

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККА СЕРДЦА

В. Н. Медведев, Р. К. Джорджикия

Кафедра хирургических болезней № 2 (зав.—проф. В. Н. Медведев)

Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени

С. В. Курашова

Наличие патологических шумов в области сердца, кардиомегалия наиболее часто являются следствием врожденных и приобретенных пороков сердца, реже—воспалительных или опухолевых поражений. Подобные патологические проявления могут наблюдаться и при таком редком поражении сердца, как эхинококкоз [3, 4]. По данным ряда авторов [1, 2], при эхинококкозе частота поражения сердца составляет всего 0,5—2%. При этом значительные трудности возникают не только в диагностике, но и в выборе хирургической тактики и методов оперативного лечения. В доступной отечественной литературе сведений о хирургическом лечении эхинококка сердца мы не обнаружили.

Приводим наше наблюдение.

Ш., 12 лет, поступила в Казанский кардиохирургический центр (6-я ГКБ) 06.10.1988 г. с направительным диагнозом: «Врожденный порок сердца. Открытый артериальный проток (ОАП), стеноз аорты (?)»

При поступлении больная жаловалась на общую слабость, быструю утомляемость, одышку при незначительной физической нагрузке. В 1979—1981 гг. находилась вместе с родителями в Алжире. Шум в области сердца выявлен с 1980 г. В 1987 г. перенесла эхинококкэктомии двух кист печени.

Объективно: кожные покровы бледные, пониженной упитанности. Масса тела—23,5 кг. Рост—131 см. Пульс—90 уд. в 1 мин, ритмичный. АД—12,0/6,7 кПа. Грудная клетка деформирована—имеется низкий сердечный горб. Границы сердца увеличены вправо на 1 см, влево—на 2 см. I тон на верхушке ослаблен. Выслушивается систолический шум по левому краю грудины, эпистр шума в третьем—четвертом межреберьях, пресистолический шум в третьем межреберье слева от грудины. Печень—у края реберной дуги. Периферических отеков нет.

Результаты общего анализа крови, мочи, биохимических анализов крови—в пределах нормы, лишь СОЭ—31 мм/час.

ЭКГ: нижнепредсердный нерегулярный ритм, ЧСС—85—100 в 1 мин. Вертикальное положение электрической оси сердца. Признаки гипертрофии левого желудочка со значительными гипоксическими изменениями в миокарде. Гипертрофия правого желудочка.

ФКГ: амплитуда I тона на верхушке снижена, I тон расщеплен. Регистрируется систолический шум по левому краю грудины

во второй половине систолы в первом, третьем и четвертом межреберьях, там же—протодиастолический шум. Заключение: ОАП (?). Атриовентрикулярная коммуникация (?).

Рентгенография сердца: легочной рисунок усилен в прикорневых отделах. Корни расширены. Сердце значительно увеличено влево, талия сохранена, аорта гипопластична. В косых проекциях существенно увеличен левый желудочек и умеренно—правый. Заключение: дефект межжелудочковой перегородки (?). Подклапанный стеноз аорты (?).

Катетеризация полостей сердца: при равной оксигенации (76—79%) в камерах сердца отмечается повышение давления в правом желудочке до 5,3 кПа. Высказано подозрение на дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП).

Левая вентрикулография: данных за ДМЖП не найдено.

В связи с отсутствием убедительных данных о характере поражения сердца больную направили на эхокардиоскопию (А. С. Галаявич). Получены следующие данные: в полости правого желудочка обнаружено округлое кистообразное образование (6,3×6,9 см) с тонкими ровными стенками, примыкающее к межжелудочковой перегородке и оттесняющее перегородку в полость левого желудочка. Отмечаются значительное—до 1,6 см (норма—4,4 см) уменьшение полости левого желудочка в диастолу, гипертрофия задней его стенки.

Полученные данные ультразвукового исследования наряду с анамнезом и положительной реакцией латекс-агглютинации позволили поставить диагноз «эхинококковая киста межжелудочковой перегородки сердца». Наличие паразитарной опухоли, нарушения внутрисердечной гемодинамики, отставание в физическом развитии послужили показаниями к операции.

