

5. *Effects of hyper- and hypothyroidism on thyroid hormone concentrations in regions of the rat brain* / O. Broedel, M. Eravci, S. Fuxius [et al.] // *Am. J. Physiol. Endocrinol. Metab.* – 2003. – Vol. 285, N 3. – P. 470–480.

6. *Сапронов Н. С. Гормоны гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системы и мозг* / Н. С. Сапронов, Ю. О. Федотова. – СПб. : Лань, 2002. – 184 с.

7. *Joffe R. T. Thyroid hormone levels and recurrence of major depression* / R. T. Joffe, M. Marriott // *Am. J. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 157, N 10. – P. 1689–1691.

УДК 612.171.7-053.1:616.132.13-007.271:616.216.3-002

Р. Й. Лекан, О. О. Лосєв, В. І. Босенко, В. П. Бузовський,
О. В. Бєляков, О. В. Рудомьоткін, К. О. Лосєва, О. В. Глянцев,
А. В. Попсуйко, І. Є. Буряченко, І. Р. Лекан

КОРЕКЦІЯ НАДКЛАПАННОГО СТЕНОЗУ АОРТИ, УСКЛАДНЕНОГО ІНФЕКЦІЙНИМ ЕНДОКАРДИТОМ, В УМОВАХ ГЛИБОКОЇ ГІПОТЕРМІЇ І ЗУПИНКИ КРОВООБІГУ

Одеський національний медичний університет,
Одеська обласна дитяча клінічна лікарня

Вступ

Надклапанний стеноз аорти — вроджена вада серця (ВВС), яка являє собою локальне звуження просвіту висхідної аорти на рівні синотубулярної зони (СТЗ) [1–3]. Ускладнення надклапанного стенозу аорти (НСА) інфекційним ендокардитом у зоні стенозу із деструктивними запальними змінами висхідної аорти (ВА) та розповсюдженням вегетацій у просвіті дуги аорти (ДА) вносить кардинальні зміни в методику виконання повної корекції вади. Використання технології штучного кровообігу із його нетривалою зупинкою на тлі глибокої гіпотермії дозволяє адекватно забезпечити захист головного мозку від ішемії та виконати оперативне втручання в повному обсязі.

Мета роботи — оприлюднити винятковий досвід корекції критичного надклапанного стенозу аорти, ускладненого інфекційним ендокардитом.

Матеріали та методи дослідження

До відділення серцево-судинної хірургії Одеської обласної дитячої клінічної лікарні

у вересні 2010 р. надійшла хвора К., віком 10 років, масою 34 кг, зі скаргами на підвищення температури до 38 °С, задишку при фізичному навантаженні. З анамнезу хвороби відомо, що дівчинка знаходилась у педіатричному відділенні міської дитячої лікарні, отримуючи терапію протягом місяця з приводу пієлонефриту.

Після фізикального дослідження виявлений систолічний шум з епіцентром у II міжребер'ї справа від грудини. На електрокардіограмі ознаки гіпертрофії лівого шлуночка. За даними ехокардіографічного (ЕхоКГ) дослідження виявлено критичний надклапанний стеноз аорти: градієнт систолічного тиску (ГСТ) становив 145 мм. рт. ст., інфекційний ендокардит — рухомі вегетації (3 × 5 мм) у просвіті ВА, плечоголового стовбура і лівої сонної артерії. За даними лабораторних методів дослідження, у загальному аналізі крові анемія 97 г/л, з нормальною формулою, у загальному аналізі сечі виявлено підвищений вміст білка до 0,99 г/л, еритроцитурію, лейкоцитурію. Встановлено клінічний діагноз: ВВС. Надклапанний стеноз аорти.

Інфекційний ендокардит. Вторинна нефропатія.

