

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ЭНДОКАРДИТА

Приходько В.П., Малиновский Ю.В., Логаненко Д.И.

Челябинский кардиохирургический центр, Россия, Челябинск

Проведен анализ отдаленных результатов 87 пациентов прооперированных в Челябинском кардиохирургическом центре за период с 1986 по 2009 год по поводу ВПС, осложненных инфекционным эндокардитом. Показано, что рецидив ИЭ в отдаленные сроки после операции выявлен у 3 (4%) пациентов, а ранний ИЭ выявлен у одной больной. Полностью реабилитированы 68% оперированных больных. Доказано, что раннее оперативное вмешательство по поводу ВПС, осложненного ИЭ, позволяет санировать камеры сердца, нормализовать внутрисердечную гемодинамику, увеличить возможность выполнения клапаносохраняющей операции и предупредить грозные осложнения.

Ключевые слова: врожденный порок сердца (ВПС), вторичный инфекционный эндокардит (ИЭ), раннее оперативное вмешательство.

Вторичный инфекционный эндокардит (ИЭ), осложняет врождённые пороки сердца (ВПС) в 5,9-12% случаев. Для возникновения ИЭ необходимы два основных условия: травма эндотелия и попадание микроорганизмов в кровеносное русло [2,3,5]. Поэтому, нередко вторичный ИЭ возникает на врожденно измененных клапанах сердца - двустворчатый аортальный клапан, пролапс митрального клапана [1,4,6]. Одним из возможных механизмов развития эндокардита правых камер сердца следует считать травму эндокарда турбулентными токами крови, при таких ВПС как дефекты перегородок или открытый артериальный проток [2,5]. В некоторых случаях при ИЭ, осложнившим течение ВПС, возможно формирование аневризм сердца, причем поражение сердечной мышцы происходит в результате

эмболии коронарных артерий септическим эмболом с последующим формированием абсцесса миокарда. Высокое внутрисердечное давление способствует образованию деформации в области пораженного участка миокарда с формированием постмиокардитической аневризмы желудочка [2]. Всё это позволяет сделать вывод, что коррекция ВПС показана не столько по гемодинамическим критериям, сколько с целью профилактики ИЭ [1,2,3,4,5,6].

Материал и методы. С 1986 г. по 2009 г. в кардиохирургическом отделении прооперировано 87 больных по поводу ВПС, осложненных инфекционным эндокардитом. Возраст больных колебался от 2 до 60 лет. Из них представителей мужского пола было 66 (75,9%), женского пола 21 (24,1%). Из 87 больных 57 (65,5%) отнесены до операции к IУ ф.к. по NYHA, а 30 (34,5%) – к III ф.к. У больных имелись различные гемодинамически значимые пороки сердца с проявлениями недостаточности кровообращения от II а до II б степени. Показаниями к хирургическому лечению служили:

1. Прогрессирующая сердечная недостаточность.
2. Некупируемый сепсис.
3. Тромбоэмболические осложнения.
4. Паравальвулярные абсцессы.

Виды оперативных вмешательств представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Виды операций, выполненных больным врожденными клапанными пороками сердца, осложненными вторичным инфекционным эндокардитом

Виды оперативных вмешательств	Число операций
I. Протезирование аортального клапана	43
(ПАК), из них:	
- с ушиванием дефекта межжелудочковой перегородки (ДМЖП)	3
- с устранением субаортального стеноза	3
- с пластикой дефекта межпредсердной перегородки (ДМПП)	6
- с ушиванием открытого артериального протока (ОАП)	2
- с ушиванием паравальвулярного абсцесса	6

II. Протезирование митрального клапана	19
(ПМК), из них:	
- с пластикой ДМПП + аннулопликацией ТК	7
- с пластикой ДМПП	3
- с ушиванием паравальвулярного абсцесса	2
III. ПМК + ПАК	3
из них:	
- с ушиванием паравальвулярного абсцесса	1
Итого:	65

Таблица 2

Виды операций, выполненных у больных врождёнными пороками сердца при вторичном инфекционном эндокардите

