

ных), пневмония (3), прогрессирование хронической почечной недостаточности (2), делириозные состояния (2 больных). Развившиеся острый инфаркт миокарда и острая задержка мочи потребовали выполнения эпицистостомии.

Повторные госпитализации, связанные с недостаточной эффективностью амбулаторного долечивания или повторным развитием деструктивных процессов, потребовались в семи наблюдениях.

Тактика лечения при гнойно-деструктивных формах синдрома диабетической стопы, основанная на комплексном междисциплинарном подходе, органосохраняющих принципах и современных достижениях медицинских технологий, позволяет добиться улучшения результатов лечения у больных с сахарным диабетом.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

*В.Т. Селиваненко, В.А. Дудаков, М.А. Мартаков, В.И. Шумский, П.В. Астахов
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского*

Хирургическое лечение посттравматических пороков сердца в настоящее время является одной из актуальных, но довольно редко освещаемых проблем современной кардиохирургии. Это объясняется большим количеством неудовлетворительных результатов лечения, спорностью определения показаний к хирургической коррекции, выбора методов операций и сроков их выполнения [3]. Своевременное оказание первой медицинской помощи на догоспитальном этапе и специализированной помощи в общехирургических стационарах позволяют значительно улучшать результаты лечения [2].

Цель исследования – определение показаний, особенностей и оптимальных сроков выполнения хирургической коррекции посттравматических пороков сердца у больных, перенесших травму грудной клетки.

В отделении кардиохирургии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского находились под наблюдением 83 пациента с различными посттравматическими пороками сердца, 62 из них (74,7%) были оперированы. В результате травмы грудной клетки с поражением сердца развились следующие повреждения внутрисердечных структур: посттравматические дефекты межжелудочковой перегородки – 25 больных (30,1%), несостоятельность клапанного аппарата сердца – 32 (38,6%), из них у 26 больных (31,3%) повреждения сердца представлены недостаточностью митрального клапана, у пяти (6,1%) – недостаточностью аортального клапана и у двух (2,4%) – посттравматической недостаточностью трикуспидального клапана, сочетавшейся у одного больного с посттравматическим дефектом межжелудочковой перегородки. В шести случаях (7,2%) выявлены травматические повреждения синусов Вальсальвы с прорывом в камеры сердца. Посттравматические аневризмы левого желудочка встретились у трех пациентов (3,6%), у семи больных (8,4%) выявлен посттравматический перикардит с признаками сдавления камер сердца, у 10 пострадавших (12,1%) определялись инородные тела.

Среди всех 62 больных, оперированных по поводу посттравматических пороков сердца, было 50 мужчин (80,6%) и 12 женщин (19,4%) в возрасте от 7 до 66 лет, средний возраст – 35 лет. Время от момента травмы до оперативного лечения составило от нескольких часов до 23 лет, в среднем – 2 года, а от резкого ухудшения состояния до хирургической операции – полгода.

По классификации NYHA больные распределились следующим образом: у четырех пациентов (6,4%) был первый функциональный класс (IФК) недостаточности кровообращения, у 36 (58,1%) – IIФК, у 12 (19,4%) – IIIФК, у шести пациентов – IVФК. Остальные больные не имели признаков недостаточности кровообращения. Из 62 больных, которым выполнена хирургическая коррекция посттравматических пороков и ранений сердца, у 51 оперативное лечение проведено в условиях гипотермического искусственного кровообращения и фармакохолодовой кардиopleгии, у одного – в режиме нормотермии. У трех пациентов использована бесперфузионная гипотермическая защита, у восьми больных операции проводили без защиты миокарда.

Нами разработана и применена классификация, основанная на разделении посттравматических пороков сердца по преимущественному поражению правых или левых отделов сердца.

В группе с преимущественным поражением правых отделов сердца оперированы 36 больных. Из них 18 – с посттравматическими дефектами межжелудочковой перегородки (ДМЖП), в том числе два пациента – с сопутствующим косым атриовентрикулярным каналом и недостаточностью трикуспидального клапана, шесть больных с посттравматическим перикардитом, один пациент с изолированной недостаточностью трикуспидального клапана травматического генеза, семь – с инородными телами правого желудочка и четыре – с посттравматическим прорывом правого коронарного синуса Вальсальвы в правый желудочек.

