

practice guidelines / M.K. Gould, D.A. Garcia, S.M. Wren et al. // Chest. – 2012. – Vol.141(2 Suppl). – C.227-277.

5. Hatef D.A. Procedural risk for venous thromboembolism in abdominal contouring surgery: A systematic review of the literature / D.A. Hatef, A.P. Trussler, J.M. Kenkel // Plast. Reconstr. Surg. – 2010. – Vol.125. – №1. – P.352-362.

6. Hurvitz K.A. Evidence-Based Medicine: Abdominoplasty / K.A. Hurvitz, W.A. Olaya, A. Nguyen [et al.] // Plast. Reconstr. Surg. – 2014. – Vol.133. – №5. – P.1214-1221.

7. Iorio M. Practical Guidelines for Venous Thromboembolism Chemoprophylaxis in Elective Plastic Surgery / M. Iorio, M. Venturi, S. Davison // Plast. Reconstr. Surg. – 2015. – Vol.135. – №2. – P.413-423.

8. Keyes G.R. Incidence and Predictors of Venous Thromboembolism in Abdominoplasty / G.R. Keyes, R. Singer, R.E. Iverson [et al.] // Aesthet. Surg. J. – 2018. – Vol.38. – №2. – P.162-173.

9. Pannucci C.J. Benefits and risks of prophylaxis for deep venous thrombosis and pulmonary embolus in plastic surgery: a systematic review and meta-analysis of controlled trials and consensus conference / C.J. Pannucci, J.K. MacDonald, S. Ariyan [et al.] // Plast. Reconstr. Surg. – 2016. – Vol.137. – №2. – P.709-730.

10. Pannucci C.J. Evidence-based recipes for venous thromboembolism prophylaxis: a practical safety guide / C.J. Pannucci // Plast. Reconstr. Surg. – 2017. – Vol.139. – №2. – C.520-532.

11. Swanson E. Comparing a propofol infusion with general endotracheal anesthesia in plastic surgery patients / E. Swanson, R. Gordon // Aesthet. Surg. J. – 2017. – Vol.37. – №4. – P.48-P50.

УДК: 616.126.32

**Люберцева А.А., Измоленов П.А., Михайлов А.В., Михайлов С.П.**  
**ЛЕЧЕНИЕ ЭНДОКАРДИТА ЧЕТЫРЕХ КЛАПАНОВ СЕРДЦА**  
Кафедра хирургических болезней и сердечно-сосудистой хирургии  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Lyubertseva A.A., Izmodenov P.A., Mikhailov A.V., Mikhailov S.P.**  
**TREATMENT OF FOUR-VALVE ENDOCARDITIS WITH AN**  
**UNCOMPROMISED PATIENT**

Department of surgical diseases and cardiovascular surgery  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: pavel.izmodenov@yandex.ru

**Аннотация.** Проведен анализ лечения эндокардита у пациента с поражением четырех клапанов сердца.

**Annotation.** The analysis of the effectiveness of treatment of endocarditis in a patient with damage to the four valves of the heart.

**Ключевые слова:** инфекционный эндокардит, кардиохирургия.

**Key words:** infective endocarditis, cardiac surgery.

### **Введение**

Инфекционный эндокардит (ИЭ) – это неспецифическое инфекционно-воспалительное заболевание, поражающее эндокард (чаще всего сердечные клапаны, а также их протезы), эндотелий прилежащих сосудов, другие органы (например, селезенку, печень). Заболеваемость ИЭ в Российской Федерации составляет более 10 тысяч человек в год (по данным 2016 года), при этом в 1,5-3 раза чаще болеют мужчины, чем женщины. ИЭ поражает людей трудоспособного возраста чаще, чем пожилого, что говорит о его социальной значимости [1,2].

В основной массе случаев основным признаком ИЭ является поражение клапанов:

1. аортального клапана с развитием его недостаточности – 62-66%;
2. митрального - 14-49%;
3. трикуспидального – 1-5% (в 46% случаев наблюдается у наркоманов, использующих инъекционные формы введения наркотиков);
4. протезированные клапаны (примерно 20% всех протезированных клапанов);
5. одновременное вовлечение в процесс нескольких клапанов (сочетанное поражение аортального и митрального клапанов наблюдается в 13% случаев)[3].

