

А. А. КРАКОВСКИЙ, Т. В. ВАСИЛИДЗЕ, А. Н. ДУМПЕ, З. В. ЧЕРНЯВСКАЯ

**ПОЛНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОСТИНФАРКТНОГО ПОРОКА СЕРДЦА—
ПЛАСТИКА ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ,
РЕЗЕКЦИЯ АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И
АОРТО-КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ**

Одним из наиболее грозных осложнений острого инфаркта миокарда является образование дефекта межжелудочковой перегородки [8]. Консервативная терапия при данной патологии малоэффективна [10]. Применение хирургических методов лечения позволяет улучшить выживаемость и восстановить трудоспособность больных [7].

Приводим описание нашего успешного хирургического лечения больного с постинфарктным дефектом межжелудочковой перегородки, аневризмой левого желудочка и тяжелым атеросклеротическим поражением коронарных артерий.

Больной Ш., 46 лет, поступил в институт сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева АМН СССР с жалобами на загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, купирующиеся нитроглицерином, одышку при ходьбе, сердцебиение.

Болен с декабря 1978 г., когда появились стенокардические боли, и с диагнозом острый инфаркт миокарда был госпитализирован в стационар. На 2-е сутки после развития инфаркта миокарда был выявлен систолический шум над областью сердца. В течение последующих 4 месяцев находился на стационарном лечении. Медикаментозная терапия была мало эффективна: оставались боли в покое, появлялась одышка и сердцебиение при малейшей физической нагрузке, прогрессировала клиника недостаточности кровообращения.

Больной был переведен в ИССХ для обследования и хирургического лечения.

При поступлении состояние больного средней тяжести, кожные покровы бледные, выраженный акроцианоз. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, над областью сердца выслушивается грубый, пансистолический шум с максимумом звучания в IV межреберье по левому краю грудины. Пульс—106 уд. в мин., АД—110/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 4 см. выступает из под края реберной дуги, плотной консистенции, болезненная при пальпации. Симптом Пастернац-

кого отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет.

ЭКГ—обширный трансмуральный рубец по передне-септально-верхушечной области с переходом на боковую стенку, аневризма передней стенки левого желудочка, крупноочаговые рубцовые изменения в области задней стенки.

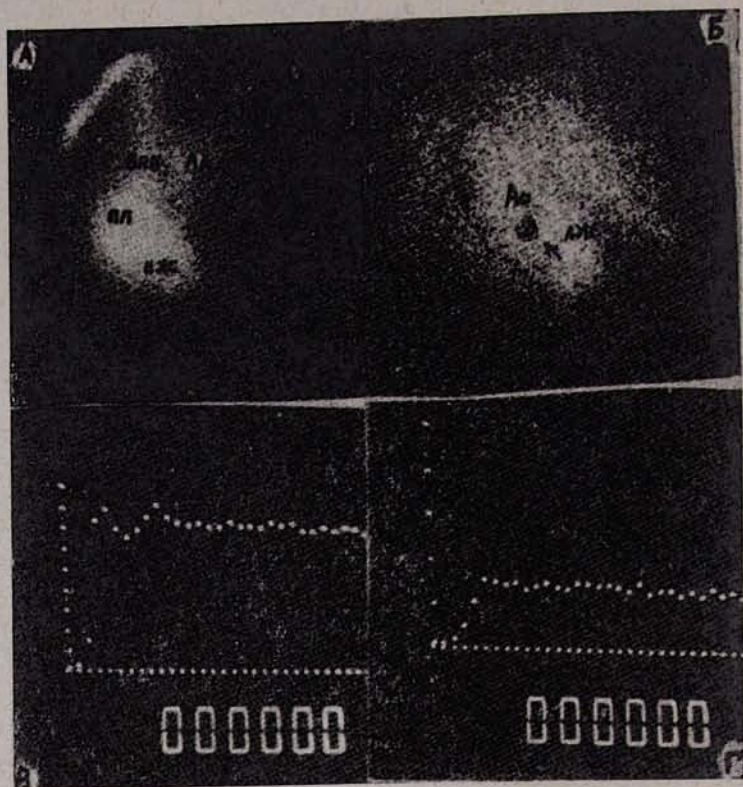


Рис. 1. Радиоангиокардиография полостей сердца больного И. до операции. а) визуализация правых отделов сердца: можно отметить некоторое расширение верхней полой вены (ВПВ), правого предсердия (ПП), правого желудочка (ПЖ). Легочная артерия (ЛА) визуализируется в начальной фазе. б) визуализация левых отделов сердца: левый желудочек (ЛЖ) и восходящая аорта (Ао) видны нечетко, из-за поступления радионуклеотида не только в аорту, но и в правый желудочек через дефект межжелудочковой перегородки (указано). в) радиокардиограмма (РКГ): размытый тип кривой разведения. г) радиопульмограмма (РПГ): отношение концентрационных высот при регистрации первого пассажа индикатора через легкие—0,92 (по Г. А. Малову с соавт., 1976 г.).

