

Three-Auricular Heart—Successful Surgical Correction

S u m m a r y

About the diagnosis of the rare three-auricular heart defect is reported. The removal of the septum between two left ventricles normalized the hemodynamics. The patient recovered. The investigations carried out after a year's interval show satisfactory condition of the patient and improvement of the roentgenologic picture.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бураковский В. И., Ромашов Ф. Н. Частная хирургия болезней сердца и сосудов. М., 1967. 2. Park M., Ricketts H. Guntheroth W. Cor triatriatum. Am. J. of Diseases of children, 1972, 123, 5, 500—503. 3. Marin-Garcia J., Fandón R., Lucas R. Edwards J. Cor triatriatum. Am. J. of Cardiology, 1975, 35, 1, 59—66.

УДК 616.135—007.64—089

Е. Н. МЕШАЛКИН, Н. И. КРЕМЛЕВ, В. И. ПОДАК, Р. Г. ХАЧАТРЯН

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ПРИ АНЕВРИЗМАХ ГРУДНОЙ АОРТЫ

Проблема хирургического лечения аневризмы грудной аорты представляет самостоятельную главу сложных и разнообразных поражений.

Аневризмы грудной аорты классифицируют по их этиологии, морфологии и локализации; с этиологической точки зрения их можно разделить на врожденные и приобретенные. Врожденные встречаются редко и обычно сочетаются с другими врожденными аномалиями, особенно с коарктацией аорты.

Клиническая картина и операционные находки при аневризмах вариабельны. При небольших размерах истинная аневризма, как правило, является случайной находкой при рентгеноконтрастном исследовании аорты или во время операции. При увеличении аневризмы у больного кроме жалоб, характерных для коарктации, появляются тупые боли за грудиной, затруднения при глубоком вдохе. На рентгенограммах области грудной клетки полость аневризмы выявляется как тень в области заднего средостения, что может привести к неправильному диагнозу опухоли средостения.

Аневризмы грудного отдела аорты осложняют коарктацию аорты в 4,8%, по данным Б. А. Константинова с соавт. (1978)—в 8,6%, причем у взрослых в 5 раз чаще, чем у детей.

Постстенотические аневризмы, как правило, приобретенные—для их образования требуется более или менее продолжительное время и определенные условия, связанные с нарушением гемодинамики и питания стенки аорты.

Приобретенные аневризмы являются результатом атеросклероза, травмы или инфекции. С морфологической точки зрения аневризмы делятся на 3 группы: 1—веретенообразные, охватывающие всю окружность аорты; 2—мешковидные, имеющие вид мешка, выбухающего из стенки аорты с узкой шейкой, и 3—расслаивающие, рассматриваются как результат расслаивающей гематомы, располагающейся обычно в пределах среднего слоя аорты. При разрушении среднего слоя стенки аорты аневризма имеет тенденцию к увеличению и чаще происходит ее разрыв в окружающие ткани с обескровливанием организма из-за быстрого кровотечения.

Аневризмы восходящей части аорты могут начинаться у аортального кольца и тянуться в дистальном направлении до места отхождения безымянной артерии. Эти аневризмы могут быть вызваны атеросклерозом, кистозным некрозом меди или инфекцией. Наиболее распространенный симптом—боль, обычно за грудиной. Усиливающиеся боли говорят о быстром увеличении с угрозой растяжения или разрыва аневризмы.

Причинами возникновения аневризмы являются хронические специфические инфекции (сифилис, туберкулез), а также атеросклероз, травма, иногда бактериальный эндокардит. В стенке аневризмы имеется значительное нарушение нормальной структуры тканей, выражающееся в исчезновении трехслойного строения, что свойственно поражению стенки аорты. Разрыв аневризмы—грозное осложнение, приводящее к смерти в течение нескольких минут. Прорыв может произойти в легочную артерию, в пищевод, в перикард, в забрюшинную клетчатку, в плевральную полость. Авторы наблюдали на вскрытии мешковидную аневризму нисходящей части грудного отдела аорты, сращенную с тканью нижней доли левого легкого,—разрыв в области аневризмы.

Операцию при мешковидной аневризме, без перерыва кровотока по аортальной магистрали, впервые осуществил в 1952 г. А. Н. Бакулев. В институте патологии кровообращения оперировали 17 больных с аневризмой грудной аорты.

Для иллюстрации приводим несколько примеров различной хирургической тактики.

В 1959 г. нами оперирована больная с аневризмой аорты ниже сужения, находившегося дистальнее отхождения левой сонной артерии. Произведена резекция аневризмы. Сосудистый протез вшит в бок восходящей аорты, а дистальный конец протеза ушит с дистальным отрезком аорты «конец-в-конец».

В этом же году оперировано двое больных с аневризмой дуги аорты. У больного В., 72 лет, с посткоарктационной аневризмой произведена резекция дуги аорты с протезированием. У больного И., 52 лет, с аневризмой дуги и нисходящей аорты произведено шунтирование с исключением аневризмы из кровообращения лавсановым протезом между восходящей и нисходящей аортой. Оба больных умерли: пер-

вый от кровотечения, второй—от сердечно-сосудистой недостаточности.