**Цель исследования** – проанализировать лечение эндокардита у пациента с поражением четырех клапанов сердца.

### **Материалы и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ лечения пациента N, который находился на стационарном лечении в ФГКУ “354 ВКГ” с 14.07.17 по 24.07.17 и СОКБ №1 с 24.07.17 по 25.08.17 с диагнозом: Первичный инфекционный эндокардит, подострое течение. Недостаточность аортального клапана. Недостаточность митрального клапана. Недостаточность трикуспидального клапана. Недостаточность клапана легочной артерии. Легочная гипертензия 2 ст. Кардиомегалия. ХСН 4 функциональный класс по NYHA, НК 3. Материалы взяты из медицинской документации архива СОКБ №1

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Пациент N считает себя больным с конца марта 2017 года, когда стал отмечать появление сухого кашля, потливости, общей слабости. Обратился за медицинской помощью в клинику «УГМК Здоровье», при выполнении ФОГК патологических изменений не выявлено. Диагностирован острый трахеобронхит. На фоне назначенного лечения состояние с умеренной

положительной динамикой, продолжали беспокоить выше указанные жалобы. 28.04.2017 года выполнена КТ ОГК - очаговые и инфильтративные изменения не выявлены. 15.05.2017 года в связи с резким ухудшением самочувствия был госпитализирован в Уральский институт кардиологии, где были верифицированы рецидивирующая тромбоэмболия легочной артерии от марта 2017 года, рецидив тромбоэмболии легочной артерии от 13-15 мая 2017 года с развитием левосторонней нижнедолевой пневмонии с распадом, правосторонней нижнедолевой пневмонии, левосторонним плевральным выпотом. На фоне проведенного лечения пациент отметил улучшение общего самочувствия, при проведении контрольной КТ ОГК от 13.06.2017 года была выявлена положительная динамика. В дальнейшем пациент проходил амбулаторное лечение у терапевта и кардиолога в гарнизонной военной поликлинике по месту жительства. В середине июня 2017 года пациент отметил появление эпизода обильного выделения мокроты зеленоватого цвета и повышения температуры до фебрильных цифр (40°C) с периодичностью один раз в неделю. 14.07.2017 года отметил резкое ухудшение самочувствия в виде появления выраженной дрожи во всем теле, одышки, общей слабости. При объективном осмотре выявлено повышение АД до 280/160 мм. рт. ст. Госпитализирован в кардиологическое отделение ФГКУ «354 ВКГ». 18.07.2017 по данным ЭХО-КГ выявлены признаки инфекционного эндокардита - поражение трикуспидального калана и клапана легочной артерии с развитием их тяжелой недостаточности. Проведена антибиотикотерапия (авелокс 400 мг/сут с 14.07.2017г по 20.07.2017 и зинforo 1200 мг/сутки с 18.07.2017 по 24.07.2017 - в/в капельно, симофлос 400 мг/сут с 21.07.2017). В результате проведенной терапии с 21.07.17 отмечается прогрессирование признаков СН в виду несостоятельности трикуспидального клапана и клапана легочной артерии, рекомендован перевод в кардиохирургическое отделение В ГБУЗ СОКБ №1 на 24.07.2017. Данный пациент был рассмотрен на конференции кардиохирургов 25.07.17 в связи с наличием СН, ухудшением состояния за последние 2 месяца и низким ответом на антибиотикотерапию. Врачами было решено по жизненным показаниям с высокой степенью риска провести протезирование митрального, трехстворчатого клапанов, клапана легочной артерии, ревизию аортального клапана. Операция от 01.08.17: Продольно вскрыто правое предсердие. При ревизии трикуспидального клапана выявлена его недостаточность за счет эмбологенных вегетаций и разрушений передней и задней створок, которые полностью иссечены с подклапаным аппаратом, септальная створка полностью сохранена. При ревизии аортального клапана выявлена его недостаточность за счет краевых вегетаций некоронарной и правой коронарной створок, уменьшения площади за счет фиброза. Клапан иссечен полностью. Рассечена межпредсердная перегородка. Левое предсердие- 5×6 см. Ушко свободно от тромбов. При ревизии митрального клапана выявлена его недостаточность за счет дилатации фиброзного кольца, вегетаций по краю передней створки в подклапанном аппарате. Полностью иссечена передняя створка с оставлением задней. На держалках продольно вскрыт ствол