ФКГ—в I, II, III точках определяется среднеамплитудный систолический шум, занимающий всю систолу.

Рентгенологическое исследование—тень сердца расширена в обе стороны. Талия подчеркнута, контур левого желудочка удлиннен, прилежит верхушкой к диафрагме. В I к. п. ретрокардиальное пространство сужено за счет увеличения правого предсердия. Во II к. п. при-

знаки увеличения левого желудочка. В области передне-боковой стенки левого желудочка парадоксальная пульсация.

Радиокордиография—сброс крови слева направо, фракция выброса 56% (рис. 1).

Селективная коронарография—передняя межжелудочковая ветвь окклюзирована в проксимальной трети, периферия не контрастируется. Диагональная ветвь диффузно изменена на всем протяжении, огибающая ветвь имеет сужение на двух уровнях III ст., правая коронарная артерия сужена в средней трети более 75% с удовлетворительной периферией. При вентрикулографии верхушечная область не сокращается, отчетливо выражен сброс из левого желудочка в правый в объеме 41%. При катетеризации сердца давление в правом предсердии составляет 12/4 мм рт. ст., правом желудочке—75/6, легочной артерии—75/30, легочных капиллярах—24/18, левом желудочке—140/30 и аорте—140/90 мм рт. ст.

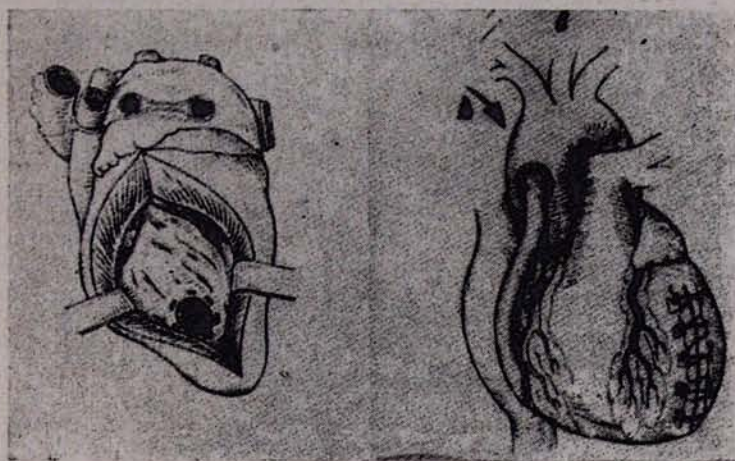


Рис. 2. Схема операции у больного Ш. а) вскрытая аневризма левого желудочка растянута крючками. В нижней трети межжелудочковой перегородки видна тефлоновая заплатка, наложенная на дефект межжелудочковой перегородки. б) аневризма ушита «П»-образными швами на тефлоновых прокладках. Наложен шунт из аутоены с правой коронарной артерии.

В результате исследования был поставлен диагноз—хроническая ишемическая болезнь сердца, атеросклероз венечных артерий сердца, крупноочаговый постинфарктный кардиосклероз с развитием хронической аневризмы левого желудочка, постинфарктный дефект межжелудочковой перегородки, стенокардия напряжения и покоя, недостаточность кровообращения II Б ст.

16 мая 1979 г. больному выполнена операция—пластика дефекта межжелудочковой перегородки тефлоновой заплатой, резекция постинфарктной аневризмы левого желудочка и аутовенозное аорто-коронарное шунтирование правой коронарной артерии. Доступ к сердцу пу-

