

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.126.46-089.28:616.126-022.7:616.411-002.3

СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ СИМУЛЬТАННОЙ ОПЕРАЦИИ БИОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА И СПЛЕНЭКТОМИИ ПРИ АКТИВНОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ И АБСЦЕССЕ СЕЛЕЗЕНКИ У НАРКОЗАВИСИМОГО ПАЦИЕНТА

*А.А. Макушин, Э.В. Куц, И.И. Балагуров, А.С. Полянцев**

ФГБУ Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева РАМН (директор – академик РАН и РАМН Л.А.Бокерия), Москва, 121552, Российская Федерация

Представлен случай успешного биопротезирования трикуспидального клапана и спленэктомии при активном инфекционном эндокардите, септической абсцедирующей пневмонии с эмболическим синдромом.

Ключевые слова: биопротезирование; спленэктомия; инфекционный эндокардит; эмболический синдром.

A CASE OF A SUCCESSFUL SIMULTANEOUS OPERATIONS OF TRICUSPID VALVE BIOPROSTHESIS AND SPLENECTOMY IN DRUG-ADDICTED PATIENTS WITH ACTIVE INFECTIVE ENDOCARDITIS AND ABSCESS OF THE SPLEEN

A.A. Makushin, E.V. Kuts, I.I. Balagurov, A.S. Polyantsev

Bakoulev Scientific Centre for Cardiovascular Surgery, Moscow, 121552, Russian Federation

We present a case of successful bioprosthetic tricuspid valve implantation and splenectomy in patient with active infective endocarditis and spleen abscesses along with septic pneumonia and embolic syndrome.

Key words: bioprosthetics; splenectomy; infective endocarditis; embolic syndrome.

Актуальность выбора тактики хирургического лечения инфекционного эндокардита у наркозависимых пациентов не вызывает сомнений [1].

Эмбологенный компонент при инфекционном эндокардите можно рассматривать как наиболее опасное осложнение данной патологии, которое наблюдается у 28,5 % оперируемых пациентов [2]. Появление абсцессов и развитие инфарктов селезенки – редкое, но очень опасное осложнение инфекционного эндокардита любой локализации, так как появление абсцессов говорит о наличии эмболического синдрома и само по себе является жизнеугрожающим состоянием. Крайне редко можно встретить на практике случай наличия у пациента столь распространенного инфекционного процесса, который бы затрагивал несколько систем и органов одновременно, при выраженной сердечной недостаточности и гигантской селезенке [1]. Следует напомнить о высоком уровне летальности – до 58 % при разрывах селезенки [3]. Можно сказать, что независимо от размеров, наличие абсцесса – абсолютное показание для сплен-

эктомии. В свою очередь, вопрос этапности хирургического вмешательства остается открытым для дискуссий [2]. На наш взгляд, данный случай успешной симультанной операции подтверждает правомерность избранной хирургической тактики.

Мужчина, 34 лет, поступил с жалобами на общую слабость, резкую утомляемость, отеки ног и повышение температуры тела до 38,9 °С на фоне рецидивирующих пневмоний тяжелого течения, по поводу чего неоднократно проводилось стационарное лечение. Пациент в течение 11 лет страдает опиоидной наркоманией. При обследовании выявлен инфекционный эндокардит трикуспидального клапана с недостаточностью III степени. В последние 6 мес отметил увеличение живота в объеме и появление дискомфорта в левом подреберье. При проведении компьютерной томографии выявлены объемные образования в обоих легких и селезенке (предположительно абсцессы). При томографии головного мозга объемных образований не обнаружено.

При поступлении состояние пациента тяжелое за счет декомпенсированной сердечной недоста-

*Полянцев Алексей Сергеевич, ординатор.
121552, Москва, Рублевское шоссе, 135. E-mail: Aleksey@Polyancev.ru

точности, отмечаются отеки нижних конечностей, увеличение печени, застойные явления в легких. Величина EuroSCORE составляла 8,57. По данным эхокардиографии, размер левого предсердия был равен 49 мм, конечный систолический объем левого желудочка — 30 мл, конечный диастолический объем — 127 мл, фракция выброса левого желудочка составляла 77 %. Правые отделы сердца резко расширены, конечный диастолический объем правого желудочка был равен 154 мл, фракция выброса — 51 %. Отмечалась деструкция передней и септальной створок трикуспидального клапана с пролапсом фрагментов в правое предсердие. На обеих створках лоцируются дополнительные эхосигналы (вегетации). Коаптация створок нарушена, тотальная трикуспидальная регургитация. Диаметр фиброзного кольца был равен 48–50 мм.

В связи с наличием у пациента декомпенсированной сердечной недостаточности и большой опасностью разрыва селезенки принято решение о выполнении симультанного вмешательства.