Враховуючи анатомію ВВС (рис. 1) і наявність інфекційного ендокардиту у ВА та ДА (рис. 2), ми ухвалили рішення про хірургічне втручання, і 28 жовтня 2010 р. була прове-

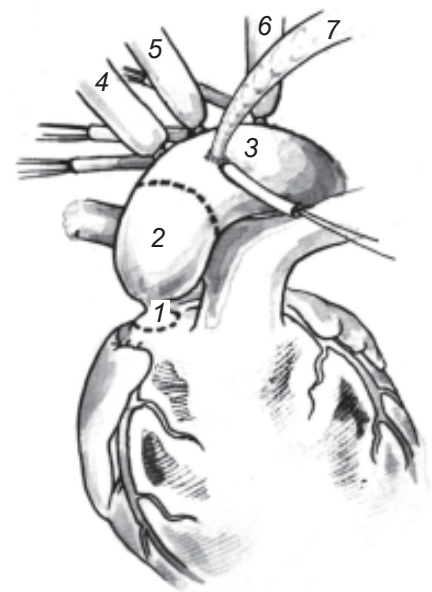


Рис. 1. Схема надклапанного стенозу аорти: 1 — місце звуження синотубулярної зони; 2 — висхідна аорта; 3 — дуга аорти; 4 — плечоголовний стовбур; 5 — ліва сонна артерія; 6 — ліва підключична артерія; 7 — аортальна каанюля



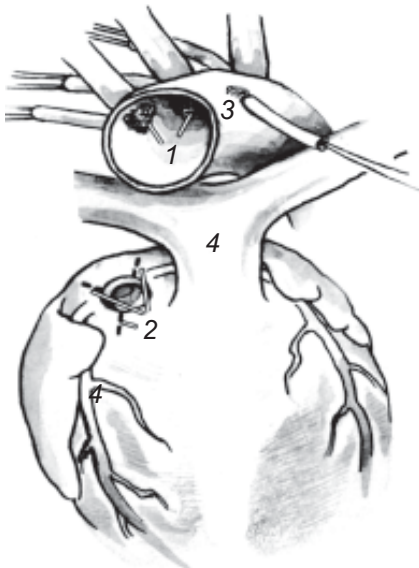


Рис. 2. Схема видалення вегетацій у момент зупинки кровообігу: 1 — вегетації в просвіті дуги аорти; 2 — симетричні розрізи на синусах Вальсальви; 3 — місце канюляції аорти; 4 — стовбур легеневої артерії

дена операція. Після середньої стернотомії і перикардіотомії виділені та взяті на турнікети плечоголовний стовбур, ліва сонна і ліва підключична артерії. Підключений і запущений апарат штучного кровообігу (АШК). Дренаж лівого передсердя. Гіпотермія до 32 °С. Антеградна кардіоплегія в корінь аорти (Custodiol 30 мл/кг маси тіла). Аорта поперечно перерізна у місці звуження, отвір у якому був діаметром до 5 мм. Синотубулярна зона різко гіоплазована, її оброблено антисептиком і рясно промито розчином.

Проведені три симетричні розрізи надклапанного кільця до рівня аортальних синусів (див. рис. 2), причому лівий коронарний синус — справа від вічка лівої коронарної артерії, а правий — зліва від вічка правої коронарної артерії. Аортальний клапан тристулковий, компетентний після водної проби. При ревізії — ВА від рівня СТЗ до 4 см у дистальному напрямі різко потовщена, просвіт виповнений вегетаціями, спостерігається запальний процес у вигляді аортиту. От-

же, було розцінено, що цей сегмент аорти непридатний для реконструктивних маніпуляцій, у зв'язку з чим він видалений до рівня плечоголовного стовбура (див. рис. 2).

Виконана пластика кореня аорти з допомогою трьох трикутних шматків з автоперикарда, обробленого розчином глутаральдегіду, за методом Брома (рис. 3).

