

Хирургично лечение на междукामерен дефект след остър миокарден инфаркт

Д-р Владимир Данов, г-р В. Корновски, Д-р Димитър Симов, г-р П. Панайотов
Клиника по кардиохирургия, МБАЛ „Св. Марина“, Варна

Междукамерният дефект е рядко, но животозастрашаващо усложнение на острия миокарден инфаркт с висока смъртност, изискващо бърза диагностика, агресивна медикаментозна терапия в интензивно отделение и ранно хирургично лечение. Представените два клинични случая показват вариации в хода на тази патология – в периода от появата на междукамерния дефект до оперативната интервенция и клиничната симптоматика.

ВЪВЕДЕНИЕ

Руптурата на междукамерния септум е сравнително рядко усложнение след остър миокарден инфаркт. Хемодинамично руптурата се изразява с различен по степен ляво-десен шънт на камерно ниво, обемно натоварване на дясната камера, повишен белодробен кръвоток и вторично обемно натоварване на лявата камера. Честотата на това усложнение варира от 1-2% преди въвеждането на тромболизата и до 0,2% след въвеждането ѝ¹. Постинфарктният междукамерен дефект е патологично състояние с висок оперативен и постоперативен риск – 45% смъртност, но прилагането само на консервативна терапия при такива пациенти повишава значително риска от летален изход – на 90%². Така хирургичната корекция на дефекта остава най-подходящият метод за лечение на това рядко усложнение на острия миокарден инфаркт. Лош прогностичен фактор са кардиогенният шок и влошената деснокамерна функция.

Междукамерният дефект се явява обикновено в първата седмица след прекаран остър миокарден инфаркт и в по-голямата част от случаите е резултат от напълно оклудирана коронарна артерия

с липсваща колатерална мрежа, кръвоснабдяваща инфарктната зона^{3, 4}.

СЛУЧАЙ 1

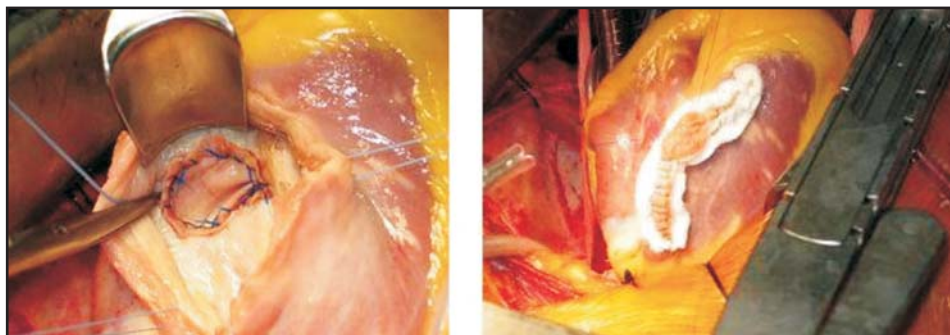
Жена на 62 години е хоспитализирана в интензивно кардиологично отделение по повод остър миокарден инфаркт. Направена е фибринолиза. В хода на заболяването продължава болковата симптоматика, задух, различни ритъмни и проводни нарушения, като на 9 ден ехокардиографски трансторакално е диагностицирана руптура на междукамерната презграда. Хемодинамиката бе стабилизирана с ниски дози катехоламини и на 20 ден пациентката беше преведена в нормално кардиологично отделение.

На 30 ден след инфаркта по време на извършване на коронароангиографията бързо се влоши хемодинамиката и с белезите на перикарден излив с претампонада и остра циркулаторна недостатъчност пациентката бе подложена на спешна кардиохирургична интервенция.

Предоперативно е поставен интраортен балонен катетър и е започната IABP. Достъпът до междукамерния дефект бе осъществен чрез надлъжен разрез в зоната на сърдечния връх и страничната повърхност на лявата камера с дължина около 4 см. Видя се междукамерният дефект с размери 20x25 мм, разположен в задната част на средния септум. Посредством П-образни армирани с филц шевове и Gore Tex заплатка 30x40 мм се затвори междукамерният дефект. Бяха извършени и три аорто-коронарни байпаса при ангиографски доказана триклонова коронарна болест. Пациентката бе изведена от операционната с ниски дози кате-



Фиг. 1. а) Разрез в областта на аневризмата на лявата камера б) Междукамерен дефект в областта на задния септум



Фиг. 2. а) Автоперикардна заплатка, закриваща дефекта б) Линеарна пластика на камерната аневризма

холамини. IABP бе експлантирано на четвъртия следоперативен ден. Постоперативният период протече гладко и пациентката бе изписана на петнадесетия ден след операцията.