При ревизии: трикуспидальный клапан деструктивно поражен, створки и хорды с множественными свежими вегетациями розового цвета, деструкция передней и септальной створок. Створки иссечены. Фиброзное кольцо тщательно санировано растворами антисептиков. В позицию трикуспидального клапана на 19 П-образных швах, усиленных тефлоновыми прокладками, имплантирован протез клапана БиоЛАБ № 31.

Вслед за постановкой дренажей в полость перикарда, полость переднего средостения и остеосинтеза грудины начат абдоминальный этап. После лапаротомии косым разрезом в левом подреберье визуализирована селезенка размерами 28×15×10 см с гиперемированной поверхностью и участками размягчения. Поверхность селезенки бугристая, под капсулой имеются множественные абсцессы разных размеров. Выполнена спленэктомия с ревизией и дренированием брюшной полости.

Микробиологическое исследование интраоперационного материала подтвердило наличие активного инфекционного процесса как на трикуспидальном клапане, так и в тканях селезенки. Из интраоперационного материала был выделен *Enterococcus faecium*.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент был экстубирован через 5 ч после операции с последующим переводом в отделение, где был проведен курс антибиотикотерапии с учетом чувствительности микроорганизма: ванкомицин, сульперазон, флюконазол. В послеоперационном периоде у больного высокая температура не наблюдалась. Отмечено снижение явлений сердечной недостаточности: отсутствие потребно-

сти в кардиотонической поддержке, нормализация размеров печени, исчезновение застойных явлений в легких, включая картину абсцедирующей пневмонии. Из лабораторных показателей обращает на себя внимание повышение числа тромбоцитов, которое типично для состояния после спленэктомии. На 8-е сутки с момента поступления пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

Общепринято, что бессимптомные и центрально расположенные инфаркты селезенки не требуют коррекции, кроме случаев образования абсцессов, при которых спленэктомия является абсолютным показанием [4]. Тем не менее у пациентов с инфекционным эндокардитом при подозрении на поражение селезенки необходимо тщательное обследование с применением компьютерной или магнитно-резонансной томографии, включая консультации хирурга общего профиля.

При отсутствии у пациента декомпенсированной сердечной недостаточности первоначально целесообразно выполнение спленэктомии, а после проведения антибиотикотерапии — вмешательства на клапане сердца.

Неосложненный ранний послеоперационный период подтверждает эффективность выбранной тактики хирургического лечения. Активный рост идентичных микроорганизмов в интраоперационном материале (удаленном трикуспидальном клапане и удаленной селезенке) указывает на необходимость одномоментной санации очагов инфицирования — биопротезирования трикуспидального клапана и спленэктомии.

Литература

1. Бокерия Л.А., Скопин И.И., Мироненко В.А., Гусманов Д.С. Гендерные и клинико-социальные особенности течения инфекционного эндокардита у наркозависимых пациентов. *Анналы хирургии*. 2012; 6, 15–20.
2. Akhyari P., Mehrabi A., Adhiwana A., Kamiya H., Nimptsch K., Minol J.P. et al. Is simultaneous splenectomy an additive risk factor in surgical treatment for active endocarditis? *Langenbecks Arch. Surg.* 2012; 397: 1261–6.
3. Godeau P., Wechsler B., Herreman G., Balafrej M., Bletry O., Squalli S. Ruptured spleen during bacterial endocarditis. 2 cases. *Nuov. Presse Med.* 1979; 8: 2811–4.
4. Dimitrakakis G., Von Oppell U., Zilidis G., Srivastava A. Splenic rupture complicating aortic valve replacement for bacterial endocarditis. *Interact. Cardiovasc. Thorac. Rurg.* 2008; 7: 138–40.

References

1. Bockeria L., Skopin I., Mironenko A., Gusmanov D. Gender and clinical and social features of infective endocarditis in drug-dependent patients. *Annaly khirurgii*. 2012; 6, 15–20.
2. Akhyari P., Mehrabi A., Adhiwana A., Kamiya H., Nimptsch K., Minol J.P. et al. Is simultaneous splenectomy an additive risk factor in surgical treatment for active endocarditis? *Langenbecks Arch. Surg.* 2012; 397: 1261–6.
3. Godeau P., Wechsler B., Herreman G., Balafrej M., Bletry O., Squalli S. Ruptured spleen during bacterial endocarditis. 2 cases. *Nuov. Presse Med.* 1979; 8: 2811–4.
4. Dimitrakakis G., Von Oppell U., Zilidis G., Srivastava A. Splenic rupture complicating aortic valve replacement for bacterial endocarditis. *Interact. Cardiovasc. Thorac. Rurg.* 2008; 7: 138–40.

Поступила 07.11.2013