

Р.А.Токшекенова

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ: ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ТРАНСНАЗАЛЬНОЕ ТРАНССПЕНОИДАЛЬНОЕ УДАЛЕНИЕ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА У БОЛЬНОГО С ТРЕХПРЕДСЕРДНЫМ СЕРДЦЕМ

АО «Республиканский научный центр нейрохирургии»,
г. Астана.

In this article we described rare case of patient with pituitary adenoma, congenital heart disease and also patient's heart consists of three auricles. Patient was diagnosed congenital heart disease and three-auricled heart in adult age only. We would like to present our colleagues successful anesthetic manual and post-reanimation monitoring measures' sample after pituitary adenoma endoscopic surgery. Surgery was implemented by transnasal and transsphenoidal methods. Before the surgery patient was examined in Almaty Cardio Surgical Centre after Syzganov (echocardiography researches). In the centre the diagnosis of congenital heart disease and three-auricled heart was confirmed. During the surgery the anesthetic risk was higher than surgical risk. The anesthetic measures were smooth. Patient had asystolia in early post-surgery period, reanimation measures were successful. Patient was discharged from the hospital on the 12th day after surgery.

Key words: pituitary adenoma, three-auricled heart, anesthesia.

Случай из практики

Представлен редкий случай ВПС (врожденного порока сердца) у больного с трехпредсердным сердцем. Данная патология не давала клинической симптоматики долгое время и была выявлена у больного с ишемической болезнью сердца. У пациента в анамнезе: Аденома гипофиза, была проведена успешная хирургическая операция, заключающаяся в удалении опухоли эндоскопическим трансназальным методом. Так как в международной медицинской литературе мы не нашли ни одного сообщения о сочетании аденомы гипофиза с ВПС и трехпредсердным сердцем, было решено представить вниманию своих коллег это редкое наблюдение [1]. Впервые порок сердца описан доктором Черч в 1968 году [2]. В отечественной литературе первое сообщение о пороке принадлежит Абрикосову А.И. (1911) [3]. Трехпредсердное сердце представляет собой редкий ВПС, когда в левом предсердии имеется фиброзномышечная диафрагма, разделяющая его полость на 2 части: задневерхнюю – дополнительную полость, принимающую легочные вены – и передненижнюю – собственно полость левого предсердия, сообщающуюся с ушком левого предсердия и митральным клапаном [4, 6]. Частота порока составляет 0,1 – 0,4% от всех случаев ВПС. У порока нет специфических только для него проявлений [3].

На рисунке 1 представлена дополнительная камера в левом предсердии, разделяющая его полость на 2 части: полость, принимающую легочные вены, и собственно полость левого предсердия [4].

Клиническое наблюдение больного

Пациент Ш. 1960 года рождения (49 лет), поступил в АО «Республиканский Научный Центр Нейрохирургии» (РНЦНХ) 20.01.2010 года с диагнозом: Аденома гипофиза с эндолатероселлярным ростом на оперативное лечение. Жалобы при поступлении: на головную боль, увеличение кистей и стоп, огрубление черт лица, припухлость в суставах, одышка при малейшей физической нагрузке, жажда, сухость во рту, отсутствие зрения на оба глаза. Болеет с 2005 года, когда появились и росли вышеуказанные жалобы. На МРТ исследовании головного мозга выявлено – объемное образование хиазмально-селлярной области. Длительное время лечился стационарно и амбулаторно. Получал Соматулин. Пациент консультирован главным внештатным нейрохирургом по месту жительства, рекомендовано оперативное лечение в условиях РНЦНХ.

С 2005 года состоит на диспансерном учете у эндокринолога по поводу сахарного диабета 2 типа, средней степени, в стадии декомпенсации. Ожирение 2 ст. Принимает маннинил. С 2005 неоднократно лечился стационарно по поводу: ИБС, стенокардия напряжения, артериальная гипертензия. Несмотря на периодическое стационарное лечение, у больного нарастала клиника хронической сердечной недостаточности (ХСН). В 2009 году в кардиологическом центре г. Алматы больному выставлен клинический диагноз: Врожденный порок сердца. Трехпредсердное сердце. Дилатационная кардиомиопатия. Митральная недостаточность, аортальная недостаточность и недостаточность трикуспидаль-

ного клапана. ХСН 3. Проходил обследование в Национальный Научный Центр Хирургии (ННЦХ) им. А.Н Сызганова.

