

ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ

Симультантная операция коронарного шунтирования с резекцией аневризмы левого желудочка и гемитиреоидэктомией



А. В. Руденко¹, М. М. Багиров², Е. К. Гогаева¹,
О. В. Сейковский³, Л. С. Дзахоева¹, В. П. Захарова¹,
С. Н. Соломка¹, Л. А. Клименко¹

¹ ГУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии имени Н. М. Амосова НАМН Украины», Киев

² Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика МЗ Украины, Киев

³ Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев

Приведен случай симультантной операции коронарного шунтирования, резекции аневризмы левого желудочка с гемитиреоидэктомией справа по поводу сопутствующего гигантского загрудинного зоба у пациента с осложненной формой ишемической болезни сердца в виде тромбированной аневризмы левого желудочка. Тромбированная аневризма левого желудочка как следствие перенесенного трансмурального инфаркта миокарда диагностирована по данным ЭКГ, ЭхоКГ и коронароангиографии. Гигантский загрудинный зоб справа установлен по данным КТ, рентгенографии органов грудной клетки и тиреоидной скандинавской сцинтиграфии. Пациенту проведена симультантная операция: удаление гигантского загрудинного зоба справа, коронарное шунтирование с резекцией тромбированной аневризмы левого желудочка в условиях искусственного кровообращения. Периоперационный период протекал без осложнений, пациент выписан на 8-е сутки после операции. Симультантная операция позволяет провести несколько оперативных вмешательств под одной анестезией, что снижает риск развития осложнений и ускоряет процесс реконвалесценции.

Ключевые слова: симультантная операция, коронарное шунтирование, тиреоидэктомия.

Ежегодно в Украине увеличивается количество операций коронарного шунтирования, а вследствие распространенности заболеваний щитовидной железы после аварии на Чернобыльской АЭС нередко встречается сочетание патологии коронарных артерий и новообразований щитовидной железы. Приведенный клинический случай демонстрирует возможность проведения симультантной операции при сочетании ишемической болезни сердца с гигантским загрудинным зобом.

Пациент 3., 56 лет, через 2 мес после перенесенного трансмурального инфаркта миокарда поступил в Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии им. Н. М. Амосова НАМН Украины. На момент поступления жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы не предъявлял, за исключением снижения физической активности последние 2 мес. На ЭКГ выявлены признаки хронической коронарной недостаточности, рубцовые изменения передне-перегородочно-верхушечной области левого желудочка (ЛЖ) с переходом на заднюю стенку, аневризма ЛЖ с тромбом на верхушке (рис. 1).

Данные ЭхоКГ подтвердили наличие тромбированной аневризмы передне-перегородочно-верхушечной области ЛЖ со снижением его сократительной способности: фракция выброса составляла 37%.

При проведении коронароангиографии (КВГ) выявлено многососудистое поражение

Статья надійшла до редакції 11 квітня 2014 р.

Руденко Анатолій Вікторович, д. мед. н., зав. відділу 03680, м. Київ, вул. Миколи Амосова, 6

© А. В. Руденко, М. М. Багіров, О. К. Гогаєва, О. В. Сейковський, Л. С. Дзахоева, В. П. Захарова, С. М. Соломка, Л. А. Клименко, 2014

коронарного русла с формированием постинфарктной аневризмы ЛЖ в области верхушки (рис. 2).

Впервые заболевание щитовидной железы у пациента было диагностировано 25 лет назад при ультразвуковом исследовании. Однако в связи с отсутствием клинической картины у эндокринолога он не наблюдался. Пациент нормостенического телосложения, масса тела 72 кг при росте 177 см. Обращает на себя внимание умеренный экзофтальм. При исследовании функции гормонов щитовидной железы определялись признаки незначительного гипертиреоза, не требующего назначения тиреостатиков (ТТГ 0,182 мкМЕ/мл (норма 0,27–4,2 мкМЕ/мл), Т4 свободный – 24,76 пмоль/л (норма 12,0–22,0 пмоль/л), Т3 свободный 5,06 пмоль/л (норма 3,1–6,8 пмоль/л)). Гигантский загрудинный зоб справа верифицирован с помощью рентгенографии и КТ органов грудной клетки, а также тиреосцинтиграфии (рис. 3).

