

кортикоидов, симптоматическую терапию привела к выздоровлению всех пациентов. Ни у кого из пролеченных детей не развилось осложненный абдоминального синдрома.

Литература:

1. Лыскина, Г.А. Некоторые аспекты развития, течения и лечения болезни Шенлейна–Геноха у детей / Г.А.Лыскина, Г.А.Зиновьева. – Педиатрия. – 2010. – Т. 89, № 6. – С. 131–136.
2. Гематология детского возраста: учебное пособие / Н.С.Парамонова [и др.]. – Гродно: ГрГМУ, 2013. – 228 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО НАЛОЖЕНИЯ АОРТО-ЛЕГОЧНОГО АНАСТОМОЗА

Линник Ю.И., Дроздовский К.В., Башкевич А.В.,
Дедович В.В., Чеснов Ю.М., Королькова Е.В.,
Турчинова И.Г., Евграфова Л.В.

*ГУ «Республиканский научно-практический центр
детской хирургии», Минск*

Введение. Оптимальным методом лечения пациентов с тетрадой Фалло является радикальная коррекция порока, направленная на восстановление нормальной анатомии сердца и сосудов. В последнее время многие кардиохирургические центры стали выполнять первичную радикальную коррекцию тетрады Фалло, в том числе и у пациентов в возрасте до 1 года [2]. Однако высокий риск её выполнения в раннем возрасте, исходно тяжелое состояние пациентов и анатомически, сложный вариант порока часто диктует необходимость паллиативных операций при лечении тетрады Фалло [1,3]. В детской кардиохирургии применяют межсистемные аорто-легочные анастомозы, хирургическая техника которых достаточно хорошо отработана. В настоящее время наиболее распространён модифицированный аорто-легочный анастомоз по Блелок-Тауссиг с использованием протезов из политетрафторэтилена.

Цель исследования – оценить результаты хирургического лечения тетрады Фалло у детей после выполнения аорто-легочных анастомозов в качестве паллиативного хирургического лечения.

Материал и методы исследования. В качестве объекта исследования были выбраны пациенты детского возраста, перенесшие радикальную коррекцию тетрады Фалло после предварительного выполнения аорто-легочных анастомозов и находившиеся на лечении в детских кардиохирур-

гических отделениях Детского кардиохирургического центра (РНПЦ детской хирургии) с 2010 года. Численность сформированной группы составила 26 человек. Возраст пациентов перед наложением системно-легочных анастомозов, колебался от 13 сут. до 6 мес. и составил в среднем $2,4 \pm 0,72$ мес. Масса пациентов варьировала от 2,9 до 7,1 кг, в среднем составив $4,8 \pm 0,94$ кг.

Результаты и их обсуждение. Всем пациентам в качестве паллиативного метода хирургического лечения было выполнено наложение модифицированного анастомоза по Блелок-Тауссиг с использованием протезов из политетрафторэтилена диаметром от 3,0 до 4,0 мм. Оперативные вмешательства производились из срединного стернотомного доступа в условиях искусственного кровообращения. В 2-х (7,7%) случаях в раннем послеоперационном периоде потребовались повторные операции по замене шунта из-за его тромбоза (1 случай) и окклюзии правой ветви легочной артерии (1 случай). Уровень исходной сатурации артериальной крови соответствовал медиане 73% (60–85%). Медиана размера клапана легочной артерии перед паллиативным этапом коррекции составила 4,7 мм (3,7–8,2). Остальные данные об исходной морфологии системы легочной артерии отражены в таблице 1.

Таблица 1.– Оценка степени гипоплазии системы легочной артерии перед выполнением паллиативной коррекции тетрады Фалло.

Анатомическая структура	Медиана Z-score	Интервал Z-score
Клапан легочной артерии	-6,7	-9,7÷-5,4
Правая ветвь легочной артерии	-3,7	-6,8÷-1,9
Левая ветвь легочной артерии	-4,9	-7,9÷-2,4

Медиана показателя индекса Nakata перед началом хирургического лечения составила $86 \text{ мм}^2/\text{м}^2$ (61–117). После наложения аорто-легочного анастомоза по Блелок-Тауссиг был зарегистрирован подъем уровня сатурации в артериальной крови с 73% до 94% ($p=0,008$). Случаев летального исхода в раннем или отдаленном периоде не отмечено. Медиана длительности пребывания в отделении интенсивной терапии составила 8 суток (5–23). Структура ранних послеоперационных осложнений (15,4%) после наложения аорто-легочного анастомоза по Блелок-Тауссиг была представлена тромбозом шунта (3,8%), окклюзией ветви легочной артерии (3,8%), медиастинитом (3,8%) и нестабильностью грудины (7,7%) Возраст больных, которым вторым, этапом была выполнена радикальная коррекция, тетрады Фалло, колебался от 9 мес. до 3,5 лет и составил в среднем $19,5 \pm 2,33$ мес. Масса, пациентов варьировала, от 7,3 до 14,5 кг в среднем составив $11,4 \pm 1,17$ кг. Уровень сатурации артериальной крови перед радикальной коррекцией соответствовал медиане 92% (85–96%). Данные о морфологии системы легочной артерии отражены в таблице 2.