Эхокардиография (ЭХО КГ):

Аорта, см-3,6
ЛП, см: 5,0 (2,69)
ЛЖ: КДР 9,6 (4,98) . КДО 524 мл. (117-137 мл.)
КСР - 7,6 (3,53); КСО 310 мл (42-56 мл.)
УО - 214 (75 - 86 мл.)
ФИ - 40% (60-65 %)
МЖП, см - 1,25 (0,8 см)
ЗСЛЖ, см - 1,18 (1,04 см)

Заключение

Склероз аорты. Снижение глобальной сократительной способности миокарда левого желудочка. Относительная недостаточность митрального клапана. Регургитация 1-2 ст. Дилатационная миокардиопатия. Консультативный отдел «ННЦХ» им. А.Н Сызганова рекомендует: Со стороны клапанного аппарата сердца на операцию головного мозга противопоказаний нет. На **ЭКГ** (Электрокардиография): Ритм синусовый. ЧСС -75 уд в 1 мин. Полугоризонтальная ЭОС (Электрическая ось сердца). Гипертрофия обоих желудочков и левого предсердия. На **R – графии** грудной клетки: Сердечная патология. ДМЖП (Дефект межжелудочковой перегородки) - болезнь Роже-Толочинова. После проведенного лечения состояние больного стабилизировалось. Гемодинамические показатели нормализовались. Общее состояние больного при поступлении - тяжелое.

В сознании, контактен, вялый. Гиперстенического телосложения. Черты лица грубые. Надбровные дуги выступают вперед. Адекватность и критика снижены. Обоняние не нарушено. Глазные щели D=S . Зрачки D=S. Фотореакция не улавливается. Движения глазных яблок безболезненные. Акромегалия. Двусторонний амавроз. Носогубные складки симметричные. Фонация, глотание не нарушены. Сухожильные рефлексы D=S, повышены. Патологической и оболочечной симптоматики не выявлено. Кожные покровы сероватым оттенком, акроцианоз. Одышка в покое. Над легкими жесткое дыхание, в нижних отделах крепитирующие влажные хрипы. Сердце: тоны громкие, дующий систолический шум на верхушке, ритм «галоп». Живот мягкий, безболезненный. Печень: на 5-6 см выступает из под края реберной дуги. Физиологические отправления в норме.

На контрольной **ЭХО-КГ**: ФВ-29%. Уплотнение АО, АК, МК. Дилатация всех полостей сердца. В выходном тракте ЛЖ ДИСКРЕТНАЯ СУБАОРТАЛЬНАЯ МЕМБРАНА. В полости левого предсердия лоцируется линейная структура. Гипертрофия МЖП и ЗСЛЖ. Гипокинез МЖП, передне-перегородочного, верхушечного сегментов. Перегрузка ЛЖ объемом. Сократительная функция ЛЖ и ФВ резко снижены. **ДЭХОКГ**—диастолическая дисфункция по 1 типу, регургитация на ТК - 2 ст, регургитация на МК 3-4 ст., регургитация на ЛК – 1 ст., регургитация на АК 1 ст. Турбулентный поток в выходном тракте ЛЖ.

Заключение нейроофтальмолога:

Остаточные явления увеита, осложненная катаракта. На **R – графии** грудной клетки – картина правосторонней нижнедолевой пневмонии.

Больной разобран на консилиуме врачей. Консилиумом решено – учитывая наличие у больного аденомы гипофиза с эндоселлярным ростом, нарастание симптоматики акромегалии, тяжелую патологию со стороны сердечнососудистой системы, высокий анестезиологический риск – рекомендовано оперативное лечение проводить по жизненным показаниям.