Учитывая гигантские размеры зоба, решено выполнить двухэтапную операцию. Первым этапом произведена гемитиреоидэктомия справа: расширенным стернотомным доступом обнажена поверхность правой доли щитовидной железы размерами 8 × 7 × 6 см, кистозно изменена, с резко выраженными варикозными сосудами до 8 мм, лигированы и пересечены четыре основных и дополнительные сосуды. Внутригрудная часть зоба в заднем средостении доходила до корней легкого. Рассечена медиастинальная плевра, тупым путем обработаны сосуды, зоб отделен от органов средостения, после чего вначале удалена шейная часть, потом оставшая гигантская часть, сосуды перевязаны, опухоль удалена. Гемостаз, дренаж правой плевральной полости (рис. 4).

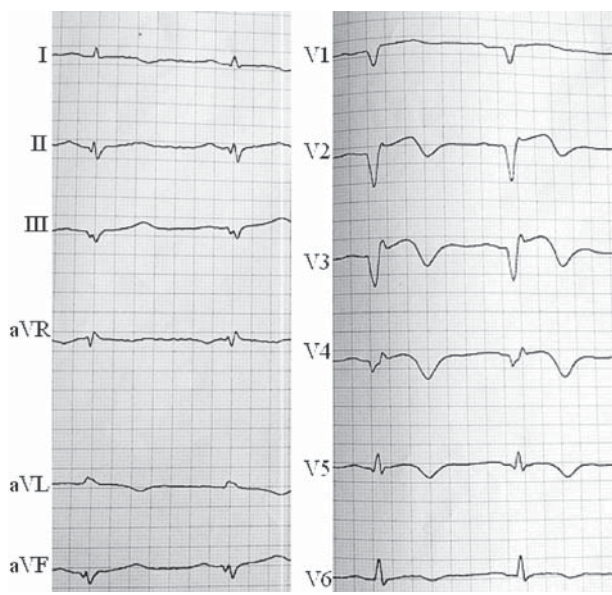


Рис. 1. ЭКГ пациента до операции

Удаленный зоб отправлен на цито-гистологическое исследование в патоморфологическое отделение для исключения злокачественного процесса. Макроскопически: опухолевидное образование 9,5 × 8,5 × 6 см, инкапсулированное, красного цвета.

