

ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ТЕЧЕНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЗАКРЫТИИ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

С.М. Тосунян

*Национальный институт здравоохранения им. С.Х. Авдалбекяна МЗ РА,
Медицинский центр "Норк-Мараш"
375051 Ереван, пр. Комитаса 49/4*

Ключевые слова: врожденные пороки сердца, оперативное лечение, осложнение, перикардиальный выпот

Дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) является одним из наиболее распространенных врожденных пороков сердца (ВПС) и составляет 5–10% всех случаев ВПС [5]. Этот процент выше среди населения, живущего в условиях высокогорья [3], составляющего большую часть территории нашей республики. Несмотря на наличие бескровных методов закрытия ДМПП [6], многие центры продолжают отдавать предпочтение хирургической коррекции порока [1,3]. Хирургический метод лечения достаточно эффективен и безопасен (летальность составляет менее 1%) [5], но не лишен осложнений. Среди последних чаще имеют место нарушения ритма сердца, резидуальный кровоток на дефекте, тромбоэмболия. Перикардиальный выпот (ПВ) нередко наблюдается после открытых операций на сердце [2,7] и может привести к тампонаде сердца [4], однако данных о частоте ПВ после хирургической коррекции ДМПП в доступной нам литературе мы не нашли.

Целью нашей работы является анализ ближайших результатов хирургического лечения больных с ДМПП.

Материал и методы

За период с 1993 г. по июль 2001 г. в нашем центре прооперировано 120 больных с ДМПП в возрасте от 1 до 19 лет (средний возраст – 8,8 лет). Распределение по полу было равным. У 97 больных ДМПП имел центральную локализацию, у 23 – располагался у верхнего края перегородки (типа *sinus venosus*), при этом у большинства из последних (20) был выявлен также частичный аномальный дренаж легочных вен в правое предсердие или верхнюю полую вену. У 11 детей ДМПП сочетался с пролапсом митрального клапана без сопутствующей регургитацией, у 5 – со стенозом легочной артерии, у 2 – с открытым артериальным протоком. Операция проводилась в условиях умеренной гипотермии с использованием АИК. ДМПП у 40 больных закрывался с помощью заплаты из аутоперикарда, у остальных – простым зашиванием. Одновременно проводилась коррекция сопутствующих ВПС. Леталь-

ных исходов не было. Среднее время пребывания больного в отделении интенсивной терапии составило $46,6 \pm 19,5$ часов.

Всем больным до и после операции помимо общеклинического обследования проводилась рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ, одно- и двумерная, цветная и доплер-ЭхоКГ.

Результаты и обсуждение

У большинства больных до операции отсутствовали явные симптомы, лишь некоторые родители отмечали у своих детей частые простудные заболевания, недостаточную прибавку в весе, одышку и быструю утомляемость при физической нагрузке. Ни один больной до операции не получал медикаментозного лечения.

При регистрации ЭКГ в 86% случаев выявлялись различные нарушения: отклонение электрической оси вправо, неполная блокада правой ветви пучка Гиса, признаки гипертрофии правого желудочка. У 70% больных с ДМПП рентгенологически определялась кардиомегалия и умеренная гиперволемиа сосудистого рисунка легких.

Эхокардиографически у всех больных с ДМПП до операции наблюдалась умеренная либо выраженная дилатация правого желудочка, которая нормализовалась в сроки от 7 до 120 дней (в среднем 33,5 дней) после устранения порока. Все больные также имели незначительную трикуспидальную регургитацию относительного характера, которая исчезала параллельно с нормализацией размеров правого желудочка. У 5 (4,2%) детей в раннем послеоперационном периоде отмечались преходящие нарушения ритма сердца: слабость синусового узла (4) и атриовентрикулярная блокада II степени (1). Указанные нарушения ритма сердца, вероятно, были обусловлены хирургической агрессией, не требовали дополнительного вмешательства и исчезали самостоятельно. Ни у одного больного в послеоперационном периоде не был обнаружен резидуальный кровоток на месте прежнего дефекта.