Посттравматические ДМЖП сформировались у 11 больных после проникающих ранений сердца с непосредственным повреждением межжелудочковой перегородки, у семи – после тупой травмы грудной клетки. ДМЖП в результате тупой травмы грудной клетки возникали как в момент травмы, так и отсрочено, спустя некоторое время от момента ранения.

Среди больных с ДМЖП, возникшими в момент травмы, выделены два основных механизма образования посттравматических ДМЖП: развитие гидравлического удара вследствие внезапного повышения давления в камерах сердца при его резком сдавлении между грудиной и позвоночником (4 наблюдения) и повреждение межжелудочковой перегородки с развитием дефекта вследствие отрыва папиллярной мышцы атриовентрикулярного клапана (один больной).

Среди посттравматических ДМЖП, развившихся спустя некоторое время, мы выявили два механизма образования патологического соустья: в результате разрыва аневризмы межжелудочковой перегородки и вследствие прорыва гематомы межжелудочковой перегородки, развившейся в результате кровоизлияния.

Механизмами формирования посттравматических перикардитов служили как проникающие ранения полости перикарда с инфицированием (четыре пациента), так и образование гемоперикарда с последующим присоединением инфекции после тупой травмы грудной клетки с повреждением мелких ветвей кровеносных сосудов париетального листка перикарда.

Показания к хирургическому лечению посттравматических ДМЖП определялись комплексно, с учетом размеров дефекта, локализации, степени недостаточности кровообращения и развития вторичных осложнений. В группе малых и средних размеров ДМЖП показаниями к хирургической коррекции были: недостаточность кровообращения от IIA ст. с прогрессированием, преобладание легочного кровотока над системным более чем в 1,5 раза, кардиомегалия, а также развитие вторичных осложнений: инфекционного эндокардита и легочной гипертензии. При ДМЖП больших размеров лечебная тактика была направлена на раннее устранение патологического соустья из-за ранней декомпенсации кровообращения и бесперспективности консервативной терапии.

На первых этапах хирургического лечения больных с посттравматическими ДМЖП предпочтение отдавалось раннему закрытию дефекта с применением различных методик ушивания, как это принято во многих кардиохирургических стационарах [1]. С накоплением опыта операции стали выполняться отсроченно с применением заплат, что позволило резко снизить развитие реканализаций ДМЖП в отдаленном периоде.

При травматической недостаточности трикуспидального клапана дисфункция правого желудочка развивается спустя длительное время. Возможные методы лечения для таких больных зависят от степени гемодинамических нарушений и могут включать как длительную консервативную терапию, так и раннее оперативное лечение. Наличие трикуспидальной недостаточности травматического генеза II-III ст. всегда является абсолютным показанием к оперативному лечению. Нами оперированы двое больных с посттравматической недостаточностью трикуспидального клапана. В обоих случаях удалось выполнить реконструктивную клапаносохраняющую операцию с хорошими отдаленными результатами.

Прорывы синусов Вальсальвы травматического генеза в хирургической практике встречаются довольно редко ввиду крайне быстро развивающейся декомпенсации кровообращения, приводящей к гибели. В таких ситуациях целесообразно проводить оперативное лечение в период выявления порока. Нами оперированы четыре пациента с повреждением правого коронарного синуса Вальсальвы. На первых этапах коррекцию порока выполняли через поперечную аортотомию. В дальнейшем, с накоплением опыта, стали применять комбинированный доступ: поперечную аортотомию вместе с продольной атриотомией или правой вентрикулотомией. Указанный прием с применением ксеноперикардальных и синтетических заплат позволил осуществлять радикальное закрытие фистулы с двух сторон и избегать реканализации в послеоперационном периоде.

Развитие посттравматического фибринозно-геморрагического или гнойного перикардита является грозным осложнением в отдаленном периоде после травмы грудной клетки. Первым этапом лечения мы применяли пункцию полости перикарда с последующим дренированием на фоне антибактериальной, противовоспалительной и гормональной терапии. При неэффективности консервативного лечения выполняли радикальную хирургическую коррекцию, т.е. субтотальную перикардэктомию. Оперированы шесть пациентов. Во всех случаях проведена субтотальная перикардэктомия из срединнотомического доступа, позволившая добиться максимального эффекта и выздоровления пострадавших.