18.10.1988 г. (проф. В. Н. Медведев) под эндотрахеальным наркозом произведена продольная стерно- и перикардотомия. Сердце «вывихнуть» в рану не удалось из-за наличия плотного опухолевидного образования округлой формы, которое оттесняет стенки как правого, так и левого желудочка. Подключен аппарат искусственного кровообращения (АИК). Больная охлаждена до 28°C. Аорта пережата. Коронарная перфузия с фармакоологической кардиopleгией. Сделана пункция кисты через стенку правого желудочка. Удалено 100 мл прозрачной, бесцветной жидкости. Правый желудочек вскрыт разрезом до 2,5 см. Выполнена эхинококкэктомия. Образовавшийся дефект межжелудочковой перегородки (1,5×0,5 см) и рана правого желудочка ушиты. Осуществлена деэмболизация камер сердца. После согревания больной, стабилизации АД и ЦВД АИК отключен.

Послеоперационный период протекал гладко. Рана зажила первичным натяжением.

Больная обследована через 3,5 года после операции: чувствует себя хорошо, жалоб нет; границы сердца — в пределах нормы, шумы не выслушиваются. Масса тела и рост соответствуют возрастным показателям.

Таким образом, диагностика внутрисердечных эхинококковых кист традиционными способами весьма сложна. Ценным методом является эхокардиоскопия в сочетании со специфическими методами лабораторной диагностики. Проведение оперативного вмешательства с применением искусственного кровообращения и фармакоологической кардиоплегии по-

зволяет выполнять радикальное лечение с хорошими отдаленными результатами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петровский Б. В., Милонов О. Б., Денишин П. Г. Хирургия эхинококкоза.—М., 1985.
2. Ameli M., Mobarhan H. A., Nourarii S. S.//Thorac. Cardiovasc. Surg.—1989.—Vol. 98.—P. 892—901.
3. Debello R., Urioste A. N., Rubio R.//Am. J. Cardiol.—1964.—Vol. 14.—P. 237—243.
4. Faraoki Z. O., Adelman S., Green E. W.//Am. J. Cardiol.—1977.—Vol. 70.—P. 119—123.

Поступила 19.02.93.

УДК 616.346.2—089.87—089.5—031.81

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АППЕНДЕКТОМИИ ПОД МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ И НАРКОЗОМ

А. Н. Серяк

Мелеузовская центральная районная больница (главврач—Ф. М. Камалов), Башкортостан

Осложнения, возникающие после хирургических вмешательств, по-прежнему остаются весьма актуальной проблемой. Так, после аппендэктомий их частота составляет от 7,2 до 37,3%. У 6—10% больных, перенесших аппендэктомию, в послеоперационном периоде наблюдаются нагноения раны и другие раневые осложнения. Особенно высока частота (30—40%) инфекционных осложнений раны при операциях, производимых по поводу деструктивных форм аппендицита.

Одним из факторов, способствующих снижению процента послеоперационных осложнений при остром аппендиците, является применение общего обезболивания. Если в 50-х годах в СССР 86,4% аппендэктомий производилось под местной анестезией, то сегодня предпочтение отдается масочному, эндотрахеальному или внутривенному наркозу, комбинированной анестезии. Обладая несомненными достоинствами, местная анестезия имеет и ряд существенных недостатков: она технически усложняет операцию, не снимает рефлекторного напряжения мышц брюшной стенки, затрудняет ревизию брюшной полости, удлиняет время вмешательства, что отрицательно сказывается на послеоперационном периоде.

Целью нашей работы являлась

сравнительная характеристика осложнений после аппендэктомий под местной анестезией и наркозом. Нами изучено 914 историй болезни больных аппендицитом за 1982, 1987, 1989 годы. За этот период частота аппендэктомий составила в среднем 20% от числа всех хирургических вмешательств. В связи с открытием в ЦРБ в 1987 г. отделения анестезиологии и реанимации анестезиологическая помощь при аппендэктомиях существенно улучшилась. Так, если в 1982 г. под наркозом было прооперировано только 28,5% больных аппендицитом, то в 1987 г.—65,3%, а в 1989 г.—56,2%, то есть в 2 раза больше. Соответственно в стационаре количество осложнений после аппендэктомий уменьшилось в 2 раза и составило в 1982 г. 17,5%, в 1987 г.—8,7%, в 1989 г.—7,1%. Количество нагноений послеоперационного шва уменьшилось в 3 раза (ответственно по годам 17%, 5,1%, 6,1%). Летальность в 1982 г. равнялась 0,4%, в 1989 г.—0,3%; в 1987 г. летальных случаев не было. Оперативное вмешательство под местной анестезией продолжалось 60 минут, под наркозом—50. Осложнений после анестезии не наблюдалось.

За указанные три года произведено 914 аппендэктомий, из них 460 — под местной анестезией и 354 — под нар-