



Межрегиональное Общество
Детских Кардиохирургов

Общество специалистов по врожденным порокам сердца

Унифокализация легочного кровотока легочным аллогraftом у пациента с атрезией легочной артерии 2 типа.

Плотников М. В., Барков И.В.,
Смирнов С.М., Ибрагимов С.В., Шелатонова Е.А., Колесников В.Н.
Астрахань

5-й Всероссийский съезд

детских кардиохирургов и специалистов
по врожденным порокам сердца



Цель: Предоставить клинический случай унифокализации легочного русла легочным проксимализированным аллогraftом пациенту с атрезией легочной артерии 2-3 типа, БАЛК.

- **Клинический случай.** Пациент, возрастом 1 г. 10 мес., весом 8,3 кг. поступил с жалобами на утомляемость и одышку при кормлении и физических нагрузках, плохие весовые прибавки, цианоз при плаче. При осмотре - признаками гипоксемии (Sat O₂ 80%), сердечной недостаточности (NYHA 2). По данным ЭХОКГ, МСКТ сердца и крупных сосудов с контрастированием, зондирования полостей сердца ангиопульмонографии установлен Д-з: ВПС. Атрезия легочной артерии 4 тип - клапан ЛА, ствол и главные ЛА не определяются. ДМПП 0,56см. ДМЖП субаортальный до 1,1см. Декстрапозиция аорты 50%. Дуга и нисходящая часть аорты правоположащие. Расширение корня аорты. Кровоснабжение легких за счет БАЛК (БАЛК к левому легкому имеют участки сужения).
- Ребенку была выполнена унифокализация легочного русла с протезированием ствола и клапана легочной артерии легочным проксимализированным аллогraftом №14 с закрытием дефекта межжелудочковой перегородки фенестрированной заплатой в условиях гипотермической перфузии, корвяной фармакоолодовой кардиopleгии с дополнительным доступом к грудной аорте (с целью мобилизации БАЛК) через левостороннюю торакотомию. Из особенностей операции: выявлены ветви истинных легочных артерий, не конfluэнтные с БАЛК. Время ИК -235 мин., окклюзии аорты – 36 мин., t -32 град. С.
- Послеоперационный период протекал без осложнений, пациент находился в АРО 2-е суток, выписан на 14-е сутки. Период наблюдения составляет 10 мес. Самочувствие удовлетворительное, Sat O₂ 97 %. На контрольном ЭХОКГ максимальный систолический градиент ПЖ/ЛА 12 мм рт. ст., средний 7 мм рт. ст. Легочная регургитация 1 ст. Гипоплазия ПВЛА 4,6 мм- Z Score - 3,2; максимальный градиент на ПВЛА 25 мм рт. ст., средний 19 мм рт. ст. ЛВЛА неоптимальная визуализация с максимальным гр 34 мм рт. ст., средним 20 мм рт. ст. Фистула на заплате МЖП (расположена подартериально) диаметром до 4 мм, сброс лево- правый с градиентом 69 мм рт. ст. Дилатация корня и Восх. Ао: ФКАо 18 мм- Z Score + 4,6; СВ 22 мм- Z Score + 3,5; Восх. Ао 22 мм- Z Score + 5,3. ГМПЖ. ОО 3,5 мм, сброс лево- правый. Сократительная способность миокарда ЛЖ в норме. Сократительная способность миокарда ПЖ умеренно снижена- TDI ФКТК 8,5 см/сек. Аортальная регургитация 1 ст. Митральная регургитация 1 ст. Трикуспидальная регургитация 1 ст. Правоположащая дуга Ао без признаков обструкции (кровотоков в БА магистрально- неизмененный)





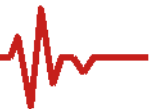
Межрегиональное Общество
Детских Кардиохирургов
Общество специалистов по врожденным порокам сердца

