

того артериального протока диаметром 1 мм произведена его перевязка, однако дрожание на аорте после операции не ликвидировалось. При поступлении в отделение общее состояние ребенка удовлетворительное. Рост 138 см, вес—36 кг. Над легкими выслушивалось везикулярное дыхание, хрипов нет. Над сердцем во 2—3-ем межреберьях слева у края грудины во время аускультации обнаружен систоло-диастолический шум. Пульс 80 уд. в минуту, артериальное давление—120/80 мм рт. ст. На ЭКГ определялись признаки перегрузки левого желудочка и нарушения внутрижелудочковой проводимости, признаки диффузной гипоксии в миокарде. На фонокардиограмме регистрировался холосистолический шум типа крещендо и холодиастолический шум типа декрещендо с максимумом во 2-ом межреберье слева. При рентгенологических исследованиях органов грудной полости отмечалось увеличение сердца в поперечном направлении, больше влево. В первой косой проекции ретрокардиальное пространство сужено в области левого предсердия, во второй—увеличен левый желудочек, углублены пульсации восходящей аорты и легочного ствола. Больной произведена велоэргометрия применением методики постепенно возрастающих нагрузок. При нагрузке 300 кгм/мин. у больной появилась острая боль в области сердца, а на ЭКГ появились ишемические изменения (депрессия сегмента ST более, чем на 1 мм в отведениях V_4 — V_6) в области верхушки сердца и в боковой стенке левого желудочка. При восходящей аортографии одновременно контрастировались аорта и левое предсердие. Во время селективного контрастирования левой венечной артерии наблюдалось аневризматическое расширение огибающей ветви левой коронарной артерии размером 2×3 см, от которого контрастировались дистальные отделы коронарных артерий и левое предсердие. В результате клинко-ангиографического обследования поставлен диагноз—врожденный коронаро-левопредсердный свищ.

7.12.1977 г. произведена операция (О. Э. Путьнищ). Под интубационным наркозом произведена передне-боковая торакотомия слева, вскрыт перикард. Сердце увеличено в размерах за счет левого предсердия и левого желудочка. В проксимальной части огибающей ветви левой коронарной артерии найдено аневризматическое расширение размером 2×3 см с отложением извести в его стенках. Канюлирована левая бедренная артерия и ушко правого предсердия, начато искусственное кровообращение. После пережатия восходящей аорты вскрыто левое предсердие длиной 4 см. При ревизии у основания ушка обнаружено отверстие диаметром 0,5 см, фиброзные края которого ушиты тремя П-образными швами на прокладках. Время пережатия аорты—20 мин., при общей гипотермической перфузии (+25°C). Продолжительность искусственного кровообращения—1 час 2 мин. Дополнительно применена местная холодовая кардиоплегия с понижением температуры миокарда до +12° С.

Послеоперационный период протекал гладко. При фонокардиографическом исследовании шум над сердцем не зарегистрирован. Боль-

ная обследована через год. Жалоб нет, занимается спортом, шум над сердцем не определяется. При повторной велоэргометрии проба была прекращена при нагрузке 600 кгм/мин. из-за достижения субмаксимального пульса (180 уд. в мин.). Жалобы на боли в области сердца исчезли. На ЭКГ ишемические изменения не зарегистрированы.

Наше наблюдение подтверждает мнение авторов, которые считают, что при малых шунтах в первые годы жизни фистулы коронарных артерий протекают бессимптомно. Ишемия или инфаркт миокарда обычно развиваются у старших детей, когда возникает несоответствие между коронарным кровотоком и кислородными потребностями сердечной мышцы. Многие больные в этот период, особенно в школьном возрасте, когда нарастает физическая нагрузка, имеют характерные жалобы (боли в области сердца, коллаптоидные состояния, одышка, аритмия сердца). Точический диагноз можно поставить только путем контрастного исследования коронарных артерий, хотя селективная коронарография еще не является повседневным методом диагностики в детской кардиохирургии.

Считаем целесообразным отметить высокую разрешающую способность велоэргометрии у больных с коронарными фистулами. При ней определяется понижение толерантности сердечной мышцы к физической нагрузке, что указывает на феномен «обкрадывания», т. е. редуцирование коронарного кровотока. До коронарографии целесообразно произвести левую вентрикулографию и восходящую аортографию. При вентрикулографии уточняется функциональное состояние миокарда левого желудочка, а при аортографии—диагностируются другие аномалии корня аорты—аневризма синуса Вальсальвы или прорыв ее, аорто-легочный свищ и другие.

Все больные с коронарными фистулами подлежат хирургическому лечению, так как позже нарастает хроническая левожелудочковая недостаточность с развитием симптомов очаговой ишемии миокарда и бактериального эндокардита. Для оценки эффективности операций следует предпочесть неинвазивный метод обследования, особенно велоэргометрию.

Выводы

1. Фистула между левой коронарной артерией и левым предсердием является редкой врожденной аномалией корня аорты, проявляющейся определенными субъективными и объективными данными.
2. Методом выбора в диагностике коронарных фистул является селективная коронарография.
3. Единственным радикальным методом лечения коронарных фистул является своевременная хирургическая коррекция, а объективно судить об отдаленных результатах помогает велоэргометрия.

ԶԱԽ ՊՍԱԿԱԶԵՎ, ԶԱՐԿԵՐԱԿԻ ԵՎ ԶԱԽ ՓՈՐՈՔԻ ՄԻՋԵՎ ԵՂԱԾ
ԽՈՒՂԱԿԻ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ԵՎ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հաստատված է, որ ձախ պակասեղ զարկերակի և ձախ նախասրտի միջև եղած խուղակի ախտորոշման մեջ ընտրության մեթոդ է հանդիսանում ընտրողական պակագրությունը Այդպիսի արատով հիվանդները ենթակա են վիրաբուժական շտկման:

O. E. Poutnish, A. Ya. Ozols, U. V. Kalninch

On the Diagnostic and Surgical Treatments of Fistula
Between the Left Coronary Artery and Left Auricle

S u m m a r y

It is established that the selective method of diagnosis of the fistula between the left coronary artery and the left auricle is the selective coronarography. Patients with this anomaly are subject to the surgical correction.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Arant D. T., Greene D. G., Klicke F. J., Am. Heart J., 1978, 96, 4, 438—443.
2. Deneff J. J., Varghese P. J., Loserkoot G. Brit. Heart J. 1971, 33, 5, 857—864.
3. Levin D. C., Fellows K. E., Abrams H. L., Circulation. 1978, 58, 1, 25—34.
- McNamara J. J., Gross R. E. Congenital coronary artery fistula. Surgery. 1969, 65, 59—67.
5. Mullin C. E., El-Said G., McNamara J. J., Cooley D. A., Triestman B., Garcia E. Circulation. 1972, 46, 5, 989—994.
6. Oldham H. N., Ebert D. A., Young W. G., Sabiston D. C. Ann. Thorac. Surg., 1971, 12, 5, 503—513.
7. Rose A. G. Circulation. 1978, 58, 1, 178—180.