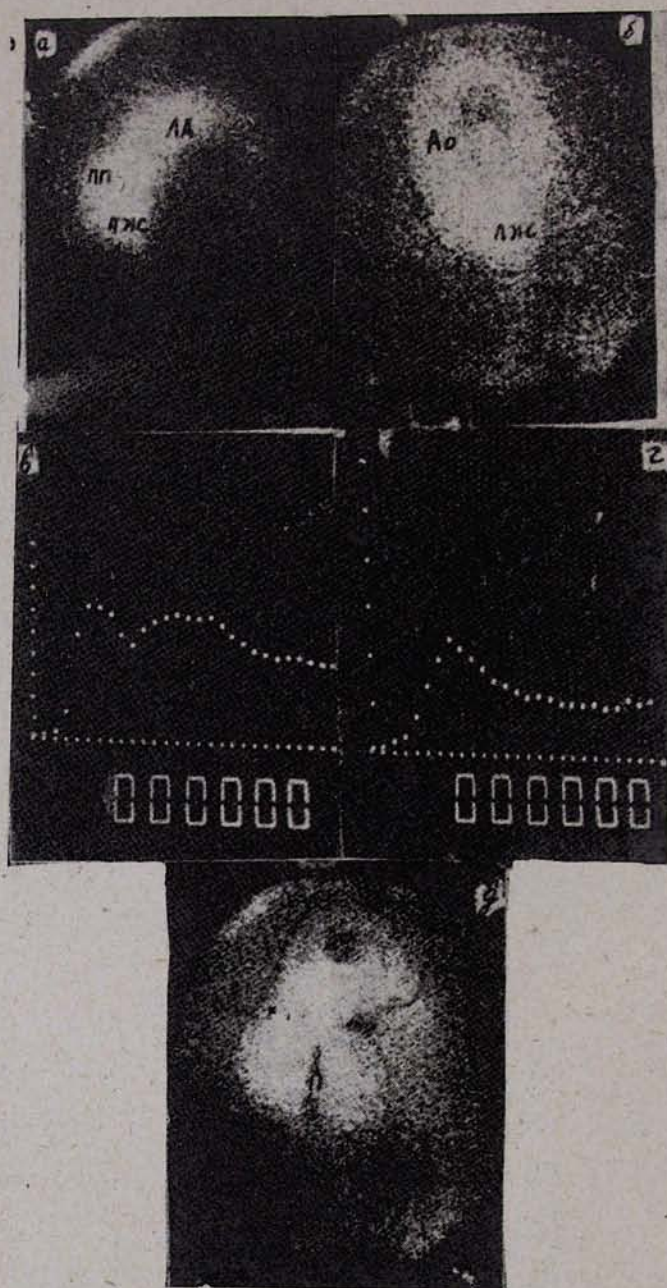


Рис. 3. Радиоангиокардиография больного Ш. после операции. а) визуализация правых отделов сердца. Видны ВПВ, ПП, ПЖ, ЛА. Размеры полостей сердца уменьшились по сравнению с дооперационными. б) визуализация левых отделов сердца: хорошо виден ЛЖ и Ао. в) радиокардиограмма после операции: нормальный тип кривой. г) радиопульмонограмма после операции: соотношение концентрационных высот—0,45. д) суммарная скintiграфическая картина правых и левых отделов сердца после операции. Четко видна межжелудочковая перегородка (II).

тем срединной стернотомии. Раздельная канюляция полых вен и восходящей аорты. Искусственное кровообращение в условиях умеренной гипотермии. Защита миокарда сочетанным методом фармакологической и холодной кардиоплегии. По передне-верхушечной области левого желудочка—обширная аневризма, размером 8×10 см. Аневризма вскрыта, тромбов в полости нет. При ревизии левого желудочка обнаружен дефект межжелудочковой перегородки, расположенный в нижней трети, диаметром 1,5 см. Произведена резекция аневризмы левого желудочка и пластика дефекта межжелудочковой перегородки тefлоновой заплатой. После ушивания вентрикулотомного разреза выделена правая коронарная артерия, вскрыт ее просвет. Диаметр артерии в месте артериотомии 2,5 мм. Наложена анастомоз с аутовеной. Пристеночно отжата аорта, и в месте введения канюли для кардиоплегического раствора вшит проксимальный анастомоз. Время ИК—100 мин., аорта пережата 55 мин. Объемный кровоток по шунту 50 мл/мин. (рис. 2). Послеоперационное течение гладкое, заживление раны первичным натяжением. Через 28 дней после операции больному было произведено контрольное исследование—катетеризация правых отделов сердца и изотопная вентрикулография. Фракция выброса после операции составила 62%, сброс крови отсутствовал (рис. 3). Давление в правом предсердии—6/3 мм рт. ст., правом желудочке—30/0, легочной артерии—30/9, легочных капиллярах—12/7 мм рт. ст. Через полтора месяца после операции больной был выписан в удовлетворительном состоянии. При выписке жалоб не предъявлял. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Шумов нет. Пульс—86 уд. в мин., АД—120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень увеличена.

Обсуждение

Разрыв межжелудочковой перегородки осложняет течение трансмурального инфаркта в 1—2% случаев [3, 5, 7]. Это осложнение ведет к резкому нарушению внутрисердечной гемодинамики и усугубляет течение болезни. Прогноз жизни при наличии постинфарктного дефекта межжелудочковой перегородки плохой, через год при медикаментозном лечении в живых остается только 10% больных. В настоящее время все шире внедряется хирургический метод лечения данной патологии [4, 6, 7]. Были получены удовлетворительные результаты при оперативном лечении, в сроках более 3 месяцев после развития инфаркта миокарда [6, 9]. На более ранних этапах хирургическое вмешательство связано с повышенным операционным риском [1, 2].