Исходные данные МСКТ и ангиопульмонографии



5-й Всероссийский съезд

детских кардиохирургов и специалистов
по врожденным порокам сердца

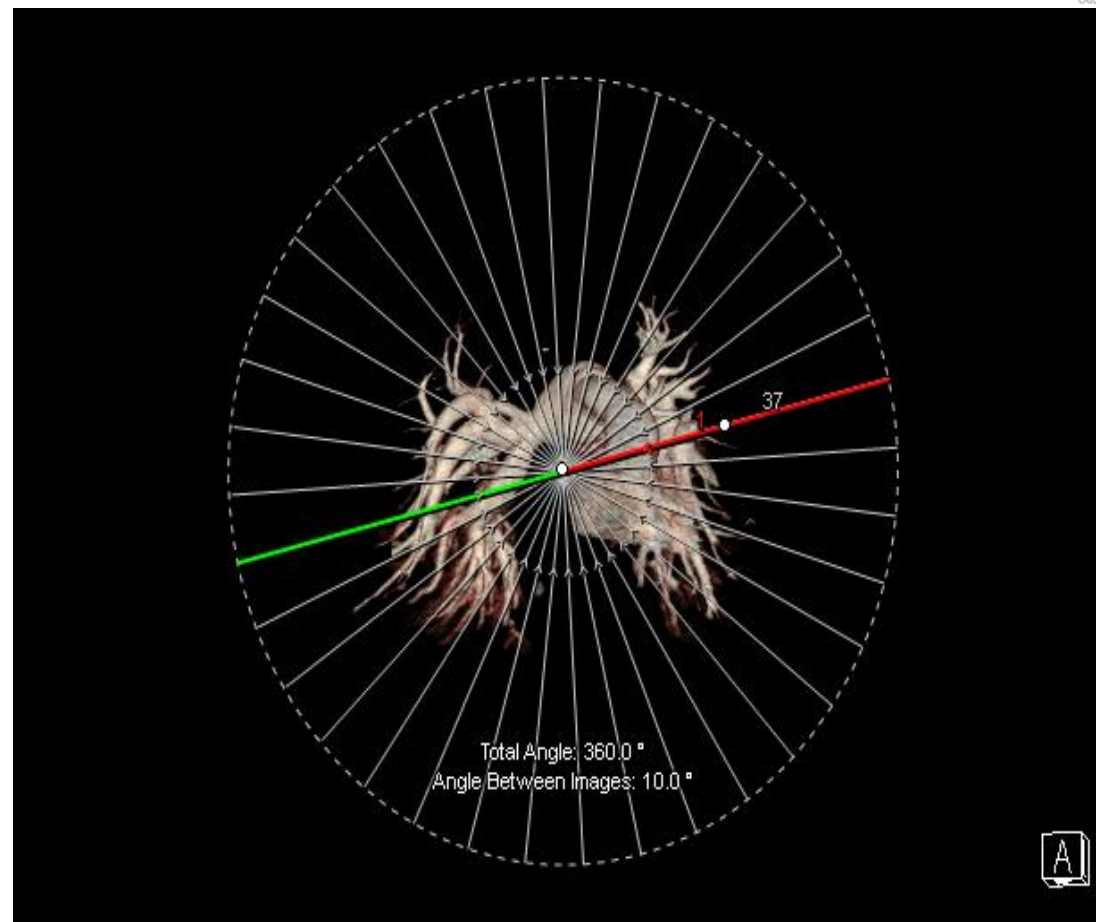
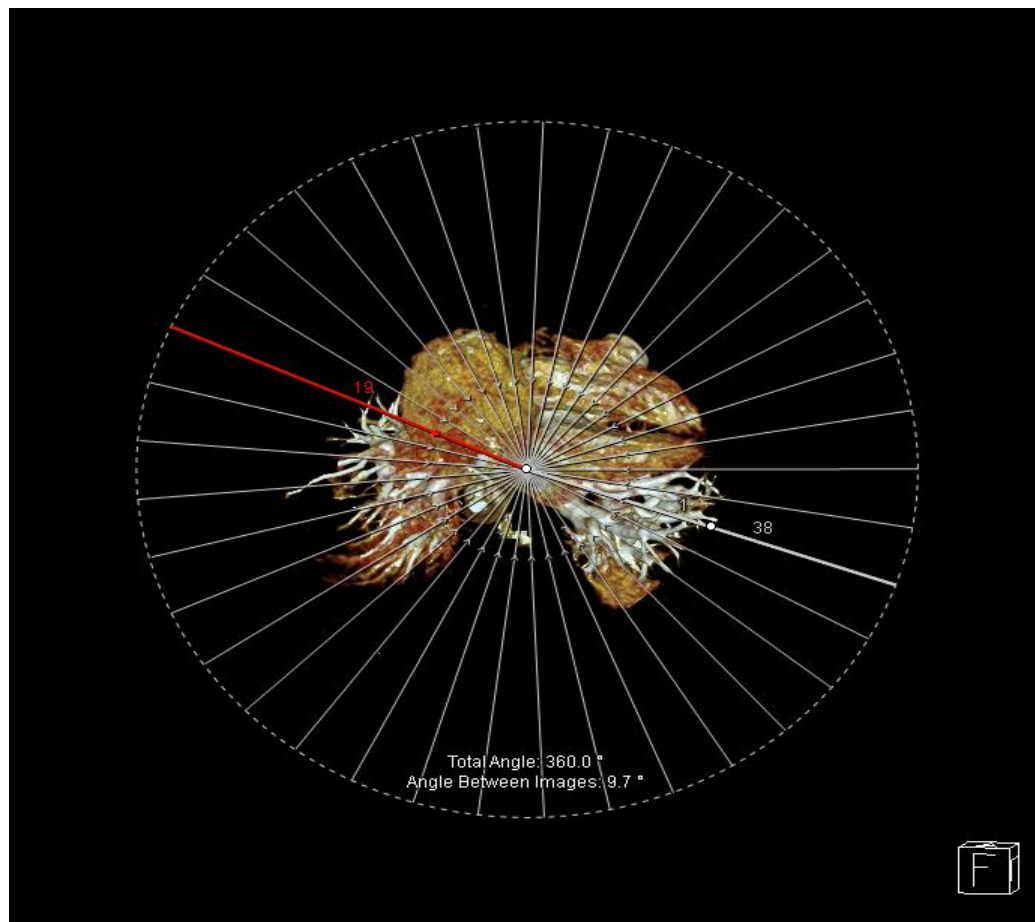




Межрегиональное Общество
Детских Кардиохирургов

Общество специалистов по врожденным порокам сердца

МСКТ после операции



5-й Всероссийский съезд

детских кардиохирургов и специалистов
по врожденным порокам сердца



Выводы. Успешная унифокализация легочного русла при атрезии легочной артерии остается сложной хирургической задачей. Использование клапансодержащего кондуита, наложение фенестрированной заплаты на дефект межжелудочковой перегородки, а так же дополнительный доступ к грудной аорте через левостороннюю торакотомию, может значительно улучшить течение раннего послеоперационного периода и конечный результат.