Фіксацію шматків проводили проленом 5/0, безперервним швом. Гіпотермія до 18 °С. Затиснені турнікетами судини дуги аорти. Положення Тренделенбурга, зупинка кровообігу. Вегетації видалені з просвіту ДА, місця останніх оброблені розчином антисептика. Між дистальним кінцем ВА і судинним протезом політетрафлюоретилену (Gore-Tex) діаметром 18 мм накладений анастомоз за допомогою безперервного шва проленом 5/0 (рис. 4). Профілактика повітряної емболії. Протез заповнений фізіологічним розчином, на нього накладено затискач, зняті турнікети з судин ДА, повторно заканюльована аорта, підключений АШК. Час зупинки кровообігу 29 хв. Між сформованим коренем аорти і проксимальним кінцем протеза Gore-Tex накладений анастомоз за допомогою безперервного шва проленом 5/0. Тривалість штучного кровообігу 163 хв, перетиснення аорти 122 хв, операції — 6 год 15 хв.

Результати дослідження та їх обговорення

В ранньому післяопераційному періоді пацієнтка перебувала у відділенні реанімації, отримувала внутрішньовенну інфузію нітропрусиду натрію в дозі 0,5–1,0 мг/(кг·хв) у зв'язку зі стійкою артеріальною гіпертензією, інгібітори АПФ, ванкоміцин, цефепім, знеболювальні засоби. Хвору було екстубовано через 15 год після закінчення операції та через 3 доби переведено до палати. На момент виписування, згідно з

даними ЕхоКГ, на вихідному тракті лівого шлуночка ГСТ становив 10 мм рт. ст. і у місці накладання дистального анастомозу — 25 мм рт. ст., спостерігалася помірна аортальна недостатність. Через 6 міс. після операції хвора скарг не висловлює, значно розширилися фізичні навантаження. За даними ЕхоКГ, на вихідному тракті лівого шлуночка ГСТ дорівнював 6 мм рт. ст., тимчасом як у місці накладання дистального анастомозу — 20 мм рт. ст., тенденції до зростання помірної аортальної не-

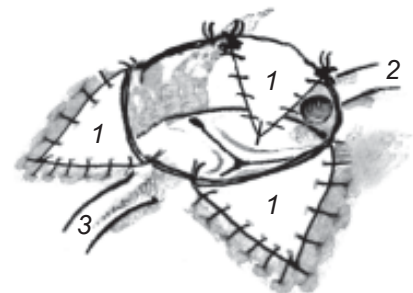


Рис. 3. Схема пластики кореня аорти за Бромом: 1 — пластика трьох синусів Вальсальви трикутними шматками; 2 — ліва коронарна артерія; 3 — права коронарна артерія

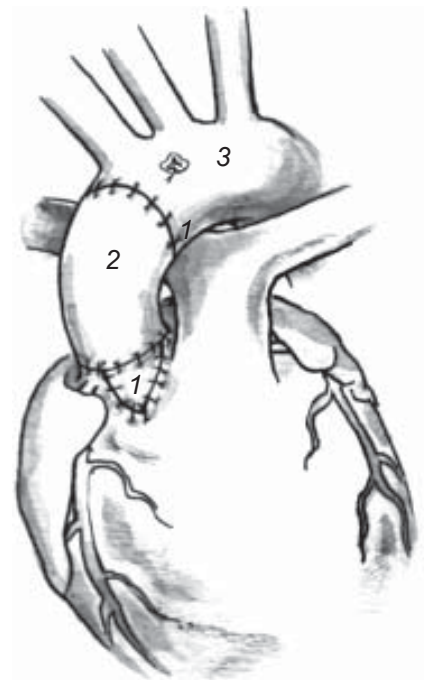


Рис. 4. Схема протезування висхідної аорти: 1 — пластика кореня аорти; 2 — судинний протез із ПТФЕ; 3 — дуга аорти

достатності не спостерігалося.

Надклапанний стеноз аорти — рідкісна вроджена аномалія з обструкцією вихідного тракту лівого шлуночка [1–3], характерними рисами якої є звуження аорти на рівні синотубулярного з'єднання та різного ступеня гіпоплазії синусів Вальсальви [1; 2]. Звуження найчастіше спостерігається у вигляді піщового годинника або фіброзної діафрагми. Сучасна стратегія корекції НСА, згідно з публікаціями провідних кардіохірургічних клінік, ґрунтується на симетричному відновленні трьох синусів Вальсальви, зокрема за методом Брома [1; 3]. Внаслідок аориту методом вибору є протезування висхідної аорти судинним протезом із політетрафлюоретилену.

