



ГБУЗ НО «НИИ - Специализированная кардиохирургическая клиника больницы имени академика Б.А. Королёва»
Нижний Новгород, Российская Федерация



Межрегиональное Общество
Детских Кардиохирургов
Общество специалистов по врожденным порокам сердца

«ШАНС НА ВЫЖИВАНИЕ: ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИТИЧЕСКОЙ КОАРКТАЦИИ С ГИПОПЛАЗИЕЙ ДУГИ АОРТЫ БЕЗ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА»

Соболев Ю.А., Орлов В.Е., Гиска В.В.

Тюмень 2025

5-й Всероссийский съезд

детских кардиохирургов и специалистов
по врожденным порокам сердца



Цель работы:

Представить два клинических случая хирургического лечения критической коарктации аорты с гипоплазией дуги аорты без искусственного кровообращения у детей с низкой фракцией выброса левого желудочка.



Клинические случаи

Ребенок Я. 30 дней.

Вес при рождении 3.500г., рост 55 см.

- После рождения состояние стабильное, ребенок на спонтанном дыхании, кожа розовая. Выписан из родильного дома домой.
- Находился под наблюдением педиатра, на грудном вскармливании. Не прибывал в весе.
- 23.12.2025 в ЦРБ по ЭХО-КГ заподозрена критическая коарктация аорты. По экстренным показаниям переведен в НИИ «СККБ имени академика Б.А. Королёва».
- По результатам обследования установлен диагноз критической коарктации с гипоплазией дуги аорты (Z-score - 3.0). **ФВ ЛЖ составила 23%.**
- 24.12.25. выполнена резекция коарктации аорты с наложением косого расширенного анастомоза к дуге аорты. Операционный доступ – левосторонняя задне-боковая торакотомия. Перфузия головного мозга осуществлялась спонтанной сердечной деятельностью через правую общую сонную артерию. Контроль сатурации в полушариях головного мозга проводился путем транскраниальной пульсоксиметрии.
- Ребенок экстубирован на 4 послеоперационные сутки. По результатам динамического наблюдения в течение 6 месяцев: магистральный кровоток в брюшной аорте, ГД на перешейке – 10 мм рт.ст. ФВ ЛЖ = 68%.

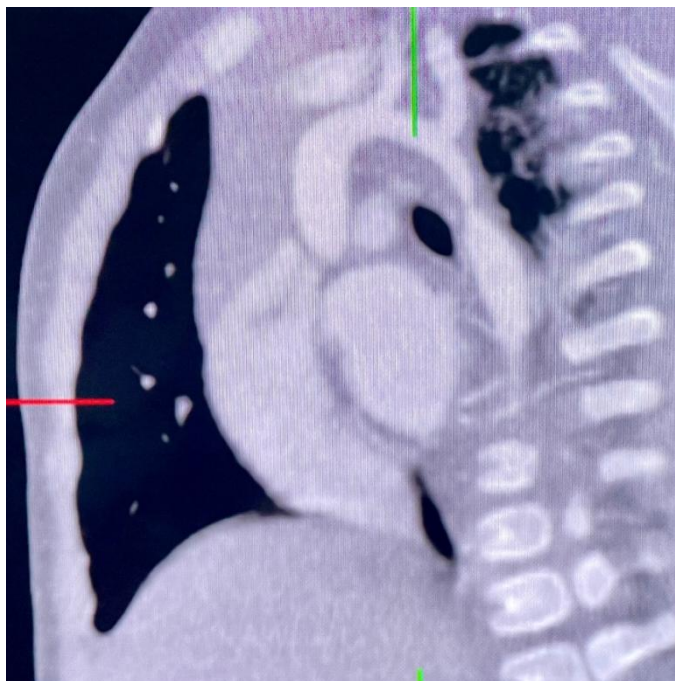
Ребенок К. 8 дней.

Вес при рождении 2.600 гр, рост 49 см.

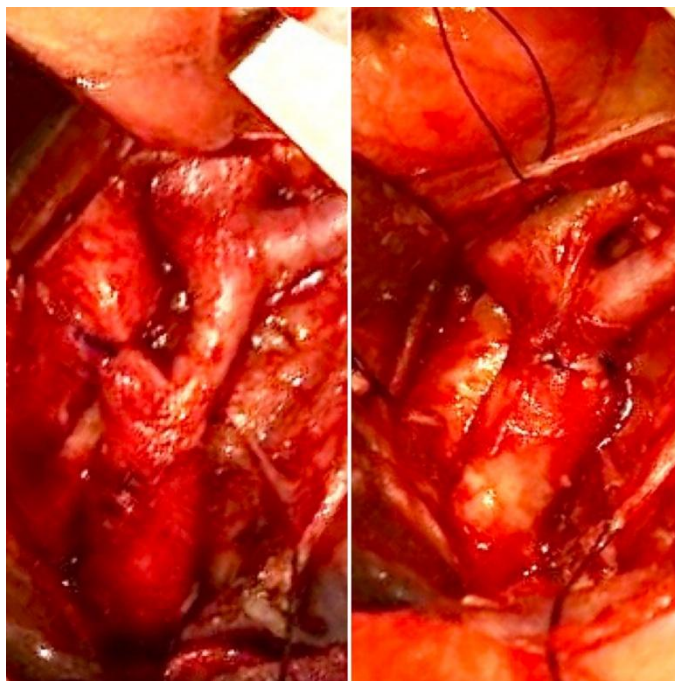
- Врожденный порок сердца пренатально не диагностирован. Поступил в ОРИТ ДГКБ №1 экстренно из дома 03.03.26.
- Со слов мамы с 20 ч появилось беспокойство, отказ от груди, около 22 ч появилась вялость, бледность кожных покровов, цианоз слизистых. По экстренным показаниям переведен в НИИ «СККБ имени академика Б.А. Королёва».
- При поступлении состояние ребенка крайней степени тяжести. ИВЛ, анурия в течение 6 часов. В анализах – не купируемый ацидоз.
- По результатам обследования установлен диагноз критической коарктации с гипоплазией дуги аорты (Z-score - 3.0). **ФВ ЛЖ составила 26%.**
- 04.03.25. по жизненным показаниям выполнена резекция коарктации аорты с наложением косого расширенного анастомоза к дуге аорты без искусственного кровообращения. В брюшную полость был установлен катетер для проведения перитонеального диализа. Спонтанный диурез восстановлен на 2-е сутки.
- 11.03.25г переведен на долечивание в детскую городскую больницу. Экстубирован на 10-е сутки. По результатам динамического наблюдения в течение 4-х месяцев: магистральный кровоток в брюшной аорте, ГД на перешейке – 9 мм рт.ст. ФВ ЛЖ = 58%.



Клинические случаи



МСКТ



Резекция с анастомозом
«конец в конец»



Резецированный участок



Заключение

Хирургическое лечение критической коарктации аорты с гипоплазией дуги у новорожденных детей с низкой фракцией выброса ЛЖ без искусственного кровообращения эффективно снижает постнагрузку на левый желудочек.

Это позволяет не только восстановить сократительную способность сердца, но и дает хороший непосредственный гемодинамический результат коррекции без дополнительных рисков, связанных с проведением унлатеральной перфузии головного мозга, гипотермической перфузии и периода аноксии левого желудочка.