В описанном нами случае проведено успешное хирургическое лечение постинфарктного дефекта межжелудочковой перегородки: полная коррекция постинфарктного порока—пластика дефекта, резекция хронической аневризмы левого желудочка и аорто-коронарное шунтирование правой коронарной артерии.

Улучшение сократительной способности левого желудочка, нормализация внутрисердечной гемодинамики и симптоматическое улучшение подтверждает высокую эффективность хирургического метода лечения постинфарктных дефектов межжелудочковой перегородки. Однако необходимо подчеркнуть, что подобного рода сложные комбинированные вмешательства выполняются довольно редко. Нами описано второе наблюдение с успешным исходом после операции. Первое такое наблюдение также вышло из Института сердечно-сосудистой хирургии и было опубликовано в журнале «Кардиология», № 5, 1979 г.

Институт сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева Поступила 10/II 1980 г.

Ա. Ա. ԿՐԱՎՈՎՍԿԻ, Տ. Վ. ՎԵՍԻԼԻԶԵ, Ա. Ն. ԴՈՒՄՊԵ,
Զ. Վ. ՉԵՐՆՅԱՎՍԿԱՅԱ

ՄՐՏԻ ԷԵՏԻՆՖԱՐԿՍԱՅԻՆ ԱՐԱՏԻ ՄԻՋՓՈՐՈՔԱՅԻՆ ՄԻՋՆԱՊԱՏԻ
ԴԵՖԵԿՏԻ ՊԼԱՍՏԻԿԱՅԻ ԼՐԻՎ ՇՏԿՈՒՄԸ, ՁԱԽ ՓՈՐՈՔԻ ԱՆԵՎՐԻՉՄԱՅԻ
ՄԱՍՆԱՀԱՏՈՒՄԸ ԵՎ ԱՈՐՏԱ-ԿՈՐՈՆԱՐ ՇՈՒՆԱՏԱՎՈՐՈՒՄԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Նկարագրվում է միջփորոքային միջնապատի հետինֆարկտային արտոի հաշոդ վիրարու-
ժական բուժման դեպք: Միայն վիրարուժական շտկումը, այնպիսին, ինչպիսին է դեֆեկտի
պլաստիկան, աներիզմայի մասնահատումը նրա անկայության դեպքում և սրտամկանի վե-
բասնոթավորումը բերում է սրտային այդ բարդ ախտաբանության վերացման:

A. A. Krakovski, T. V. Vesilidze, A. N. Dumpe, Z. V. Chernyavskaya

Complete Correction of Postmyocardial Infarction Defect-
Plasty of the Interventricular Septum Defect and Aorta-Coronary
Shunting

S u m m a r y

Only the surgical correction, such as plasty of the defect, aneurism resection and revascularization of the myocardium improves this complicated cardiac pathology. A case of the successful surgical treatment of postmyocardial infarction interventricular septum defect is described.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Barcliss P., Eisenmann B., Christmann D., Beissel J., Algnepense J., Keiny R., Senc. Hop. Paris 1976, 52 (15): 933.
2. Davidson K. G., Willoughby J., Miller H. C., Kitchin A. H., Caves P. K. Brit. Heart J. 1976, 33 (8); 874.
3. Diaz-Rivera R. S., Miller A. J. Am. Heart J. 1948, 35: 123.
4. Gintlar E. R., Dintels G. K., Plutz J. R., Wallace K. B. Circulation 1974, 49 (3), 455.
5. Friedberg C. K. Diseases of the heart 3rd ed. 1966, 855. Philadelphia, W. B. Saunders.
6. Hill J. D., Jary D., Kerth W., Gerbode F. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1975, 70 (3): 410.
7. Kaplan M. A., Harris C. N., Kay J. H., Magidson D. Chest. 1976, 69 (6) 734.
8. Jee W. J., Cardon L., Stodki S. J., Arch. Intern. Med. 1962, 190; 831.
9. Minick E. D., Birley M. J., Daggett W. M., Sanders C. A. Circulation 1972, 45: 1279.
10. Sandler R. J., Kern W. H., Blonnt S. G. Am. Heart J. 1956, 51:736.
11. Малов Т. А., Рюмица Е. Н. II Советско-Американский симпозиум по врожденным порокам сердца. М: 1976. 231—245.