащенное сердцебиение. Во втором и третьем межреберье, слева от грудины аускультативно выявлялся систолический шум различной интенсивности и акцент второго тона. У 2 больных он был раздвоен.

Электрокардиографически установлена перегрузка правого сердца, отклонение электрической оси сердца вправо и признаки гипертрофии правого желудочка, выраженные в различной степени.

Рентгенологически отмечено увеличение сердца в поперечнике за счет правого предсердия и правого желудочка со смещением тени сердца влево. Левые отделы сердца сравнительно небольших размеров, кардиовазальный угол сглажен выходящей дугой легочной артерии. Корни легких увеличены, особенно справа. Отмечалась их усиленная пульсация. Сосудистый рисунок легких усилен. Существует мнение [2], что томографическое исследование позволяет определить аномальные легочные вены, которые выявляются в виде неинтенсивной серповидной тени.

Описанная клиническая картина весьма сходна с клинической картиной изолированного дефекта межпредсердной перегородки. В первом нашем наблюдении на основании клинических, электрокардиографических и рентгенологических данных мы предположили наличие изолированного дефекта межпредсердной перегородки и провели катетеризацию сердца через v. saphena magna. Однако, тщательно ощупывая концом катетера межпредсердную перегородку, пройти в предполагаемый де-

фект нам не удалось. В то же время высокая оксигенация крови в полости правого предсердия (86%) указывала на наличие значительного шунта слева направо. Удалив катетер из нижней полой вены, мы произвели катетеризацию через *v. basilica*. Из верхней полой вены, минуя предсердие, катетер прошел в одну из аномально впадающих легочных вен (рис. 1), что подтвердилось определением насыщения крови кислородом, взятой в этой позиции (96%).

В дальнейшем при катетеризации больных, у которых предполагался дефект межпредсердной перегородки, когда нам не удавалось пройти катетером через дефект, мы тщательно искали аномальный дренаж легочных вен. Методом катетеризации мы изучили гемодинамические сдвиги у рассматриваемых больных с частичным аномальным дренажем легочных вен в верхнюю полую вену. У одного из них наблюдался изолированный дренаж легочных вен в верхнюю полую вену, а у двух—сочетался с дефектом межпредсердной перегородки. В табл. 1 приведены величины давления у обследованных больных в различных участках малого круга кровообращения.

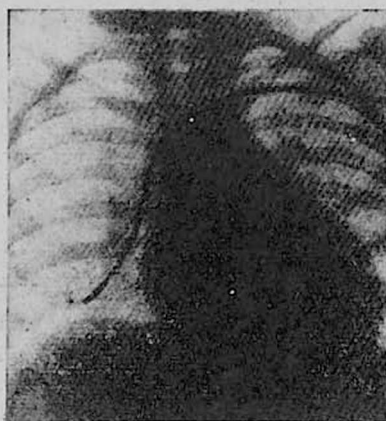


Рис. 1. Катетер из верхней полой вены прошел в нижнюю легочную вену правого легкого.

Как видно из табл. 1, градиент давления между правым желудочком и легочной артерией составлял 18, 15 и 9 мм рт. ст., т. е. имелся относительный стеноз легочной артерии. У всех больных было повышено сопротивление сосудистого русла легких: общелегочное сопротивление составляло 520, 210 и 240 дин/сек/см⁻⁵; легочно-артериальное—250, 14 и 152 дин/сек/см⁻⁵.

Сопоставление этих величин с давлением в правых отделах сердца выявило, что чем выше сопротивление сосудистого русла легких, тем более выражена легочная гипертензия.