В 1960 году оперирован больной Г., 42 лет, с аневризмой восходящей аорты и ее дуги (сифилитический мезоаортит). Произведена резекция восходящей и начальной части нисходящей аорты с последующим протезированием лавсановым протезом (лавсановая дуга протеза с 3-мя основными ветвями). В послеоперационный период, по данным ЭКГ, наблюдалась сердечная слабость,

В 1961 году оперировано 3 больных с аневризмой дуги и нисходящей части аорты. Всем больным произведено окутывание аневризмы лавсановым лоскутом. Послеоперационное течение без осложнений.

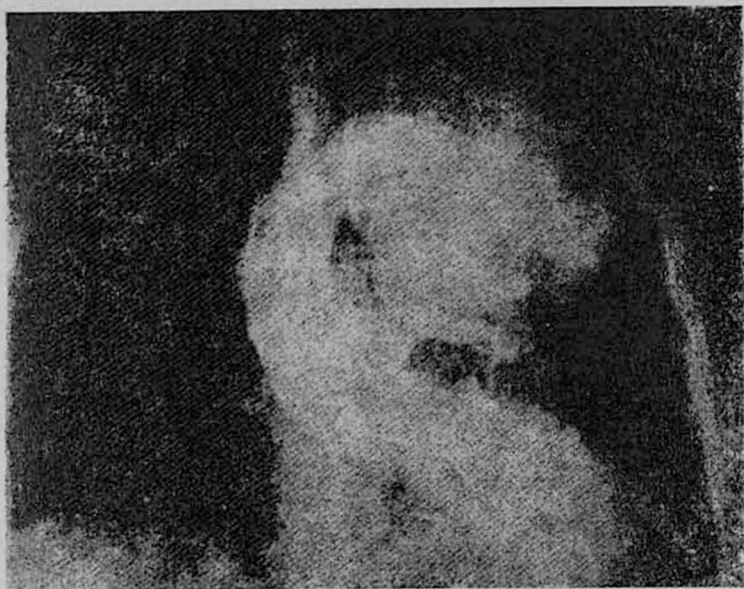


Рис. 1.

В 1982 году оперирована 19-летняя больная М. с посткоарктационной аневризмой дуги и нисходящей части аорты. Диагноз поставлен по данным АКГ и рентгенологического исследования. При рентгенологическом исследовании слева, во 2-м межреберье, все легочное поле затемнено, нижний контур затемнения четкий, затемнение сливается с тенью средостения, располагаясь сзади. Пульсация по контурам не прослеживается. На левой вентрикулограмме получено плотное контрастирование увеличенного левого желудочка, восходящей аорты и ее дуги. Восходящая аорта значительно расширена. Дуга аорты у места обычного отхождения подключичной артерии суживается до 77 мм, и поток контрастированной крови обрывается на фоне контрастирующегося аневризматического образования округлой формы, диаметром до 13 см. Нижне-грудной отдел аорты и брюшная аорта не контрастируются (рис. 1).

4 марта 1982 года во время операции в верхней трети плевральной

полости обнаружено округлой формы плотное, эластичное пульсирующее образование диаметром 15 см, связанное с дугой аорты (аневризма). Аневризма начиналась от левой общей сонной артерии, в процессе была вовлечена и грудная аорта. После выделения восходящей и грудной аорты, восходящий отдел отжат зажимом Сатинского и в переднюю стенку аорты, по типу «конец-в-бок», вшит синтетический сосудистый протез диаметром 24 мм. Протез проведен впереди ствола легочной артерии через «окно» в перикарде, позади диафрагмального нерва у корня легкого и далее позади корня легкого до неизменной части грудной аорты. Грудная аорта ниже аневризмы прошита аппаратом УКЛ-40, отжата зажимом Сатинского и пересечена. Наложен анастомоз грудной аорты с протезом «конец-в-конец». Аневризматический мешок выделен из плотных сращений и отсечен. Операция прошла без осложнений (В. И. Подак).

Через 25 дней после операции проведено чрезвенное зондирование с АКГ—функция анастомоза была хорошая (рис. 2). Через 33 дня после операции больная выписана из клиники в удовлетворительном состоянии.

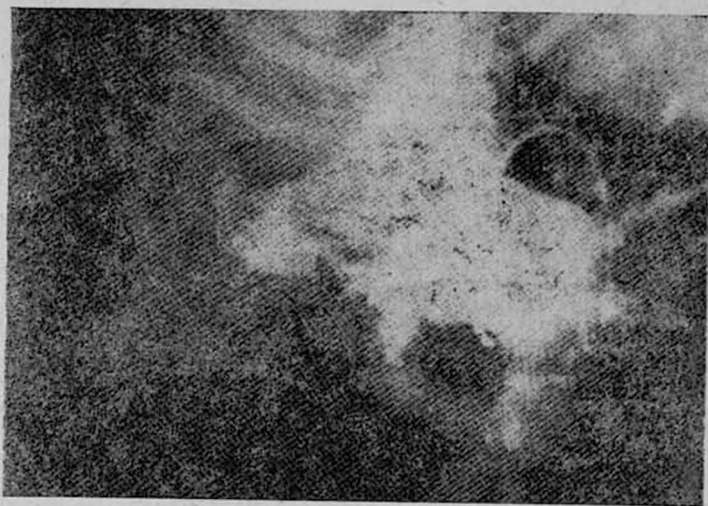


Рис. 2.