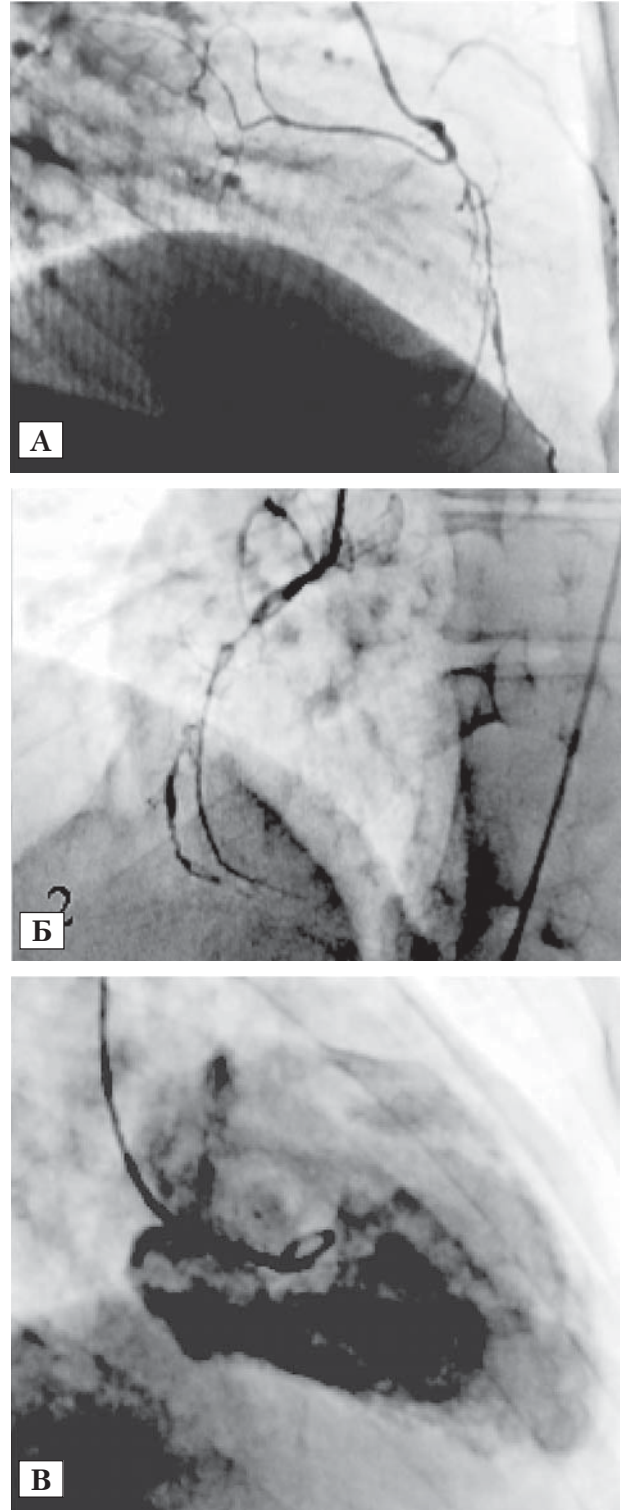


Рис. 2. КВГ пациента до операции: окклюзия средней трети передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии (А); окклюзия правой коронарной артерии (Б); аневризма ЛЖ в области верхушки (В)

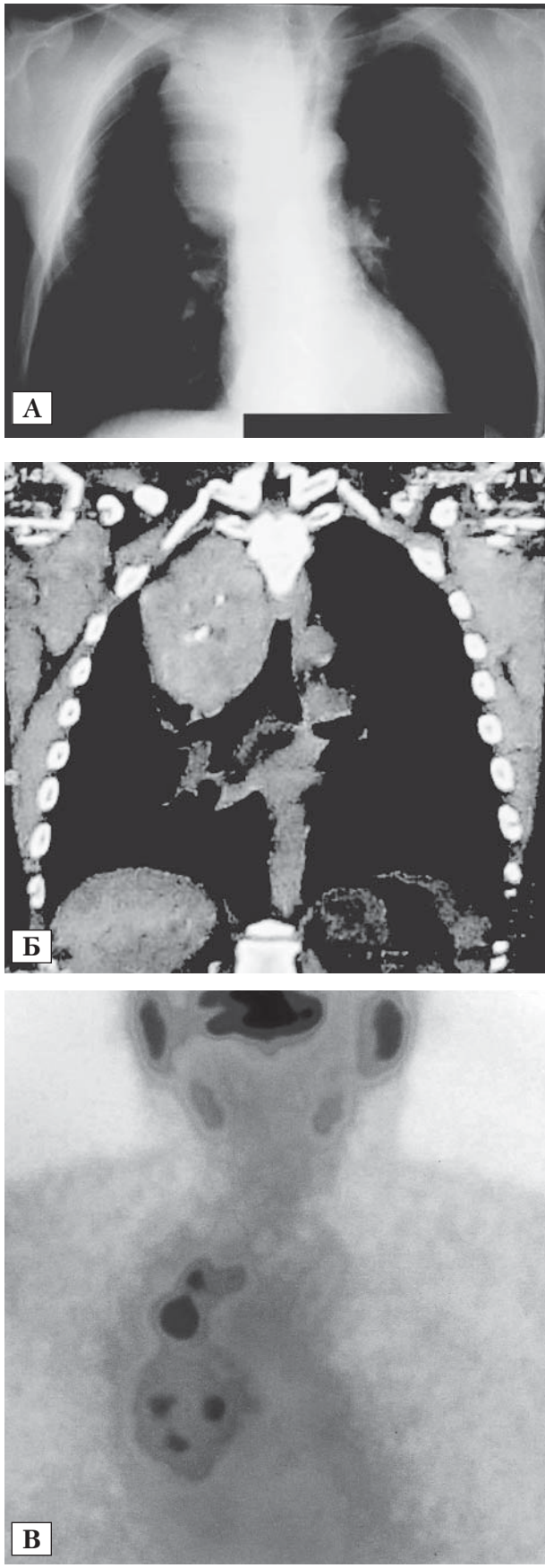


Рис. 3. Гигантский за груди́нный зоб справа по данным рентгенографии (А) и КТ (Б) грудной клетки, тиреоэцинтиграфии с ⁹⁹Tc-пертехнетатом (В)