Методика глибокої гіпотермії (18–20 °С) із зупинкою кровообігу дає можливість

здійснити хірургічну корекцію в ділянці ДА (вроджені аномалії серця з перериванням і гіпоплазією дуги аорти та набуті аневризми дуги аорти) [4]. У нашому випадку видалення рухомих вегетацій із просвіту ДА і локальне оброблення антисептиками забезпечила саме вказана технологія з елімінацією ризику емболізації як судин головного мозку, так і органів черевної порожнини та нижніх кінцівок.

Висновки

1. Протезування висхідної аорти судинним протезом із політетрафлюоретилену (Gore-Tex) при інфекційному ендокардиті надклапанного стенозу аорти є методом вибору.

2. Симетричне відновлення кореня аорти при корекції надклапанного стенозу аорти за методом Брома забезпечує добрі віддалені результати.

3. Метод глибокої гіпотермії із зупинкою кровообігу дозволив адекватно забезпечити захист головного мозку від ішемії на момент видалення рухомих вегетацій із просвіту дуги аорти.

ЛІТЕРАТУРА

1. Зиньковский М. Ф. Врожденные пороки сердца / М. Ф. Зиньковский. — К. : Книга-Плюс, 2010. — Гл. 53. — С. 761–769.

2. Forty-one year of surgical experience with congenital supra-ventricular aortic stenosis / C. Stamm, C. Kreuzer, D. Zurakowski [et al.] // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. — 1999. — Vol. 118, N 5. — P. 874–885.

3. Midterm outcomes in supra-ventricular aortic stenosis demonstrate the superiority of multisinus aortoplasty / S. Kaushal, K. L. Backer, C. Mavroudis [et al.] // Ann. Thorac. Surg. — 2010. — Vol. 89. — P. 1371–1377.

4. Gardner T. Operative Cardiac Surgery. R. Bonser Circulatory arrest / T. Gardner, T. Spray // Operative management. — L. : Arnold, 2004. — P. 63–71.

УДК 616-002.78-085.322

О. В. Пішак, Г. І. Арич, К. О. Бобкович

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ УРОХОЛУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ПОДАГРУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Вступ

В останнє десятиліття зростає захворюваність на подагру [1]. Єдиним гіпоурикемічним препаратом, зареєстрованим в Україні, сьогодні є лише алопуринол. Його застосування нерідко супроводжується ураженням шкіри, гарячкою, порушенням функції печінки та системи травлення. Враховуючи зазначене, актуальним є пошук нових лікарських засобів, які б виявляли гіпоурикемічну дію та позитивно впливали на позасуглобові прояви подагри, зокрема на функцію гепатобіліарної, серцево-судинної та сечовидільної систем, що на-

явні в усіх хворих з даною патологією.

Мета дослідження — підвищення ефективності лікування хворих на подагру в період загострення із супровідним ураженням гепатобіліарної системи шляхом патогенетичного обґрунтування включення в лікувальний комплекс рослинного препарату урохолу.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 51 хворого на подагру (49 чоловіків і 2 жінки) під час загострення подагричного артриту із супровідним ураженням гепатобіліарної си-

стеми (ГБС). Вік пацієнтів коливався від 35 до 74 років (53,40±1,10). Критерії включення: хворі на первинну подагру з супровідним ураженням гепатобіліарної системи, гіпертонічною хворобою I–II стадії. Критерії виключення: хворі на подагру з проявами ниркової недостатності.

Усім хворим до та після лікування проводилися клінічні (скарги, анамнез, об'єктивне обстеження), лабораторні дослідження, а також ультразвукове дослідження печінки, жовчного міхура, підшлункової залози, нирок на ультразвуковому діагностичному апараті "Shimadzu SDU 500" (Японія).