Величина сброса крови слева направо составляла в первом случае 3,1 л/мин, во втором 2,2 л/мин и в третьем 3,9 л/мин. С увеличением сброса крови повышалась и величина работы правого желудочка, которая

Таблица 1

Давление в правых отделах сердца и малом круге кровообращения
у больных с частичным аномальным дренажем легочных вен
в верхнюю полую вену

Больной	Систолическое, диастолическое и среднее давление в мм рт. ст.					
	Верхняя полая вена	Правое предсердие	Правый желудочек	Легочная артерия	Легочные капилляры	Легочная вена
П.	$\frac{18}{7,5} - 9$	$\frac{21}{7,5} - 9$	$\frac{69}{6} - 36$	$\frac{51}{27} - 33$	$\frac{24}{9} - 12$	$\frac{22}{7,5} - 9$
В.	$\frac{6}{3} - 4,5$	$\frac{9}{3} - 6$	$\frac{42}{3} - 18$	$\frac{27}{15} - 18$	$\frac{9}{4,5} - 6$	$\frac{10}{1,5} - 4,5$
Н.	$\frac{12}{4,5} - 6$	$\frac{12}{4,5} - 7,5$	$\frac{45}{4,5} - 21$	$\frac{36}{18} - 21$	$\frac{15}{6} - 7,5$	$\frac{12}{4,5} - 6$

соответственно составляла 4,2, 1,8 и 2,6 кгм/мин. В табл. 2 представлен процент насыщения крови кислородом в полостях сердца у обследованных нами больных.

Таблица 2

Насыщение крови кислородом (в %) в различных полостях
сердца у больных с частичным аномальным дренажем легоч-
ных вен в верхнюю полую вену

Больной	Правое предсердие	Верхняя полая вена	Легочная вена	Плечевая артерия
П.	86	89	96	96
В.	81	97	98	97
Н.	82	90	97	98

При сопоставлении данных исследования больных с частичным аномальным дренажем легочных вен в верхнюю полую вену с клиникой и гемодинамическими сдвигами у больных с изолированным дефектом межпредсердной перегородки было выявлено очень много сходного.

Необходимо помнить, что вышеописанная аномалия, как правило, сочетается с дефектом межпредсердной перегородки.

Проведение катетера из верхней полой вены в аномально впадающую легочную вену, изменение газового анализа крови, взятой в этой позиции, — весьма достоверные данные для утверждения диагноза частичного аномального дренажа легочных вен в верхнюю полую вену.

Վ. Ի. ՊԻՊԻԱ, Զ. Վ. ՌԵՎԵՇՎԻԼԻ

ԹՈՔԱՅԻՆ ԵՐԱԿԻ ՄԱՍՆԱԿԻ ԴՐԵՆԱԺԻ ԱՆՈՄԱԼԻԱՅԻ ԱՆՏՈՐՈՇՄԱՆ ՀԱՐՑԻ
ՇՈՒՐՋԸ ՎԵՐԻՆ ՍԻՆԵՐԱԿԻ ՄԵՋ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Ուսումնասիրված է 3 հիվանդի (4-ից 10 տարեկան) թոքային երակի մասնակի դրենաժի անոմալիան վերին սինեռակի մեջ: Մի դեպքում ախտորոշվել է մեկուսացված թոքային երակի դրենաժ, երկու դեպքում այն համակցված է եղել միջնախասրտային խտրոցի դեֆեկտով: Թոքային երակի մասնակի դրենաժի անոմալիայի ճշտագույն ախտորոշման միջոցը հանդիսանում է վերին սինեռակից անոմալիկ թոքային երակի կաթետերիզացիան և արյան գազային կազմի փոփոխությունը՝ վերցված այդ դիրքից:

V. I. PIPIYA and Z. V. REVESHVILI

ON THE DIAGNOSIS OF PARTIAL ANOMALOUS DRAINAGE
OF THE PULMONARY VEINS INTO THE SUPERIOR VENA CAVA

S u m m a r y

Three patients were studied (children from 4 to 10 years of age) with partial anomalous drainage of the pulmonary veins into the superior vena cava. In one observation, that was isolated, in two it was combined with atrial septal defect. A catheter introduced through the superior vena cava into the anomalous pulmonary vein and changes in the gaseous composition of the blood sample drawn in that position are reliable indices for the verification of the diagnosis of partial anomalous drainage of the pulmonary veins into the superior vena cava.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бураковский В. И., Ромашов Ф. Н. и др. Грудная хирургия, 1965, 4, 7—16.
2. Петровский Б. В., Рабкин Н. Х. Грудная хирургия, 1963, 1, 47—56. Харнас С. Ш., Пленичников И. В., Портной В. Ф. Грудная хирургия, 1968, 2, 21—24.