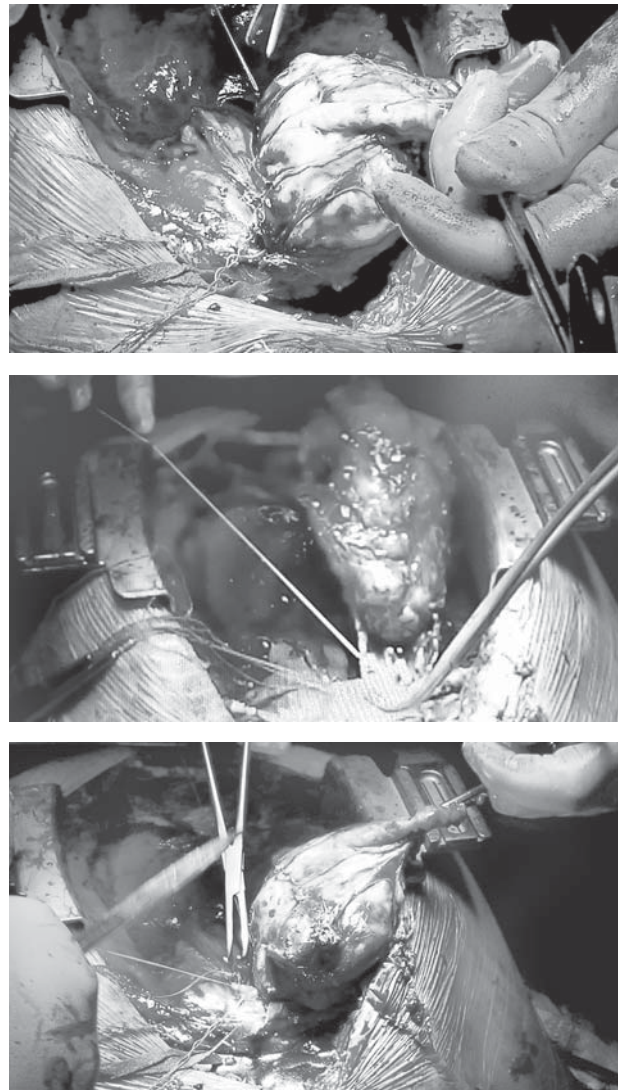


Рис. 4. Выделение гигантского за груди́нного зоба справа, лигирование варикозно расширенных сосудов

На разрезе многочисленные узлы и полости, выполненные студенистой желто-красной жидкостью. Стенки полости очень плотные, иногда хрящевидной консистенции. Шейная часть удаленного зоба размерами 9 × 6 × 2 см представлена соединительной тканью и жировой клетчаткой. На разрезе представляет собой бурую кашицеобразную ткань с фиброзными прослойками. Микроскопически: крупнофолликулярная аденома щитовидной железы с очагами клеточной пролиферации железистого эпителия, с образованием сосочковых ветвистых структур. В капсуле клеточные элементы не определяются. Признаков злокачественного роста нет (рис. 5).

Интраоперационно определяли уровень гормонов щитовидной железы до тиреоидэктомии (11:40) и после процедуры (12:45). Результаты исследования указывали на явления гипертиреоза (таблица).