Операция:

Эндоскопическое трансназальное трансфеноидальное удаление аденомы гипофиза. Вес больного - 100кг. Перед операцией больному поставлен люмбальный дренаж для контроля ВЧД. Проведена катетеризация подключичной вены справа по Сельдингеру. Подключен анестезиологический мониторинг: АД, пульс, SpO₂, температура тела, частота дыхания, мониторинг концентрации углекислого газа в конце выдоха (et CO₂), капнограмма, мониторинг анестезиологических газов, электрокардиографический мониторинг для выявления признаков ишемии миокарда. Инвазивное измерение АД показан больным со значительными колебаниями АД, при выраженных изменениях преднагрузки и постнагрузки. Больному подключен инвазивный мониторинг АД путем катетеризации лучевой артерии, с подключением к монитору NIHON KONDEN BSM 4103 K. Исходная SpO₂ – 84%. После адекватной предварительной оксигенации проводили индукцию анестезии: фентанил 0,005 %-0,1 мг, ардуан 4 мг, рекофол 1%-200 мг листенон-200мг. (препараты вводились медленно, путем титрования во избежание резкого падения АД). Поддержание анестезии – севораном, МАК поддерживалась

в пределах 0.3-0.4 и калипсол по 25 мг через каждые 30-35 мин. Течение наркоза гладкое. Гемодинамика поддерживалась в пределах 100/60 мм. рт. ст.- 90/60 мм. рт. ст., пульс 112-96 уд в мин. (исходное АД 110/60мм.рт.ст, пульс 120уд в мин.) При интраоперационных контрольных лабораторных исследованиях:

Газовый состав артериальной крови - рН 7.41, р CO₂-35, рO₂ – 154. **Оксиметрия:** S O₂ - 99.4. Fi O₂-50%, Hb -85г/л. **Электролиты:** K⁺- 3,0, Na - 145, Ca- 0,60. **Метаболиты:** Gl - 8,2, lac - 0,3. Исходный Hb -101 г/л, Эр- 3,31, Ht-29%. Учитывая интраоперационную кровопотерю – 400мл и снижение Hb до 85 г/л, Ht до 25% - больному проведена гемотрансфузия. Эр. взвесью 0 (1) Rh (пол) - 350 мл. Интраоперационная инфузионная терапия -3000 мл. Диурез-700 мл. Кровопотеря - 400мл. Длительность операции-2 часа 05мин. Длительность анестезиологического пособия - 3 часа 15 мин.

В раннем послеоперационном периоде у условиях ОАРИТ, через 1 час после операции на фоне проводимой ИВЛ, у больного появилась брадикардия, пульс 36 уд в мин. На в/венное введение 1 мг атропина реакции нет. Через 3 минуты от начала брадикардии на мониторе ЭКГ – асистолия. АД-0. Пульса нет. SpO₂ - 25. После проведенных реанимационных мероприятий, через 5 мин сердечная деятельность восстановлена. Состояние больного оставалось крайне тяжелым. На ИВЛ. Гемодинамика нестабильная, поддерживалась адреналином (эпинефрин) в дозе 100 нг/кг/мин. Проводилась медикаментозная седация. В динамике на ЭКГ: Синусовая тахикардия. Нарушение внутрижелудочкового проведения. Синдром ранней реполяризации желудочков. Изменение зубца Т, ишемия нижней стенки. На 4 сутки после операции больной в сознании, экстубирован. Дыхание спонтанное, сохранялась одышка. SpO₂ 96-97%. ЧДД 22-24 дыханий в минуту. Гемодинамические показатели стабилизировались.

АД 120/80 – 130/90 мм. рт. ст. Пульс 105-110 уд в минуту. ЦВД +100,+120 мм. вод. ст. Периодически отмечалось психомоторное

возбуждение. Во время нахождения в ОАРИТ больной получал: обезболивание, а/бактериальную терапию, нитраты, сердечные гликозиды, непрямые антикоагулянты, реопротекторы, инфузионную терапию с коррекцией ВЭБ и симптоматическое лечение. Питание после экстубации-самостоятельное. Состояние больного в динамике улучшилось. В сознании, критика и адекватность снижены. Отсутствует зрение на оба глаза. Зрачки D=S. Фотореакция не улавливается. Фоноция, глотание не нарушены.

В двигательной сфере дефицита нет. Кожные покровы с сероватым оттенком. Одышка умеренная. Гемодинамика стабильная.

На контрольной R-графии грудной клетки: R данные за кардиомегалию. Пневмония разрешена. Гистология опухоли: Эозинофильная аденома гипофиза. На контрольном КТ головного мозга: - Состояние после удаление аденомы гипофиза.