На 2–3 сутки после операции у 84 (70%) больных эхокардиографически был выявлен ПВ. Нами был проведен сравнительный анализ частоты встречаемости ПВ после хирургической коррекции других распространенных ВПС. Оказалось, что ПВ после коррекции ДМПП наблюдался достоверно чаще, чем после хирургического лечения тетрады Фалло и дефекта межжелудочковой перегородки, соответственно в 1,9 и 3,7 раза. Возможно, это обусловлено гемодинамическими различиями, возникающими при этих ВПС, но убедительного объяснения этого феномена у нас пока нет, что требует дальнейших исследований. Необходимо отметить, что несмотря на большое количество ПВ, многие пациенты чувствовали себя удовлетворительно. Лишь некоторые больные отмечали слабость, боли в грудной клетке, субфебрильную температуру, характерные для ПВ.

Больные с ПВ подвергались более тщательному эхокардиографическому контролю (1–3 раза в день), и половине из них в связи с нарастанием ПВ назначалась медикаментозная терапия. Помимо консервативного лечения, 3 больным был выполнен перикардиотомия, поскольку эхокардиографически было обнаружено огромное количество ПВ и имела реальная угроза развития тампонады сердца.

С целью избежания развития правожелудочковой сердечной недостаточности, нарушений ритма сердца, парадоксальной эмболии сосудов головного мозга, высокой легочной гипертензии у больных с ДМПП, рекомендуется коррекция порока в детском возрасте, хотя описаны случаи закрытия дефекта у пациентов старше 60 лет [1,3,5].

Кроме того, коррекция ДМПП приводит к нормализации размеров правого желудочка и устранению трикуспидальной недостаточности относительного характера. Однако в послеоперационном периоде у большинства больных с ДМПП чаще, чем при других ВПС, наблюдается ПВ, который может быть чреват тяжелыми последствиями.

Учитывая невыраженность клинической симптоматики ДМПП необходимо проводить ЭхоКГ контроль в динамике, что обеспечивает почти 100% выявление ПВ. Нарастание ПВ требует назначения медикаментов, а в некоторых случаях и проведения перикардиоцентеза.

Поступила 05.12.01

ՄԻՋՆԱՆՍԱՐՏԱՅԻՆ ՄԻՋՆԱԳԱՍԻ ԴԵՖԵԿՏԻ ՀԵՏՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ԸՆԹԱԾՔԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Ս.Մ.Թոսունյան

Հետապնդվել են 120 հիվանդ, որոնց կատարվել է վիրահատական ճանապարհով միջնախասրտային միջնապատի դեֆեկտի (ՄՄԴ) փակում: Հիվանդների տարիքը եղել է 1-19 տարեկան. 97 հիվանդ ենթարկվել են կենտրոնական 23 □ sinus venosus type ՄՄԴ փակում: ՄՄԴ արդյունքում զարգացել է աջ փորոքի լայնացում և եռփեղք փականի հարաբերական անբավարարություն: Հետվիրահատական շրջանում հիվանդների մեծամասնության մոտ հայտնաբերվել է հեղուկ պերիկարդի խոռոչում: Հիվանդներին նշանակվել է դեղորայքային բուժում, առանցիկ դեպքերում՝ պերիկարդիոցենտեզ:

PECULIARITIES OF THE POSTOPERATIVE COURSE AT SURGICAL CLOSURE OF ATRIAL SEPTAL DEFECT

S.M.Tosunyan

The results of surgical closure of atrial septal defect (ASD) in patients aged between 1 to 19 years are presented. In 97 patients central ASD and in 23 – sinus venosus type ASD closure was conducted. ASD closure resulted in restoration of right ventricle size and elimination of tricuspid insufficiency. However, the postoperational period for the majority of patients was complicated by pericardial effusion, which required EchoCG monitoring, medication therapy, sometimes pericardiocentesis.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белокопъ Н.А., Подзолков В.П. Врожденные пороки сердца. М., 1991.
2. Dziadulewicz L., Shannon-Stone M. AACN Clinical Issues, 1995, 6 (3), p. 464.
3. Fyler C.D. Nada's pediatric cardiology. Mosby, 1992.
4. Palacios J.F. Cur.Treat. Options Cardiovasc. Med., 1999, 1 (1), p. 79.
5. Park M.K. Mosby, 1996. p.27.
6. Salaymeh K.J., Taced R., Michelfelder E.C. et al. J. Amer. Soc. Echo., 2001, 14, 2, p. 152.
7. Tsang T.S.M., Barnes M.E., Hayes S.N. et al. Chest, 1999, 116, 2, p. 128.