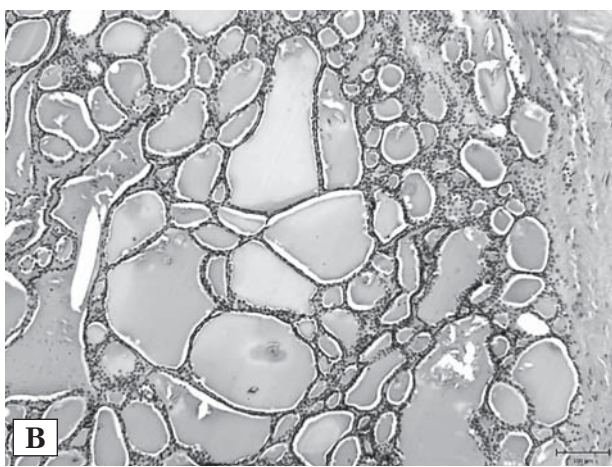
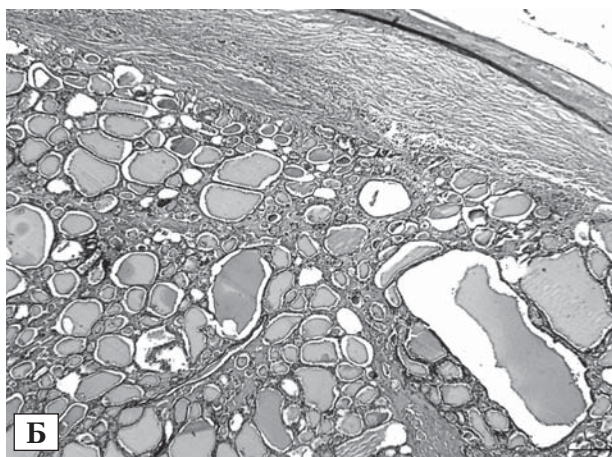
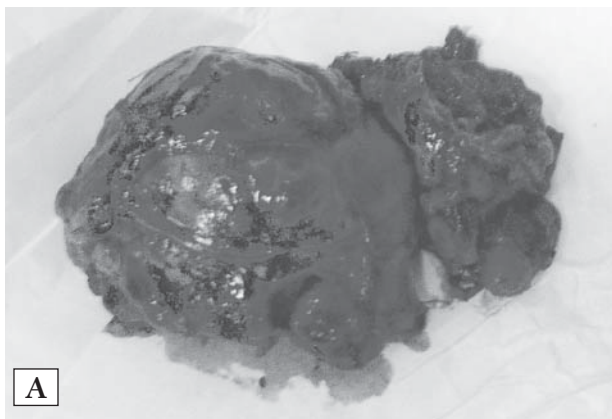


Рис. 5. Макропрепарат удаленного правостороннего зоба. Гистологическое исследование, окраска гематоксилином — эозином: крупнофолликулярная аденома щитовидной железы

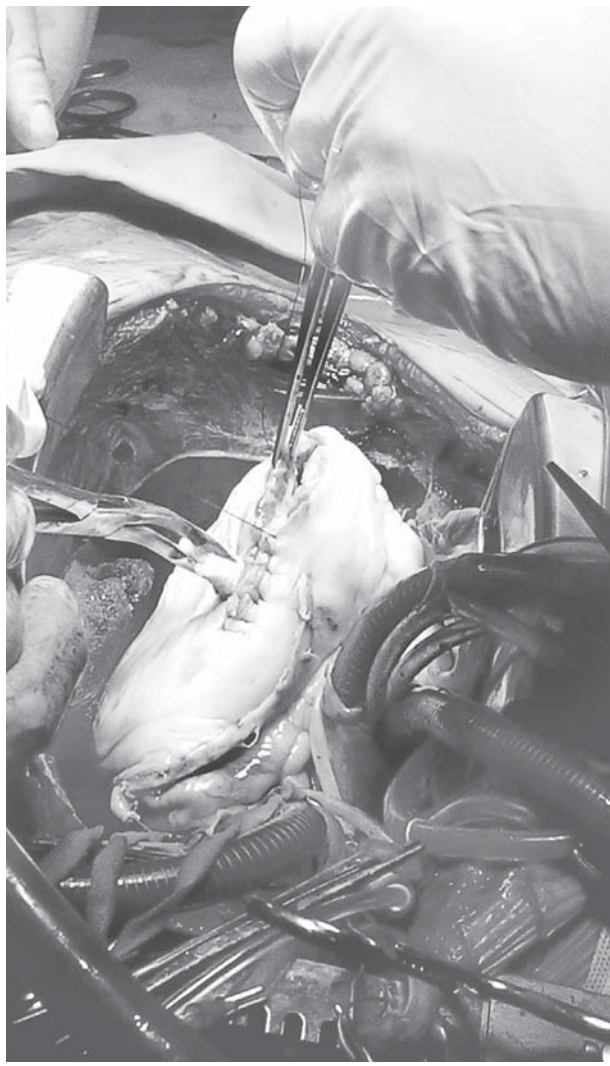


Рис. 6. Резекция аневризмы ЛЖ с тромбэктомией, пластика ЛЖ

Т а б л и ц а
**Уровень гормонов щитовидной железы у пациента 3.
до операции и после тиреоидэктомии**