По контрольным лабораторным анализам: Hb-120 г/л. Эр-4.7. Ht- 36%. Тромбоциты - 178. Na-147. K⁺- 4.1. Глюкоза крови-6,4. Мочевина-7,4. креатинин -74. АлТ-0,81. АсТ-0,3. Билирубин-12,0. Осмолярность плазмы- 281. Осмолярность мочи-944. ВСК- 4 мин 20сек. Лактат-2,3. ПВ-18,8. ПО-0,94. МНО-0,94. Фибриноген-5,4. АЧТВ-27,9. ТВ-15,7. На 6 сутки больной переведен в отдел патологии ЦНС. Находился под контролем специалистов: анестезиолога, кардиолога, терапевта, эндокринолога. На 12 сутки после операции больной выписан домой в относительно удовлетворительном состоянии. Время нахождения в ОАРИТ- 5 дней.

Выводы

Проведение оперативного вмешательства в данном случае представляло опасность, так как анестезиологический риск превышал хирургический риск. Проведение анестезиологического пособия при таких пороках сердца с сопутствующими патологиями требует от анестезиолога предельного внимания и осторожности.

ЛИТЕРАТУРА

1. «Сердечно - сосудистая хирургия» Трехпредсердное сердце. В. И. Бураковский, Л.А. Боке-рия. 2002г. С.56-68.
2. «Врожденные пороки сердца » М. Медицина Н.А.Белоконов, В.П. Подзолков. 1996г.С .86-98.
3. «Топографическая анатомия камер и перегородок сердца у лиц зрелого возраста» Ф. Неттер, П.Ф. Лесгафт. 2005г. С. 13-22.
4. «Эмбриогенез предсердно - желудочковых клапанов»
5. И.И. Беришвили. 1996г.С.48-62.
6. «Методика эхокардиографии » В.И.Новиков. 1994. С.6-10.
7. «Врожденные пороки сердца и патофизиология кровообращения» А.Н . Бакулев. РАМН. 2006г. Т-2.С.400.

ТҰЖЫРЫМ

Аталған мақалада сирек кездесетін аденома гипофизі ауруы және туа пайда болған жүрек ақауы бар, жүрегі үш жүрекшеден тұратын науқасқа жансыздандыру жүргізу оқиғасы сипатталған. Науқастың туа пайда болған жүрек ақауы мен жүректің үш жүрекшеден тұратыны науқастың ересек кезінде анықталды. Өзіміздің әріптестеріміздің назарларына сәтті өткен трансназальды транссфеноидальды эндоскопиялық тәсілмен аденоманы алу операциясының барысында жансыздандыру тәсілдері мен реанимация шаралары көрсетілген. Операцияның алдында науқас Алматы қаласында орналасқан Сызғанов атындағы Кардиохирургиялық

Орталықта зерттеуден өтті (атап айтқанда ЭХОКТ - эхокардиография зерттеуі). Аталған Орталықта туа пайда болған жүрек ақауы, үш жүрекшеден тұратын жүрек диагнозы расталған. Операция барысында жансыздандыру қауіпі хирургиялық қауіпке қарағанда жоғары болды. Жансыздандыру тәсілі бір қалыпты өтті. Операция аяқталғаннан кейін науқастың жүрегі тоқтап, реанимациялық шаралар өткізілді, өмірге қайтару шаралардың нәтижесі оң болды. Науқас емханадан 12 күннен кейін шығарылды.

Негізгі сөздер: аденома гипофизі, үш жүрекшеден тұратын жүрек, анестезия.

РЕЗЮМЕ

В данной статье описан редкий случай ВПС (врожденного порока сердца), трехпредсердное сердце у пациента с аденомой гипофиза. Диагноз ВПС и трехпредсердное сердце у пациента было обнаружено в зрелом возрасте. Вниманию своих коллег представляем успешное анестезиологическое пособие и постреанимационное ведение больного после операции – удаление аденомы гипофиза эндоскопическим трансназальным транссфеноидальным способом. Перед операцией пациент обследовался в Кардиохирургическом Центре

имени Сызганова в г. Алматы (ЭХОКГ). В центре подтвержден диагноз ВПС, трехпредсердное сердце. Анестезиологический риск при проведении операции превышал хирургический. Течение анестезиологического пособия гладкое.

В раннем послеоперационном периоде у пациента произошла асистолия, реанимационные мероприятия прошли успешно. Пациент выписан из клиники на 12 сутки.

Ключевые слова: трехпредсердное сердце, аденома гипофиза, анестезия