Виды оперативных вмешательств	Число операций
I. Пластика ДМЖП, из них:	13
- с пластикой ТК	2
- с ушиванием фенестрации створки ТК + аннулопликацией ТК	2
- с удалением вегетаций со створок ТК	2
- с ушиванием ООО + ПТК	1
- с ушиванием ООО + пластикой АК + иссечением подклапанного стеноза лёгочной артерии (ЛА) + пластикой выводного отдела правого желудочка заплатой	1
- с протезированием МК	1
II. Удаление вегетаций со створок ТК + ушивание коронарно-ПЖ свища + ушивание ООО + пластика ТК по Бойду	1
III. Удаление вегетаций со створок + ушивание дефекта створки ТК	1
IV. Пластика ДМПП + аннулопликация ТК + удаление вегетаций	2
V. Коррекция открытого артериального протока, из них:	4
- ушивание ОАП + удаление вегетаций со створок ЛА	3
- резекция + ушивание ОАП + удаление вегетация со створок ЛА	1
VI. Резекция аневризмы левого желудочка	1

Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде погиб 1 (1,1%) больной после протезирования аортального клапана и ушивания паравальвулярного абсцесса при явлениях полиорганной недостаточности. Отдаленные результаты были прослежены у 75 (86,2%) больных выписанных из стационара в сроки от 6 месяцев до 19 лет. Следует отметить, что 92% пациентов были обследованы неоднократно, из них 83% больных прошли стационарное обследование, преимущественно в сроки 6 и 12 месяцев после операции. Специфическими осложнениями в первые месяцы и годы после операции являются рецидив инфекции, распространяющейся на протез клапана и образование парапротезных фистул. Рецидив ИЭ в отдаленные сроки после операции выявлен у 3 (4%) пациентов, а ранний ИЭ выявлен у одной больной. Рецидив ИЭ в раннем послеоперационном периоде отмечен у больной после протезирования аортального клапана и ушивания открытого артериального протока. Во время повторного оперативного вмешательства произведена резекция артериального протока и удаление вегетаций со створок клапана легочной артерии, признаков протезного эндокардита выявлено не было.

В отдалённом периоде одной больной было выполнено репротезирование митрального клапана сердца по поводу протезного эндокардита. В другом наблюдении рецидив ИЭ с формированием паравальвулярной фистулы отмечен у больного после протезирования аортального клапана и пластики микотической аневризмы левого желудочка через 3 года после операции. После проведенного репротезирования аортального клапана пациент погиб из-за прогрессирующей сердечной недостаточности. В третьем наблюдении у больного, которому была выполнена пластика дефекта межжелудочковой перегородки и удаление вегетаций со створок трикуспидального клапана, через 9 лет после операции в результате перенесенного ИЭ сформировался порок митрального и аортального клапана, что потребовало протезирования митрального и аортального клапана. Пациент погиб

через 8 лет после повторной операции.

По нашим данным полностью реабилитированы 68% оперированных больных. Только 33% (трудоспособного возраста) не работают, но ведут активный образ жизни и 2% пациентов живут со значительными ограничениями. Выживаемость больных по данным актуарного анализа через один, пять и десять лет соответственно составила 94,1%, 86,1% и 80,1%.

Исходя, из вышеизложенного следует, что основной задачей педиатра и терапевта наблюдающего за больным с врожденным пороком сердца является своевременное направление пациента на оперативное лечение до развития необратимых системных осложнений вторичного ИЭ. Благодаря внедрению в комплекс лечебных мероприятий хирургических методов лечения ИЭ выживаемость больных значительно увеличилась, появилась возможность полностью реабилитировать больных и восстанавливать их трудоспособность. В последние годы были получены обнадеживающие результаты хирургического лечения клапанного ИЭ при врожденных пороках сердца, которые позволили хирургам склониться к активной хирургической тактике в лечении данной группы больных. Несмотря на тяжелые разрушения внутрисердечных структур, в условиях активного эндокардита возможна адекватная коррекция пороков сердца. Использование оптимальной лечебной и хирургической тактики в кардиохирургической клинике позволит реально улучшить результаты лечения этой группы больных.

