

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ



УДК 616.11:616.12—007.4

ДЕФЕКТ ПЕРИКАРДА З ЧАСТКОВОЮ ДИСЛОКАЦІЄЮ СЕРЦЯ В ЛІВУ ПЛЕВРАЛЬНУ ПОРОЖНИНУ

А. В. Судус, Т. Б. Гудзенко, Л. Я. Соловей

Лікувально-діагностичний центр "СіМедГруп", м. Івано-Франківськ

PERICARDIAL DEFECT WITH PARTIAL CARDIAC DISLOCATION INTO THE LEFT PLEURAL CAVITY

A. V. Sudus, T. B. Gudzenko, L. Ya. Solovey

Дефекти (відсутність) перикарда, за даними до-ступної літератури, виявляють вкрай рідко. Вони можуть бути вроджені чи набуті, тотальні чи часткові, пов'язані чи не пов'язані з плевральною або черевною порожниною. Вроджені дефекти перикарда [1] є наслідком незрощення плеврально-перикардіального отвору. Більшість з них містяться на лівій поверхні серця, рідше — на діафрагмальній або правій поверхні. За повної відсутності перикарда серце і ліва легена розташовані в одній серозній порожнині. Як правило, це поєднується з вродженими вадами серця (відкритий артеріальний проток, дефект міжпередсердної перегородки, стеноз мітрального та недостатність тристулкового клапанів, тетрада Фалло), вадами легень, діафрагми, нирок.

Набуті дефекти перикарда виникають внаслідок травми за механізмом фронтального удару в груднину. Ускладненнями цього можуть бути: розшаровуюча аневризма аорти, дислокація серця з порушенням гемодинаміки, кардіогенний шок з ознаками тампонади серця [2]. За даними ультразвукового дослідження, спостерігають непрямі ознаки відсутності перикарда: збільшення правого шлуночка, парадоксальний рух міжшлуночкової перегородки, гіперкінез задньої стінки лівого шлуночка (ЛШ). За часткової відсутності перикарда ліворуч можливе випадання вухка лівого передсердя через дефект, збільшення, іноді аневризма лівого передсердя. За правобічного дефекту перикарда утворюється випинання частини легені в порожнину перикарда.

Наводимо клінічне спостереження інтраопераційного виявлення дефекту перикарда під час операції коронарного шунтування.

Пацієнтка В., 71 року, госпіталізована з діагнозом: ішемічна хвороба серця, нестабільна прогресуюча стенокардія, субоклюзія проксимальної частини пра-

вої міжшлуночкової артерії, серцева недостатність І стадії (за NYHA), серцево-судинний ризик 4 ступеня, атеросклероз аорти та вінцевих артерій, блокада правої ніжки передсердно-шлуночкового пучка, стеноз клапана аорти II ступеня; гіпертонічна хвороба III стадії; цукровий діабет II типу у стадії субкомпенсації. Заплановане здійснення коронарного шунтування.

За даними ЕКГ, ритм синусовий, правильний, частота скорочень серця 81 за 1 хв, електрична вісь серця відхилена вліво, блокада правої ніжки передсердно-шлуночкового пучка, депресія сегмента ST у V3, V4, V5—відведеннях.

За даними коронарографії, субоклюзія проксимального відділу передньої міжшлуночкової артерії, стеноз 40 — 50% просвіту проксимального відділу огинаючої артерії. Ехокардіографія: камери серця не розширені, систолічна функція ЛШ збережена, діастолічна дисфункція ЛШ I типу, стеноз клапана аорти I — II ступеня.

За даними анамнезу, 16 років тому у пацієнтки під час дорожньо-транспортної пригоди виникла політравма (закритий перелом груднини, струс органів грудної порожнини), 15 років тому здійснена правобічна мастектомія.

Пацієнтка госпіталізована до Центру для виконання операції аортокоронарного шунтування. Під час операції виявлений великий дефект плевроперикарда зліва, часткова дислокація серця в ліву плевральну порожнину.

Здійснене мамарокоронарне шунтування в умовах штучного кровообігу (тривалість операції 230 хв, штучного кровообігу — 76 хв, перетискання аорти — 45 хв). Дефект перикарда не зашивали. Перебіг раннього післяопераційного періоду без ускладнень.

Отже, посттравматичний розрив перикарда з дислокацією серця в ліву плевральну порожнину в ме-

дичній практиці спостерігають вкрай рідко. Після травми грудей, особливо в ділянці груднини, необхідне проведення прецизійної діагностики органів середостіння, для попередження ускладнень (контузія серця, розшаровуюча аневризма аорти, тампонада серця) та правильного лікування.

В наведеному спостереженні дефект плевроперикарда виник, ймовірно, як наслідок травми 16 років

тому, хоча не виключена вроджена патологія перикарда.

ЛІТЕРАТУРА

1. Павлова Н. В. Госпитальна педиатрія: конспект лекцій / Н. В. Павлова. — М.: Ексмо, 2008. — 30 с.
2. Cardiac herniation mimics cardiac tamponade in blunt trauma. Must early resuscitative thoracotomy be done? / F. S. Collet e Silva, F. Jose Neto, A. M. Figueredo [et al.] // Int. Surg. — 2001. — Vol. 86. — P. 72 — 75.



НАУКОВО-МЕДИЧНЕ ВИДАВНИЦТВО “ЛІГА - ІНФОРМ”

Медичне видавництво «ЛІГА-ІНФОРМ» (м. Київ) запрошує до співпраці авторів медичної літератури.

Ми беремо на себе всі турботи про Вашу монографію: від редагування та створення оригінал-макету до поліграфічного виконання.

Видавництво, створене на базі журналу «Клінічна хірургія», допоможе видати книги з медицини, підручники, атласи, монографії.

Медичне видавництво «ЛІГА-ІНФОРМ» запрошує до взаємовигідної співпраці також фармацевтичні компанії, які займаються виробництвом, розповсюдженням і просуванням на ринок України лікарських засобів, медичного устаткування, компанії фармацевтичної промисловості (організації та представництва).



ТОВ «Ліга-Інформ», 03680, м. Київ, вул. Героїв Севастополя, 30.
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи
ДК № 1678 від 04.02.04.