Оперированы 26 больных с преимущественным поражением левых отделов сердца, из них посттравматическая недостаточность митрального клапана была у 18 больных, недостаточность аортального клапана – у четырех, прорыв некоронарного синуса Вальсальвы в левый желудочек – у одного, посттравматическая аневризма левого желудочка – у трех больных. Показаниями к выполнению хирургического лечения были нарушения кровообращения, выраженные расстройства внутрисердечной гемодинамики, нарушения ритма сердца. Травматическая недостаточность митрального клапана часто характеризуется прогрессированием кардиомегалии и сердечной недостаточности, которая с трудом поддается консервативной терапии. Это обстоятельство, бесспорно, является показанием к оперативному лечению. При регургитации на клапане III и IV ст. гемодинамические нарушения настолько выражены, что только немедленное оперативное лечение может вывести пациентов из тяжелого состояния.

Для устранения недостаточности митрального клапана травматического генеза мы применяем как реконструктивные методики, так и операции по протезирова-

нию клапана. При отрыве створки осуществлялась ее реимплантация к фиброзному кольцу, при этом часто выявлялись дефекты в створке, которые целесообразно устранить с помощью ушивания. В некоторых случаях, чтобы не деформировать створку, на отверстие накладывали ксено- или аутоперикардальную заплату. При отрыве незначительного количества хорд от передней створки выполняли треугольную резекцию створки с ее последующей пластикой и квадратную резекцию при частичном отрыве хордального аппарата от задней створки клапана. При массивном повреждении хордального аппарата методом выбора является создание искусственных хорд с применением ксено- и аутоперикарда. В последнее время все чаще применяются операции по протезированию хорд с использованием синтетических нитей PTFE. В случаях, когда недостаточность клапана была обусловлена повреждением папиллярного аппарата, выполняли реимплантацию папиллярных мышц путем сшивания или пришивания к стенке левого желудочка. На заключительном этапе осуществляли ремоделирование фиброзного кольца с применением аннулопластики жесткими, мягкими кольцами и полукольцами или с использованием различных видов шовной аннулопластики (Кея, Рида или Де Вега).

При выполнении операций по устранению недостаточности митрального клапана первым этапом мы применяли пластику. Реконструктивные клапаносохраняющие операции с хорошими отдаленными результатами проведены у трех пациентов. В остальных 15 случаях изменения клапанного аппарата были настолько выраженными, что адекватно восстановить функцию клапана не представлялось возможным. Больным были выполнены операции по протезированию митрального клапана по общепринятой методике. В пяти наблюдениях операции проводились с сохранением части подклапанного аппарата, что привело к более благоприятному течению раннего послеоперационного периода и позволило улучшить результаты лечения.

Итак, посттравматические пороки сердца возникают в результате тупой травмы и проникающих ранений сердца, при этом они формируются непосредственно после травмы, а также с течением времени, что обусловлено различными механизмами и видами повреждений; показания к хирургическому лечению посттравматических пороков сердца определяются в зависимости от вида повреждения, а сроки выполнения – в зависимости от размеров и локализации ранения, а также от длительности заболевания и развития вторичных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астафьев В. И., Желтовский Ю. В., Носков В. С. и др. // Грудная хир. – 1982. – № 3. – С. 72-74.
2. Желтовский Ю.В. Кровообращение, метаболизм и функции органов при реконструктивных операциях. – Ереван, 1984. – С. 142-144.
3. Константинов Б.А., Прелатов В.А., Иванов В.А. Малиновский Т.Н. Клапаносберегающие реконструктивные операции в хирургии пороков сердца. – М., 1989. – 212 с.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЧРЕСКОЖНЫХ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

С.Г. Сергеев, Н.А. Чернов, А.Г. Шкуро, А.И. Огородников
Калужская областная больница

Лечение больных с механической желтухой продолжает оставаться актуальной проблемой хирургии. Оперативное вмешательство при неразрешившейся меха-