

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ПОДОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА С ПОРАЖЕНИЕМ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА И МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Кранин Д.Л., Федоров А.Ю., Назаров Д.А., Ткачев Е.В., Виноградов Д.В., Стец В.В., Чернов М.Ю., Филиппов А.С., Герез В.С.

УДК: 616.9:616.126-002-036.112-089:
616.131.3:616.126.423

THE EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF SECONDARY SUBACUTE INFECTIVE ENDOCARDITIS WITH INVOLVEMENT OF PATENT DUCTUS ARTERIOSUS AND MITRAL VALVE

Kranin D.L., Fedorov A.Yu., Nazarov D.A., Tkachev E.V., Vinogradov D.V., Stets V.V., Chernov M.Yu., Filippov A.S., Gherez V.S.

Цель демонстрации:

Продемонстрировать возможность комплексного лечения редкой нозологии: вторичного инфекционного эндокардита, развившегося на фоне врожденного порока сердца – открытого артериального протока.

Актуальность темы:

1. За последние 20 лет частота инфекционного эндокардита возросла в 3 раза (Идов Э.М., 2007), а его доля во всем объеме кардиохирургической помощи взрослому населению увеличилась до 11,9% (Бокерия Л.А., 2006).

2. Поражение открытого аортального протока при инфекционном эндокардите относится к числу редких клинических наблюдений, а хирургическое лечение этого заболевания всегда сопряжено с техническими трудностями, связанными с необходимостью разобщения аорты и легочного ствола, ткани которых поражены воспалительным процессом, а также крайне высоким риском тромбоэмболических осложнений в обоих кругах кровообращения.

Особенности лечения эндокардита с поражением открытого артериального протока:

1. Частота открытого артериального протока составляет 1 случай на 3000–5000 живорожденных детей, на долю этой патологии приходится лишь 7% от всех врожденных пороков сердца, поэтому вторичный инфекционный эндокардит с поражением ОАП относится к редко встречаемой клиницистом патологии, методология консервативного и хирургического лечения этого заболевания окончательно не отработана.

2. Учитывая объем поражения, чаще всего требуется использование особого режима искусственного кровообращения, включающего в себя проведение глубокой общей гипотермии организма больного до 18–20° С и полную остановку кровообращения на период до 40 минут.

3. Столь длительный период полной остановки кровообращения требует проведения предварительной подготовки миокарда и организма в целом к длительной ишемии и дополнительной коррекции иммунной системы в условиях продолжающегося инфекционного процесса. Протоколы таких мероприятий также окончательно не разработаны.

Приводим клиническое наблюдение:

Больной Н., 18 лет, поступил в стационар ФБУ ГВКГ им Н.Н. Бурденко 08.10.2010г. Болен с середины сентября 2010 года, когда после перенесенного ОРВИ длительное время сохранялась фебрильная температура с дальнейшим развитием менингоэнцефалита, осложнившегося полной потерей слуха.

История заболевания:

При обследовании в госпитале по данным ЭхоКГ диагностирован инфекционный эндокардит с поражением митрального клапана: наличием микробных вегетаций размерами до 1,9×1,5 см, перфорацией передней створки митрального клапана, выраженной недостаточностью митрального клапана (регургитацией 3 степени). Также определено наличие врожденного порока сердца: открытого артериального протока, с наличием множественных крупных вегетаций, выбухающих в просвет легочного ствола.

По данным повторных посевов крови на высоте лихорадки роста флоры не получено, однако проводимая антибактериальная терапия (меронем) не позволила добиться окончательного контроля над инфекцией, у больного сохранялся постоянный субфебрилитет.

По данным УЗИ органов брюшной полости, у пациента выявлен инфаркт селезенки, вызванный тромбоэмболией фрагментом микробной вегетации.

Учитывая относительную рефрактерность к проводимой антибактериальной терапии, крайне высокий риск повторных тромбоэмболических осложнений, у больного определены жизненные показания к хирургическому лечению: санации внутрисердечных очагов инфекции, радикальной коррекции врожденного порока сердца, протезированию митрального клапана.

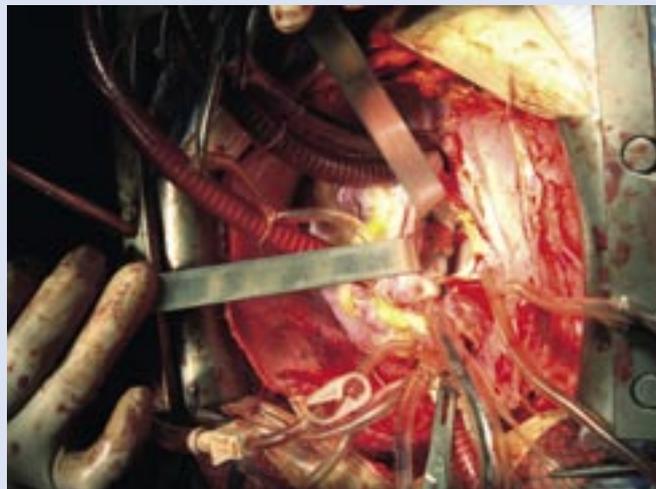
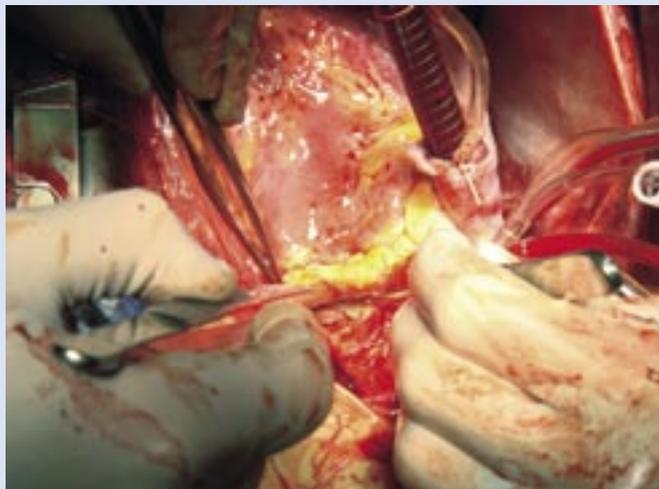
Учитывая наличие в анамнезе инфекционных осложнений основного заболевания (вторичный менингоэнцефалит), длительную антибактериальную терапию и предстоящее применение искусственного кровообращения, обладающих выраженным иммуносупрессивным действием, в предоперационном периоде больному проведен 3-дневный курс внутривенного введения человеческого иммуноглобулина («Пентаглобин») по схеме, разработанной для лечения сепсиса.

