



Межрегиональное Общество
Детских Кардиохирургов
Общество специалистов по врожденным порокам сердца

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ С ГИПОПЛАЗИЕЙ ДУГИ АОРТЫ.

Орлов В.Е., Соболев Ю.А., Гиска В.В.

ГБУЗ НО «НИИ-Специализированная кардиохирургическая клиническая больница имени академика Б.А. Королева», Нижний Новгород, Российская Федерация.

5-й Всероссийский съезд

детских кардиохирургов и специалистов
по врожденным порокам сердца



Цель работы:

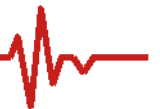
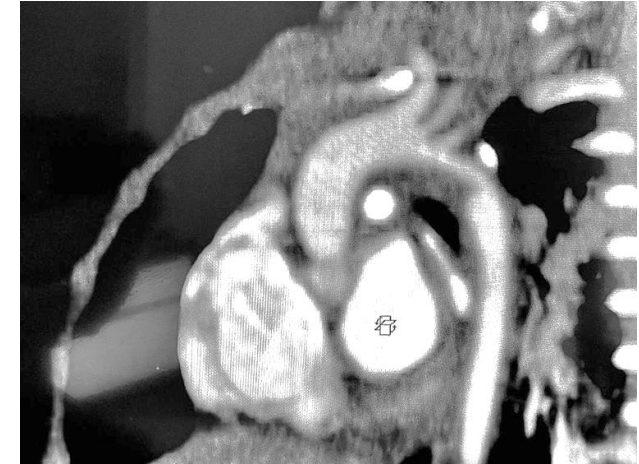
- Целью настоящего исследования является разработка научно обоснованных рекомендаций по выбору хирургической тактики (резекция с анастомозом, пластика дуги аорты, одномоментное устранение сопутствующих пороков сердца) для пациентов с коарктацией аорты и гипоплазией её дуги.





Материалы и методы:

- Всего с 2015г. по 2025г. выполнено 32 операции (31 первичная, 1 повторная). С искусственным кровообращением 27 и без ИК – 5. Операции больным без ИК выполнялись левосторонним боковым доступом в 4 м/р. Все операции с ИК выполнялись через срединную стернотомию с селективной церебральной перфузией. 10 операций в условиях нормотермии, 17 в условиях умеренной гипотермии (26 гр.). Возраст оперированных больных: минимальный 1 сутки, максимальный - 7 лет. 17 больных оперировано в возрасте до 1 мес., 10 больных в возрасте до 1г., 5 - старше 1г. Среднее время перфузии 148 мин., время пережатия аорты 58 мин., время селективной церебральной перфузии 43 мин. Градиент давления между восходящей и нисходящей аортой до операции варьировал от 70 мм рт. ст. до 100 мм рт. ст., после операции от 5 мм рт. ст. до 16 мм рт. ст. В 15 случаях одномоментно устранялись сопутствующие пороки сердца: 8 дефектов межпредсердной перегородки, 7 дефектов межжелудочковой перегородки.



Результаты и обсуждения:

Ранние и отсроченные послеоперационные осложнения:

- Наиболее частое послеоперационное осложнение – острая сердечная недостаточность (7 случаев), а также полиорганная недостаточность (3 случая). Это связано с исходно тяжелым, часто критическим состоянием больных, обусловленным ОССН, низкой фракцией выброса левого желудочка, электролитными нарушениями, ацидозом, анурией. Как следствие – тяжелый послеоперационный период, требующий продленной ИВЛ, инотропной стимуляции миокарда, в некоторых случаях проведения перитонеального диализа. В послеоперационном периоде погибло 2 больных, что составило 6,2%. В первом случае (больной в возрасте 1 мес.), смерть наступила на 7 день после операции от мозговой комы, вследствие ВЖК, во втором случае (больной в возрасте 1 день), от полиорганной недостаточности в первые сутки после операции (исходно тяжелое состояние ребенка, фракция выброса левого желудочка менее 30%, анурия, ацидоз). Среди отдаленных осложнений следует отметить увеличение градиента давления на 10-12 мм рт. ст. у 10 пациентов, не превышающий 20 мм рт. ст. В одном случае отмечалось увеличение градиента давления через 3 года после операции с 11 мм рт. ст. до 43 мм рт. ст., что потребовало повторной операции, после которой градиент давления снизился до 6 мм рт. ст. Операция проводилась левосторонним боковым доступом, в область дистального анастомоза (зона рестеноза) была имплантирована заплата из ксеноперикарда.

Отдаленные результаты

- Факторы риска развития рестеноза после хирургической коррекции коарктации аорты с гипоплазией дуги включают технику операции и возраст пациента. Риск рестеноза возрастает при наличии остаточного градиента давления более 20 мм рт.ст. в раннем послеоперационном периоде. Из 31 оперированного пациента значимый рестеноз возник лишь в одном случае, потребовавшей повторной операции. Динамика артериальной гипертензии в отдаленном периоде после коррекции коарктации с гипоплазией дуги остается сложной проблемой. По нашим наблюдениям, у детей оперированных в возрасте до 1г, артериальная гипертензия в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде не отмечалась. Умеренная артериальная гипертензия отмечалась у больного 7 лет в течение 1 года после операции, требующая приема гипотензивных препаратов. В дальнейшем АД нормализовалось, гипотензивные препараты были отменены. Также артериальная гипертензия отмечалась у больного с рестенозом, сформировавшемся через 3г после операции. После выполнения повторной операции, артериальное давление нормализовалось в течение 6 месяцев наблюдения. Все больные после радикальной коррекции в раннем возрасте имели показатели физического и психического здоровья, сопоставимые с общей популяцией.



Заключение (выводы):

- Своевременное оперативное лечение коарктации аорты с гипоплазией дуги является эффективным методом устранения тяжелых осложнений.
- Возраст пациента не является противопоказанием к операции.
- Хирургический доступ определяется необходимостью применения искусственного кровообращения, выраженности и анатомических особенностей гипоплазии дуги аорты.
- Оптимальный возраст для операции определяется состоянием пациента, гемодинамическими изменениями и риском отсрочки оперативного лечения.
- Наиболее благоприятный период для операции возраст до 1 года.
- Новорожденные пациенты с критической коарктацией и гипоплазией дуги аорты должны быть оперированы по экстренным показаниям.
- Сопутствующие пороки сердца не являются противопоказанием к операции и могут быть устранены одномоментно или вторым этапом при необходимости.
- Селективная церебральная перфузия с умеренной гипотермией является надежным методом защиты во время операции.

