

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ДВУХЭТАПНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ КРАЙНЕ ВЫСОКОГО ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА

**РАХМОНОВ К.Х., ГОРБАЧЕВСКИЙ С.В., СОБОЛЕВ А.В., ШМАЛЬЦ А.А.,
ПУРСАНОВ М.Г., ЖЕБЛАВИ И.А., САБИТОВ А.А.**

НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева МЗ РФ, г. Москва. Россия

Введение (цели/задачи). Показать результаты двухэтапной (предварительно БАП ЛА и затем легочная ЭАЭ) хирургической коррекции у пациентов с ХТЭЛГ крайне высокого операционного риска.

Материал и методы. В НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева с 2017 по 2018 год двухэтапная хирургическая коррекция ХТЭЛГ выполнена 7 пациентам. Возраст больных составил 43–63 ($54,6 \pm 4,8$) лет. Все пациенты имели симптомы выраженной сердечной и дыхательной недостаточности. Пять больных находились в III ФК и 2 – в IV ФК по NYHA. Давность заболевания составляла 7–22 ($11,2 \pm 4,4$) месяцев. По данным катетеризации среднее давление в ЛА – 36–63 ($48 \pm 8,1$) мм рт. ст. По ЭхоКГ фракция выброса правого желудочка составила 31–40 ($37,4 \pm 2,6$)%. Тест 6-минутной ходьбы (Т6МХ) смогли выполнить только 5 пациентов. Дистанция составила 247–372 ($313,2 \pm 39,6$) м. Двое пациентов не могли выполнить тест из-за тяжести состояния. По МСКТ у всех пациентов выявлены проксимальные и дистальные поражения ЛА.

Результаты. С учетом клинического состояния больных и крайнего риска ЭАЭ всем больным первым этапом выполнена БАП ЛА. Один сеанс БАП ЛА проведен 6 пациентам (от 1 до 3 сегментов ЛА, в среднем 2,6), 1 больному – три сеанса БАП ЛА суммарно в 10 сегментах ЛА. После БАП ЛА у всех пациентов отмечалось улучшение ФК (2 пациента перешли из III ФК во II ФК и один пациент перешел

из IV ФК в III ФК по NYHA ($p=0,007$)) и увеличение дистанции Т6МХ с $313,2 \pm 39,6$ до $362,4 \pm 62,7$ м, ($p=0,004$); Sat O₂ в покое после БАП ЛА увеличилась незначительно – с $84–92$ ($86,2 \pm 2,7$)% до $86–96$ ($91,1 \pm 2,2$)%, ($p=0,009$). По данным ЭхоКГ у всех пациентов было выявлено статистически достоверное снижение давления в ПЖ после процедуры ТЛБАП с $86,1 \pm 11,5$ до $69,2 \pm 14,2$ мм рт.ст. Вторым этапом всем пациентам была выполнена легочная ЭАЭ. Время от БАП ЛА до ЭАЭ составило 7–124 (в среднем – $39,1 \pm 14,2$) дней. ЭАЭ выполнялась в условиях ИК. Время искусственного кровообращения составило от 100 до 194 (в среднем – $152,7 \pm 26,6$) минут, пережатие аорты – от 60 до 108 (в среднем – $81,1 \pm 13,2$) минут без остановки кровообращения. Всем пациентам потребовалась коррекция недостаточности трикуспидального клапана. Госпитальной летальности не было. У 4 (57,1%) пациентов отмечались нелетальные осложнения в виде реперфузионного отека легких. Искусственная вентиляция легких составила 6–24 ($14,8 \pm 4,1$) часов. Среднее давление в ЛА в раннем послеоперационном периоде снизилось с $41,3 \pm 9,4$ до $34,1 \pm 9,2$ мм рт. ст. ЛАГ специфическая терапия назначена всем пациентам.

Заключение. Двухэтапный подход к хирургической коррекции – эффективный метод лечения пациентов с ХТЭЛГ крайне высокого операционного риска.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К КЛАССИФИКАЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

СКУРАТОВА Н.А., ЗЫЛЕВИЧ А.А., ШУНЬКИНА А.С.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель. Беларусь

Введение. Врожденные пороки сердца (ВПС) являются одной из важнейших проблем в детской кардиологии. Согласно статистике, ежегодно в Беларуси рождается 1000–1200 детей с пороками сердца. Актуальность разработки новых классификаций с целью выделения клинических групп детей с ВПС является очевидной, что позволяет оптимизировать тактику раннего выявления врожденных пороков, дифференцировать лечебный подход и наблюдение за детьми.

Цель. Выделить клинические группы детей с ВПС на основании клинико-функциональных особенностей течения порока.

Материал и методы. В кардиоревматологическом отделении Гомельской областной детской клинической больницы обследованы 57 детей в возрасте от 1 до 17 лет (средний возраст – $10,6 \pm 5$ лет) с основным клиническим диагнозом: врожденный порок сердца. Из них: 27 (47,4%) мальчиков и 30 (52,6%) девочек. Диагноз устанавливался на основании данных анамнеза, физикального, электрокардиографического и ультразвукового обследований (УЗИ). Также детям проводилась ЭКГ с физической нагрузкой (тредмил-тест). Контрольная группа включала 13 детей без органических заболеваний сердца.