СЛУЧАЙ 2

Мъж на 62 години постъпва за планово оперативно лечение. Прекарал голям миокарден инфаркт, не изяснен по време. Клинични данни за сърдечна недостатъчност, датираща от една година. Извършената по повод на това трансторакална ехокардиография диагностицира междукамерен дефект и оформена аневризма на задната стена на лявата камера. Достъпът до междукамерния дефект бе осъществен чрез надлъжен разрез в зоната на аневризмата на лявата камера 6-7 см (фиг. 1а). Намериха се септирани множествени междукамерни дефекти с обща площ 30x35 мм. В задната част на средния септум (фиг. 1б).

Посредством П-образни армирани с филц шевове и обща автоперикардна заплатка 35x40 мм се затвориха междукамерните дефекти (фиг. 2а). Левостранната венстрикулотомия се възстанови с двоен продължителен шев през филцови ленти, с което се постигна и линеарна пластика с редуция на размера на левокамерната аневризма (фиг. 2б). Бяха осъществени и два аорто-коронарни байпаса. Следоперативният период протече гладко. Контролната ехокардиография не показва остатъчен ляво-десен шънт на камерно ниво. Пациентът бе изписан на тринадесетия следоперативен ден.

ОБСЪЖДАНЕ

Руптура на междукамерната преграда може да настъпи от третия ден до седмица след остър миокарден инфаркт. Клинични особености, повишаващи риска от руптура на междукамерната преграда, са липса на колатерална циркулация на засегнатата артерия, напреднала възраст и хипертония^{2, 3}. Високата смъртност при неоперирани пациенти (от 80 до 90%) до втория месец след появата на междукамерния дефект се дължи на високото хемодинамично обременяване, наложено върху предварително увредена лява камера с ниски функционални резерви⁵. До тези проценти на смъртност се приближават и случаите, оперирани в първите часове и дни след появата на междукамерния дефект. Причината за лошите дълготрайни резултати при тях се дължи на фа-

кта, че пациентите са в шоково състояние, а в зоната на руптурата тъканите са некротични и лесно късливи. Най-подходящият период за пластика на слединфарктния междукамерен дефект, с оглед на статистическите данни за благоприятен изход от заболяването, е от четири до шест седмици след появата му, когато некротичният миокард е заменен от фиброзна тъкан^{1, 2, 3, 5}. През това време агресивна медикаментозна терапия и поставяне на интрааортна балонна помпа стабилизират състоянието на пациента и редуцират обема на ляво-десния шънт. Ако тези процедури не доведат до стабилизиране на пациента, предприема се спешна оперативна интервенция при много висок оперативен риск³. Т. е. основният прогностичен фактор е времето от появата на междукамерния дефект до оперативното му лечение, а неговата продължителност се определя от големината на дефекта и хемодинамичните разстройства. Хирургичната методика за пластика на постинфарктния междукамерен дефект варира според анатомичните особености. Като основен метод на избор се споменава резекция на инфарктирания сегмент, пластика на дефекта със заплатка, единична или като "сандвич" – от двете страни на септума, подсилвайки наложените шевове с филцови подложки⁵.

На пациенти със слединфарктен междукамерен дефект е необходимо да се извърши коронарна ангиография, тъй като – освен реваскуларизацията на артерията, в чиято зона е острият инфаркт, байпасирането на други коронарни артерии със значителни стенози води до подобряване на дългосрочните резултати от оперативната интервенция.

Резултатите от двата клинични случая показват, че, ако е наложително, успешно могат да бъдат извършени и съпътстващи процедури като реваскуларизация на миокарда и реконструкция на лявата камера при наличие на допълнителна аневризма.

Книгопис

- 1 Murday A. Optimal management of acute ventricular septal rupture. *Heart* 2003;89:1462-1466.
- 2 Birnbaum Y, Fishbein M, Blanche C, Siegel J. Ventricular septal rupture after acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 2002; 347 (18): 1426-1432

Пълната библиографска справка е на разположение в издателството и може да бъде представена при поискване.