С целью улучшения защиты миокарда на время фармако-холодовой остановки сердца в состав кардиоплегического раствора добавлен фосфокреатин («Неотон»).

Итраоперационно:

После выделения открытого аортального протока выполнена гипотермическая остановка кровотечения. В устье открытого артериального протока массивные вегетации, резко стенозирующие легочный ствол и левую легочную артерию. Вегетации удалены, ткани обработаны антисептическим раствором (комбинация спиртового р-ра иода и муравьиной кислоты). Открытый артериальный проток пересечен с сохранением задней стенки и возвратного гортанного нерва. Выполнена пластика дефекта стенки аорты синтетической заплатой диаметром 2 см. Начато искусственное кровообращение (время остановки кровообращения 33 минуты). Створки митрального клапана истончены, на передней створке митрального клапана имеется массивная вегетация размерами 2×3 см, передняя створка перфорирована. Замыкательная функция клапана отсутствует. Передняя и частично задняя створки клапана иссечены, фиброзное кольцо клапана двукратно обработано антисептическим раствором. В митральную позицию отдельными П-образными швами на тефлоновых прокладках имплантирован протез Бикарбон-27. Вре-

Кранин Д.Л., Федоров А.Ю., Назаров Д.А., Ткачев Е.В., Виноградов Д.В., Стец В.В., Чернов М.Ю., Филиппов А.С., Герез В.С.
ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ПОДОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА
С ПОРАЖЕНИЕМ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА И МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА



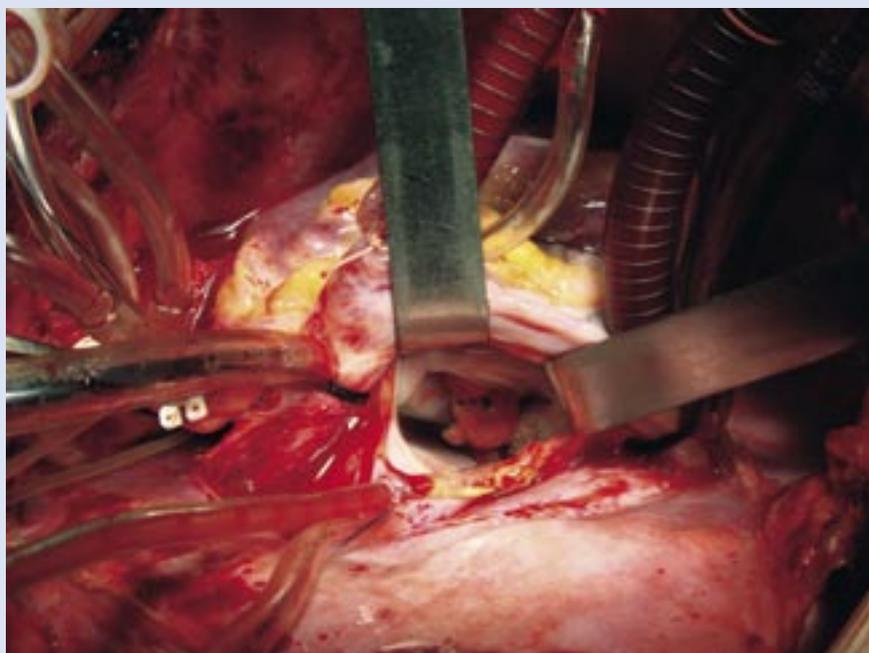
мя пережатия аорты – 56 минут, время искусственного кровообращения – 159 минут. Сердечная деятельность восстановилась самостоятельно.

В послеоперационном периоде, по данным клинической картины и лабораторных анализов, данных за прогрессирование инфекционного процесса нет. По результатам ЭхоКГ от января 2011 г. в митральной позиции визуализируется дисковый протез, митральная регургитация умеренная, патологических скоростных потоков в аорте и легочной артерии не определяется.

В настоящее время пациент чувствует себя хорошо, готовится к выписке.

Литература

1. Тюрин В.П. Инфекционные эндокардиты. / М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002.
2. Буткевич О. М., Виноградова Т. Л., Инфекционный эндокардит. / М. – 2007.
3. Гуревич М.А., Ташина С. Я., Савицкая К.И. Современный инфекционный эндокардит. / М. – 2001 г.



Контактная информация

Кранин Д.Л.
ФГУ Главный военный клинический госпиталь
им. Н.Н. Бурденко
Тел.: +7 (499) 263-53-00