Выводы

1. При выявлении признаков ИЭ у больных врожденными пороками сердца, сроки проводимого консервативного лечения должны быть минимальными.
2. Раннее оперативное вмешательство по поводу врождённого порока сердца, осложненного ИЭ, позволяет санировать камеры сердца, нормализовать внутрисердечную гемодинамику, увеличить возможность выполнения клапаносохраняющей операции и предупредить грозные осложнения, характерные для инфекционного процесса.

3. Лечение ИЭ при врожденных пороках сердца должно быть комплексным, следует отметить, что санация очагов хронической инфекции имеет большое значение в профилактике инфекционного эндокардита.

Литература

1. Гаджиев А.А., Рознерица Ю.В., Попов Д.А. и др. Инфекционный эндокардит у пациентов с врожденными пороками сердца: этиология, патогенез, принципы диагностики // Детские болезни сердца и сосудов. 2006. № 5. С. 11-18.
2. Приходько В.П., Сеницын П.Д. Инфекционный эндокардит. Современные подходы к медикаментозному и хирургическому лечению. Челябинск., 2003. 127 С.
3. Францев В.И., Селиваненко В.Т. Бактериальный эндокардит при врожденных пороках сердца. Москва., 1986. С. 44-60.
4. Шевченко Ю.Л., Шахвердиев Н.Н., Матвеев С.А. и др. Инфекционный эндокардит правых камер сердца // Клиническая медицина. 1992. № 1. С. 37-40.
5. Alexion C., Galogavron M. et al. Mitral valve replacement with mechanical prothesis in children: improved operative risk and survival // Eur. J. Cardio-Thorac. Surg. 2000. Vol. 11. P. 105-113.
6. Kalangos Vuille C., Pretre R. A. et al. Reconstructive surgery of mitral valve in acute stage of bacterial endocarditis. Apropos of 2 causes // Schweiz. Med. Wochenshr. 1997. Vol. 125. N 34. P. 1592-1596.

РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕННИХ ВАД СЕРЦЯ В УМОВАХ ЕНДОКАРДИТА Приходько В.П., Малиновський Ю.В., Логаненко Д.І.

Проведено аналіз віддалених результатів 87 пацієнтів, що були прооперовані в Челябінському кардіохірургічному центрі за період з 1986 по 2009 роки з приводу ВВС, які ускладнені інфекційним ендокардитом. Показано, що рецидив ІЕ у віддалені строки після операції був виявлений у 3 (4%) пацієнтів, а ранній ІЕ був діагностований у однієї хворої. Повністю реабілітовані 68% хворих, що були

прооперовані. Доведено, що раннє оперативне втручання з приводу ВВС, що ускладнились ІЕ, дозволяє санувати камери серця, нормалізувати внутрішньосерцеву гемодинаміку, збільшує можливість виконання клапанозберігаючої операції і попередити грізні ускладнення.

Ключові слова: вроджена вада серця (ВВС), вторинний інфекційний ендокардит (ІЕ), раннє оперативне втручання.

THE RESULTS OF A SURGICAL TREATMENT OF CONGENITAL HEART LESIONS COMPLICATED BY INFECTIVE ENDOCARDITIS

Prykhodko V.P., Malynovskyi Yu.V., Loganenko D.J.

Remote analysis of 87 patients operated on during 1986-2009 in Chelyabinsk Cardiac Surgery Centre on the of congenital heart lesions (CHL), complicated by infective endocarditis (IE) was conducted. It was shown that IE recurrence in a remote terms after operation occurred in 3 (4%) patients, an early IE was found in 1 patient. 68% of operated on patients were completely rehabilitated. It was proved that an early operative intervention on the reason of CHL. Complicated by IE, permits to cure completely heart chambers, to normalize intracardiac hemodynamics, to increase probability to fulfill valvesparing operation and to prevent dangerous complications.

Key words: congenital heart lesion (CHL), secondary infective endocarditis, an early operative intervention.