легочной артерии. В просвете ствола продолженная массивная вегетация 2×1 см, связанная с одной створкой, все створки полностью разрушены. Выполнено протезирование митрального клапана механическим протезом «SJM – M 29» (модель- MastersSeriesMechanicalValve; номер – 16418900; размер – 29 мм) с полным сохранением задней створки с фиксацией к кольцу 16-ю П-образными швами на прокладках PTFE. Выполнено биопротезирование клапана легочной артерии биологическим протезом «SJM – Biosor» (модель – В 100-23А; номер 180309753; размер – 23 мм) с фиксацией к кольцу 19-ю П-образными швами с прокладками PTFE. Рана легочной артерии ушита 2-х этажным проленовым швом 5/0. Выполнено биопротезирование трикуспидального клапана биопротезом «С-Е PERIMOUNT» (модель – 6900 PTFX; номер – 4091671; размер 27 мм) с фиксацией к кольцу 18-ю П-образными швами на прокладках PTFE. Произведено протезирование аортального клапана механическим протезом «Мединж -2» (модель – АДМ 3 In; номер – 90827; размер – 23 мм) с фиксацией к фиброзному кольцу 19-ю П-образными швами на прокладках PTFE. Ушиты раны аорты, межпредсердной и правого предсердия. Сняты удавки с полых вен, полости сердца заполнены объемом крови и после проведения мер профилактики воздушной эмболии снят зажим с аорты. Сердечная деятельность восстановлена ЭДС №5. К передней поверхности правого желудочка подшиты 2 временных электрода и начата наружная ЭКС. Нейтрализация гепарина. Проведен гемостаз. Счет салфеток сошелся. Установлены дренажи в полость перикарда, переднее средостение. Сшита грудина. Послойные швы на мягкие ткани. Асептическая повязка.

Послеоперационный период протекал без осложнений, проведенное лечение: инфузионная терапия (кристаллоиды, коллоиды, КМА), антибиотикотерапия чувствительности (кубицин – 500 мг 1 раз в течение 7 дней, зивокс – 600 мг 2 раза в сутки на протяжении 7 дней, циластен – 500 мг 2 раза в течение 7 дней, зинforo – 600 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней, флуканозол – 100 мг по 1 таблетке в течение 3 недель), гемотрансфузия (2 дозы эритроцитарной взвеси – без осложнений), фрагмин – 2,5 тыс. ЕД 2 раза 16 суток, варфарин, дезагреганты (ТромбоАСС), обезболивание – трамадол, кетопрофен, НПВП (деклофенак), анальгетики (кетонал), аторис, блокаторы H - помпы (омез), диуретики (верошпирон, фуросемид), антиаритмики (кордарон), Б - блокаторы (бисопролол, конкор), энап, омник. Пациент выписан 25.08.17. в удовлетворительном состоянии, без признаков недостаточности кровообращения, с нормальной стойкой температурой тела.

#### **Выводы:**

1. Уникальность данного клинического случая в том, что пациент не относился к группе риска поражения клапанов сердца.
2. ИЭ с поражением всех клапанов сердца является редким вариантом течения.
3. Несмотря на тяжелую степень поражения сердца, объём оперативного вмешательства, ремиссия ИЭ достигнута в достаточно короткие сроки.

#### **Список литературы:**

1. Амирагов Р.И. Клинические рекомендации «Инфекционный эндокардит» / Под редакцией Р.И. Амирагова, С.И. Бабенко, Р.В. Муратова, Д.А. Титова // Москва: АССХ России, 2016. – 50 с.

2. Уланова В. И. Инфекционный эндокардит: диагностика, клиническое течение, лечение / В.И. Уланова, В.И. Мазуров // Лечащий врач. - 2003. - №: 6. - С. 46-49.

3. Идов Э.М. Клапанный эндокардит (эволюция, клиника, лечение) / Э.М. Идов, И.И. Резник. – Екатеринбург: УГМУ, 2009. – 305 с.

УДК 616-089.847

**Насибуллина Г.Ш., Мурзин М.О., Франк М.А.  
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ  
ФИСТУЛОПЛАСТИК.**

Кафедра урологии  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Nasibullina G.S., Murzin M.O., Frank M.A.  
ANALYSIS OF THE RESULTS OF PERFORMANCE OF  
LAPAROSCOPIC FISTULOPLASTY.**

Department of urology  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: [nasibullina.gulshat@list.ru](mailto:nasibullina.gulshat@list.ru)

**Аннотация.** В статье описан опыт выполнения лапароскопических фистулопластик в урологическом отделении МАУ ГКБ №40 у пациенток с пузырно-влагалищными свищами после гинекологических операций.

**Annotation.** The article describes the experience of performing laparoscopic fistuloplasty in patients with vesicovaginal fistulas after gynecological operations.

**Ключевые слова:** пузырно-влагалищные свищи, лапароскопическая фистулопластика.

**Key words:** vesicovaginal fistula, laparoscopic fistuloplasty.

**Введение**

Пузырно-влагалищные свищи являются одной из наиболее важных и социально значимых проблем современной медицины, ввиду ухудшения качества жизни и социальной дезадаптацией пациенток.

Для уrogenительных свищей характерно то, что они по-прежнему встречается в развитых странах, частота данного заболевания составляет 0,3-2% [1].