В 1981 году оперирован больной А., 28 лет, которому в 1973 году была произведена резекция суженного участка аорты с протезированным лавсановым протезом «конец-в-конец». Однако в этом же году наступило ухудшение состояния здоровья и больной был госпитализирован в клинику для обследования. При АКГ исследовании, на уровне 4—5-го грудного позвонка, обнаружено округлое образование размером 85X75 мм с четкими контурами. Это образование сдавливало участок аорты в месте наложения прежнего анастомоза. Размер аорты от места сжатия с 40 мм уменьшился до 2 мм. После зондирования у больного появилось обильное кровохарканье и подъем артериально-

то давления (220/100 мм рт. ст.). Больной по жизненным показаниям взят на операцию. Произведено наложение обходного шунта между восходящей и грудной аортой синтетическим протезом. У корня правого легкого определялся плотный инфильтрат размером 10×12 см, спаянный с дугой аорты и корнем правого легкого. Был вшит протез диаметром 10 мм и длиной 12 см. На 3-ьи сутки, на фоне гипертонического криза, началось массивное легочное кровотечение и больной погиб.



Рис. 3.

На вскрытии обнаружен дефект в стенке аорты, образованный ложной аневризмой. Аневризма больше располагалась сзади, между верхней долей правого легкого, аортой, сердцем, фиброзной тканью правой плевральной полости и захватывала корень правого легкого. Паренхима верхней доли правого легкого непосредственно соединялась с аневризмой. Это приводило к периодическому кровохарканью, особенно при подъеме артериального давления. Во время операции шунтирования аорты произошел надрыв капсулы ложной аневризмы с массивным внутриплевральным кровотечением уже в послеоперационный период. У больного имелось полное обратное расположение всех органов.

В 1982 году в клинике наблюдался и обследовался больной П., 35 лет, перенесший в 1966 году травму грудной клетки с повреждением грудного отдела аорты. На операции произведено иссечение аневризматического выпячивания. С 1980 года появились боли в области сердца. При рентгенологическом исследовании в клинике установлено, что в области луковицы аорты добавочная тень около 5 см в диаметре, медиально сливающаяся с тенью аорты. Пульсация этой тени

не прослеживается. При введении контрастного вещества в левый желудочек, в области перешейка обнаружено аневризматическое образование 80×50 мм, контуры аорты на фоне этого образования прослеживаются четко на всем протяжении. Часть аневризмы, расположенная в зоне аортального «окна», значительно плотнее участка, расположенного выше контура аорты левее устья левой подключичной артерии (рис. 3).

Выводы

1. Клиническое течение аневризмы аорты любой этиологии и локализации обычно завершается тяжелыми осложнениями, поэтому это заболевание можно излечить только оперативным путем.

2. Выбор оперативного лечения должен быть индивидуальным, в зависимости от локализации, размеров и отношения аневризмы к ближайшим органам. Наиболее благоприятный исход наблюдался при обходном шунтировании с выключением аневризмы или окутывание синтетическим лоскутом.

3. При иссечении аневризмы аорты с простым закрытием дефекта атравматическим швом необходимо дополнительное окутывание синтетическим лоскутом.

4. Лучшим диагностическим методом в определении наличия аневризмы аорты можно считать АКТ исследование.

Новосибирский НИИ патологии
кровообращения МЗ РСФСР

Поступила 20/I 1982 г.

Б. В. Мешалкин, Н. И. Кремылов, В. И. Подак, Р. Г. Хачатрян

ԿՐՄՔԻ ԱՈՐՏԱՅԻ ԱՆԵՎՐԻՉՄԻ ԺԱՄԱՆԱԿ
ՎԻՐԱՐՈՒԺԱԿԱՆ ՏԱԿՏԻԿԱՅԻ ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՐՋ

Ա. մ. փ. n. փ. n. փ.

Հոդվածում նկարագրված են կրծքի աորտայի անևրիզմի վիրաբուժական բուժման դեպքերը, երբ շտկման մեթոդի ընտրությունը կախված է նրա տեղակայումից և չափերից:

Ye. N. Meshalkin, N. I. Kremlyov, V. I. Podak, R. G. Khachatryan

On the Problem of Surgical Tactics in Aneurism of the Thoracic Aorta

S u m m a r y

The cases of the surgical treatment of aneurism of the thoracic aorta are described, when the choice of the method of the correction depends on its localization and size.