Показатель	11:40	12:45	Норма
ТТГ, мкМЕ/мл	< 0,005	0,005	0,27–4,20
Т3 свободный, пмоль/л	8,7	8,3	3,1–6,8
Т4 свободный, пмоль/л	32,8	34	12,0–22,0

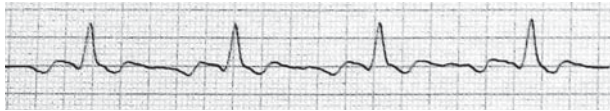


Рис. 7. Пароксизм трепетания предсердий на 5-е сутки после операции

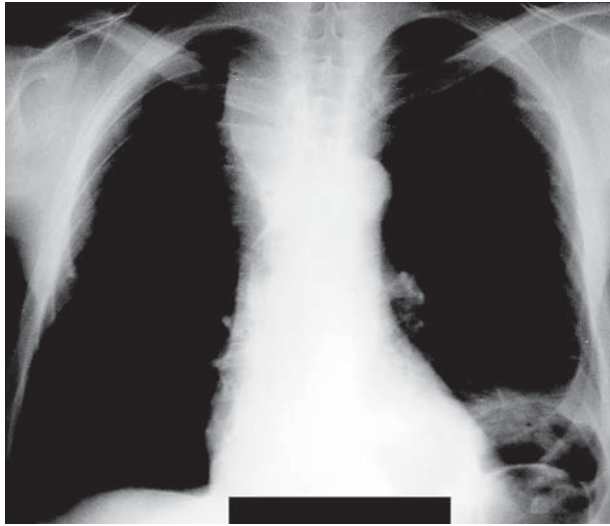


Рис. 8. Рентгенограмма грудной клетки в прямой проекции на 5-е сутки после операции

Вторым этапом выполнили коронарное шунтирование с резекцией аневризмы ЛЖ. В ходе процедуры вскрыт перикард, подключен и запущен аппарат искусственного кровообращения. Проведена кардиолегия («Кустодиол») в корень аорты. Сначала аутовеной шунтирована передняя межжелудочковая ветвь левой коронарной артерии в среднюю треть, $d = 1,3$ мм. После этого одной аутовеной последовательно шунтированы ветвь острого края правой коронарной артерии (1,2 мм) и задняя межжелудочковая ветвь правой коронарной артерии (1,1 мм). Далее разрезом 12 см вскрыта аневризма передне-верхушечной поверхности ЛЖ и удалены пристеночные тромбы. Выполнена резекция и пластика ЛЖ двухрядным швом. Проведена профилактика воздушной эмболии, аппарат искусственного кровообращения отключен. Установлены электроды и дренажи, гемостаз. Выполнен послойный шов раны (рис. 6).

Суммарная длительность операции составила 7 ч, длительность искусственного кровообращения — 148 мин.

В послеоперационный период наблюдали частые пароксизмы фибрилляции и трепетания

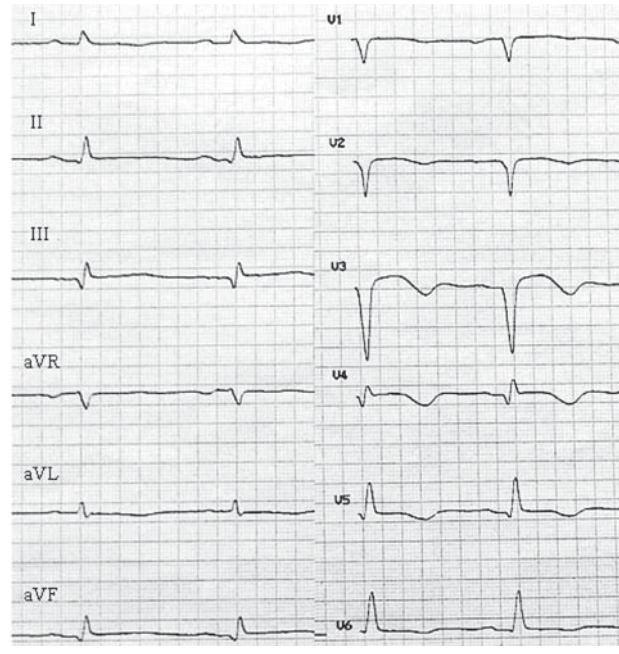


Рис. 9. ЭКГ пациента перед выпиской

предсердий (рис. 7), которые были купированы медикаментозно (амиодароном).

