

Э.М. Идов, А.В. Михайлов, Н.Д. Терентьева, Ю.А. Завершинский,
Д.А. Милованкин, И.И. Резник, Т.М. Васильченко, В.А. Белов

КЛАПАННЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ: РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Областная клиническая больница №1
Уральская государственная медицинская академия

Общая тенденция увеличения числа больных с инфекционным эндокардитом (ИЭ) и клапанными поражениями сердца привела к увеличению в два раза количества операций протезирования клапанов у этих пациентов, как основного метода ликвидации внутрисердечного очага инфекции и одновременной коррекции «септического» порока.

В Свердловском межобластном кардиохирургическом центре прооперировано всего 167 больных клапанным ИЭ. В статье дается анализ 120 пациентов, подвергшихся оперативному вмешательству за последние 8 лет. По возрастному составу преобладал молодой работоспособный контингент (от 18 до 63 лет), мужчин было 85, женщин - 35. Больные отличались как по тяжести течения заболевания, так и степени развившейся у них недостаточности кровообращения, при этом резко преобладал высокий функциональный класс сердечной недостаточности по NYHA (III фк - 22%, IV фк - 78%). У 17,3% больных имелась полиорганная недостаточность.

Среди оперированных пациентов 56 (46,7%) были с первичным эндокардитом (ПЭ), течение заболевания в этой группе отличалось сохранением активности процесса до операции, частыми тромбозмболическими эпизодами, выраженными лабораторными признаками активности (анемия, лейкоцитоз), торпидностью к медикаментозному лечению имевшейся сердечной недостаточности.

ИЭ на фоне ревматического поражения клапанов развился у 64 (53,3%) пациентов, которые отнесены к группе вторичного (ВЭ) эндокардита. После ранее выполненных операций по поводу приобретенных пороков сердца было 27 больных (22,5%), а после операций по поводу врожденных пороков - 7 (5,8%).

Длительность заболевания при ПЭ составила от 3 недель до 6 месяцев, с ВЭ - от 2 месяцев до 2,5 лет. Независимо от характера и давности ИЭ преобладала резко выраженная недостаточность клапанов сердца.

Изолированное поражение аортального клапана встретилось у 62 (51,6%) больных, митрального - у 23 (19,1%) и трикуспидального - у 5 (4,1%) больных. Двухклапанное поражение имелось у 27 (22,5%) больных: митрально-аортальная локализация - у 26 больных, митрально-трикуспидальная - у одного. Трое больных были оперированы по поводу протезного эндокардита.

Показания к операции включали выраженные нарушения гемодинамики, клапанную деструкцию, тромбозмболические эпизоды, нарастающую полиорганную недостаточность, отсутствие должного эффекта от проводимой терапии.

Все операции выполнены в условиях гипотермической перфузии и кровяной кардиопротекции.

Клапанные поражения включали разрывы, перфорации и краевую изъеденность створок у 57 (47,5%) больных, отрыв хорд 1-2 порядка отмечен у 16 (13,3%) больных, разрушение фиброзного кольца и паравальвулярных тканей в результате абсцедирования было у 12 (10%) больных. У 61 (50,8%) пациента имелись вегетации разного срока и степени выраженности на клапанах сердца, разрыхление и миксоматозное перерождение створок встретилось у 38 (31,6%) больных.

При оперативных вмешательствах для коррекции клапанных поражений применялся широкий спектр механических низкопрофильных протезов. При одноклапанном протезировании использовали 57 однодисковых и 25 двустворчатых протезов. При двухклапанном протезировании в 38 случаях - сочетание различных одно-и двустворчатых протезов. У всех больных перед имплантацией протеза проводилась механическая и химическая санация камер сердца. Следует отметить, что при использовании практически всех имеющихся моделей отечественных механических протезов, а также протезов Carbomedics и St. Jude мы не встретились с дисфункцией протеза на госпитальном этапе.

Удаление основного очага, мощная антибактериальная терапия привели к несложному течению послеоперационного периода у 88,4% больных. В тоже время у 11,6% пациентов мы встретились с различными послеоперационными осложнениями в виде сердечной недостаточности с декомпенсацией кровообращения, медиастинита, частичного нагноения послеоперационного шва. Надо отметить, что при протезировании клапанов у больных без ИЭ данные осложнения наблюдаются с такой же частотой.

Послеоперационная летальность среди оперированных больных составила 4,2%, а за последние три года из 43 оперированных больных умер лишь один (острая сердечная недостаточность после двухклапанного протезирования).

При оценке отдаленных результатов превалирует положительная динамика (83,3%). Выживаемость в анализируемой группе к 8-ми годам составила 77,4%. Развитие парапротезных фистул или протезного ИЭ отмечено у 16,2% больных.

В целях профилактики рецидива ИЭ и своевременного его лечения необходимо обязательное диспансерное наблюдение у кардиохирурга и терапевта, так как операция - это лишь этап в лечении больного ИЭ.

По нашему мнению, для улучшения результатов лечения больных инфекционным эндокардитом необходимо решить следующие задачи:

1. Широкое программное использование экстракорпоральных методов лечения в до- и послеоперационном периоде с использованием больших доз антибиотиков.
2. Внедрение при необходимости внутрисердечной инфузии антибиотиков.
3. Возможное использование пластических операций.
4. Использование криосохраненных клапанных гомографтов.