Таблица 2. – Оценка степени гипоплазии системы легочной артерии перед выполнением радикальной коррекции тетрады Фалло

Анатомическая структура	Медиана Z-score	Интервал Z-score
Клапан легочной артерии	-2,7	-3,6÷-0,9
Правая ветвь легочной артерии	-0,8	-2,5÷0,1
Левая ветвь легочной артерии	-1,5	-4,2÷-0,2

Медиана показателя индекса Nakata перед началом радикального хирургического лечения составила $150 \text{ мм}^2/\text{м}^2$ (123–231). В 3-х (11,5%) случаях перед радикальной коррекцией ВПС потребовалось выполнение решунтирующих операций (по причине гипофункции шунта) с пластикой ветвей ЛА. У большинства больных после радикальной коррекции тетрады Фалло, выполненной после паллиативных вмешательств, ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Продолжительность ИВЛ колебалась от 5 до 128 часов и составила в среднем $19,8 \pm 4,7$ часов. Структура ранних послеоперационных осложнений представлена в таблице 3.

Таблица 3. – Основные послеоперационные осложнения при радикальной коррекции тетрады Фалло после паллиативных вмешательств

Характер осложнения	Число осложнений	%
Послеоперационное кровотечение	1	3,8
Атриовентрикулярная блокада 3 ст.	2	7,7
Релаксация купола диафрагмы	2	7,7
Экссудативный плеврит	3	11,5
ВСЕГО:	8	30,8

Выводы. Все вышеизложенное вызывает обоснованную неудовлетворённость результатами «традиционного» паллиативного хирургического лечения и способствуют поиску методов, которые позволили бы улучшить состояние больных, более тщательно подготовить их к выполнению радикальной коррекции порока, оставаясь при этом минимально травматичными и относительно безопасными. В настоящее время наиболее перспективным методом лечения максимально соответствующим заявленным требованиям видится рентгеноэндоваскулярное стентирование выходного отдела правого желудочка.

Литература:

1. Arciniegas E., Farooki Z.Q., Hakimi M., Perry B.L., Green E.W. Classic shunting operations for congenital cyanotic heart defects // J.Thorac. Cardiovasc. Surg.–1982. –Vol. 84.–P.88
2. Arciniegas E., Farooki Z.Q., Hakimi M., Perry B.L., Green E.W. Early and late results of total correction of tetralogy of Fallot // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 1980.–Vol.80.–P.770

3. Alkhulaifi A.M., Lacour-Gayet F., Serraf A., Belli E., Planche C. Systemic pulmonary shunts in neonates: early clinical outcome and choice of surgical approach // Ann. Thorac. Surg. –2000. –Vol. 69. – P.1499–1504

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДИСТРОФИЧЕСКОГО КАЛЬЦИНОЗА КРИОКОНСЕРВИРОВАННОГО АЛЛОПЕРИКАРДА

Линник Ю.И., Кололо Д.А., Дроздовский К.В.

*Республиканский научно-практический центр детской хирургии,
Минск*

Введение. Современная сердечно-сосудистая хирургия невозможна без использования различных пластических материалов, как синтетических, так и биологических. За более чем 50-летнюю ее историю в мире накоплен огромный опыт использования различных биологических тканей: аутоперикарда, ксеноперикарда, твердой мозговой оболочки и т.д.

Наиболее подходящим биологическим материалом по биосовместимости и антигенной структуре, безусловно, являются ткани человека. В экспериментах и клинике были опробованы различные аутологичные ткани, из которых только большая подкожная вена нижних конечностей и внутренняя грудная артерия используются как материал выбора для аортокоронарного шунтирования [1]. Применение твердой мозговой оболочки и широкой фасции бедра потерпело полную неудачу, так как клапаны, изготовленные из этих материалов, кальцинировались и разрушались в течение первых лет после имплантации. Оптимальным пластическим материалом в детской кардиохирургии является фиксированный аутоперикард. Однако возможность его применения существует только при первичных операциях.

Последнее время в кардиохирургической практике в Республике Беларусь широко используется фиксированный ксеноперикард [2]. Тем не менее, его применение выявило и проблемы, связанные с худшими по сравнению с аутоперикардом пластическими и гемостатическими свойствами ввиду более высокой ригидности. В то же время у новорожденных его использование проблематично ввиду относительно большой толщины, а после применения фиксированного ксеноперикарда для реконструкции легочной артерии образуется неоинтима с последующей обструкцией просвета сосуда и необходимостью повторной операции. Нельзя не отметить и тот факт, что биодegradация ксеноперикарда выше, чем у ауто- и аллотрансплантатов. Мы считаем, что одним из наиболее перспективных пластических материалов может стать криоконсервированный аллоперикард.