Незначительное снижение уровня кальция в крови (до 0,83 ммоль/л) не проявлялось клинически и было скорректировано внутривенным и парентеральным введением препаратов кальция.

Плевральный дренаж удален на третьи сутки, пациент переведен из реанимации в отделение. Рентгенологическая картина органов грудной клетки улучшилась, необходимости в пункции плевральных полостей не было (рис. 8).

Повторные пароксизмы фибрилляции предсердий купированы амиодароном. Добавление к терапии β -адреноблокатора в переносимой дозе улучшило гемодинамические показатели. Пациент выписан на 8-е сутки в хорошем состоянии, с синусовым ритмом и положительной динамикой по ЭКГ (рис. 9).

При ЭхоКГ-исследовании отмечено уменьшение конечнодиастолического объема ЛЖ (с 314 до 239 мл). Пациент направлен на дальнейшую реабилитацию под наблюдение кардиолога и эндокринолога.

Таким образом, представленный клинический случай демонстрирует возможность выполнения симультантной операции коррекции осложненной формы ишемической болезни сердца в сочетании с гигантским заградительным зубом.

Симультантна операція коронарного шунтування з резекцією аневризми лівого шлуночка й гемітиреоїдектомією

А. В. Руденко¹, М. М. Багіров², О. К. Гогаєва¹, О. В. Сейковський³,
Л. С. Дзахоєва¹, В. П. Захарова¹, С. М. Соломка¹, Л. А. Клименко¹

¹ ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова НАМН України», Київ

² Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, Київ

³ Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

Наведено випадок симультантної операції коронарного шунтування, резекції аневризми лівого шлуночка з гемітиреоїдектомією справа з приводу супутнього гігантського загруднинного зоба в пацієнта з ускладненою формою ішемічної хвороби серця у вигляді тромбованої аневризми лівого шлуночка. Тромбовану аневризму лівого шлуночка як наслідок перенесеного трансмурального інфаркту міокарда діагностовано за даними ЕКГ, ЕхоКГ та коронаровентрикулографії. Гігантський загруднинний зоб справа встановлено за даними КТ, рентгенографії органів грудної клітки й тиреоцинтиграфії. Пацієнтові проведено симультантну операцію: видалення гігантського загруднинного зоба справа, коронарне шунтування з резекцією тромбованої аневризми лівого шлуночка в умовах штучного кровообігу. Періопераційний період перебігав без ускладнень, пацієнт виписаний на 8-му добу після операції. Симультантна операція дає змогу здійснити кілька оперативних втручань під однією анестезією, що знижує ризик розвитку ускладнень та прискорює процес реконвалесценції.

Ключові слова: симультантна операція, коронарне шунтування, тиреоїдектомія.

Simultaneous coronary bypass surgery with resection of left ventricular aneurysm and hemithyroidectomy

A. V. Rudenko¹, M. M. Bagirov², O. K. Hohayeva¹, O. V. Seykovsky³,
L. S. Dzahoyeva¹, V. P. Zakharova¹, S. M. Solomka¹, L. A. Klimenko¹

¹ SI «M. M. Amosov National Institute of Cardiovascular Surgery of NAMS of Ukraine», Kyiv

² P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv

³ O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

A case has been presented of simultaneous coronary bypass surgery, resection of left ventricular aneurysm with hemithyroidectomy on the right for accompanying giant intrathoracic goiter in a patient with a complicated form of ischemic heart disease manifested as a thrombotic aneurysm of the left ventricle. Thrombotic aneurysm of the left ventricle resulting from transmural myocardial infarction was diagnosed by ECG, echocardiography and coronaroveniculography. Giant intrathoracic goiter was diagnosed by CT, X-ray of the chest and thyroid-utofluoroscopy. The patient underwent simultaneous surgery: removal of a giant intrathoracic goiter on the right, coronary bypass surgery with resection of the thrombotic left ventricular aneurysm under artificial circulation. Perioperative period ran smoothly, the patient was discharged on the 8th day after the operation. Simultaneous operation allows performing multiple surgeries under one anesthetic, which reduces the risk of complications and speeds up the process of recovery.

Key words: simultaneous surgery, coronary bypass surgery, thyroidectomy.