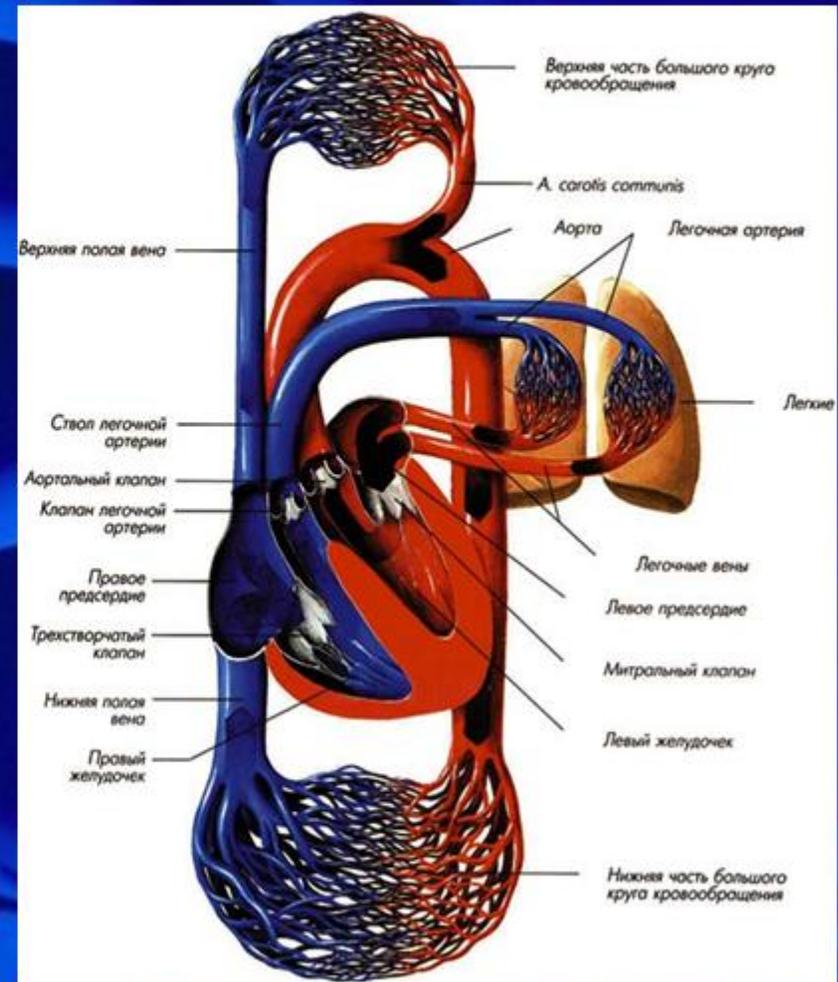


Врожденные пороки сердца

- Заболевания, возникающие из-за различных нарушений нормального формирования сердца и отходящих от него сосудов во внутриутробном периоде или остановки его развития после рождения
- Достаточно распространенная патология среди заболеваний сердечно-сосудистой системы, которая является основной причиной смерти детей первого года жизни



Врожденные пороки сердца

- Частота ВПС составляет до 30% от всех пороков развития. Лечение врожденных сердечных аномалий возможно только хирургическим путем
- Благодаря успехам кардиохирургии стали возможны сложные реконструктивные операции при ранее неоперабельных ВПС
- В этих условиях основной задачей в организации помощи детям с ВПС является своевременная диагностика и оказание квалифицированной помощи в хирургической клинике



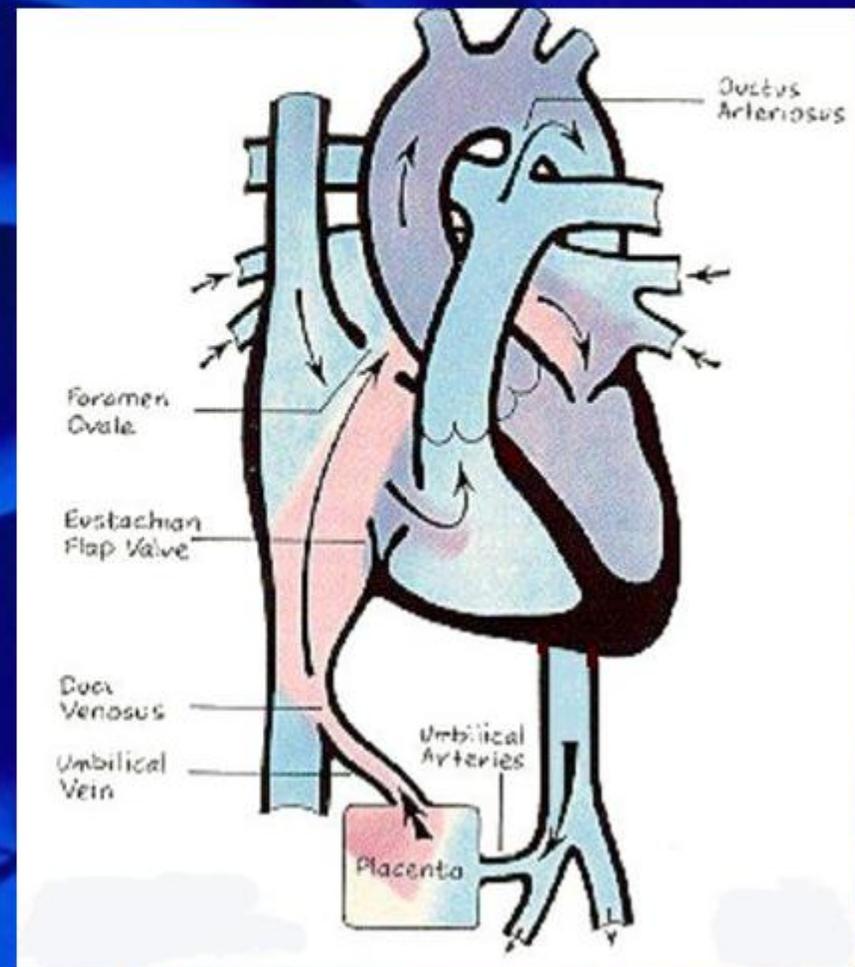
Этиология

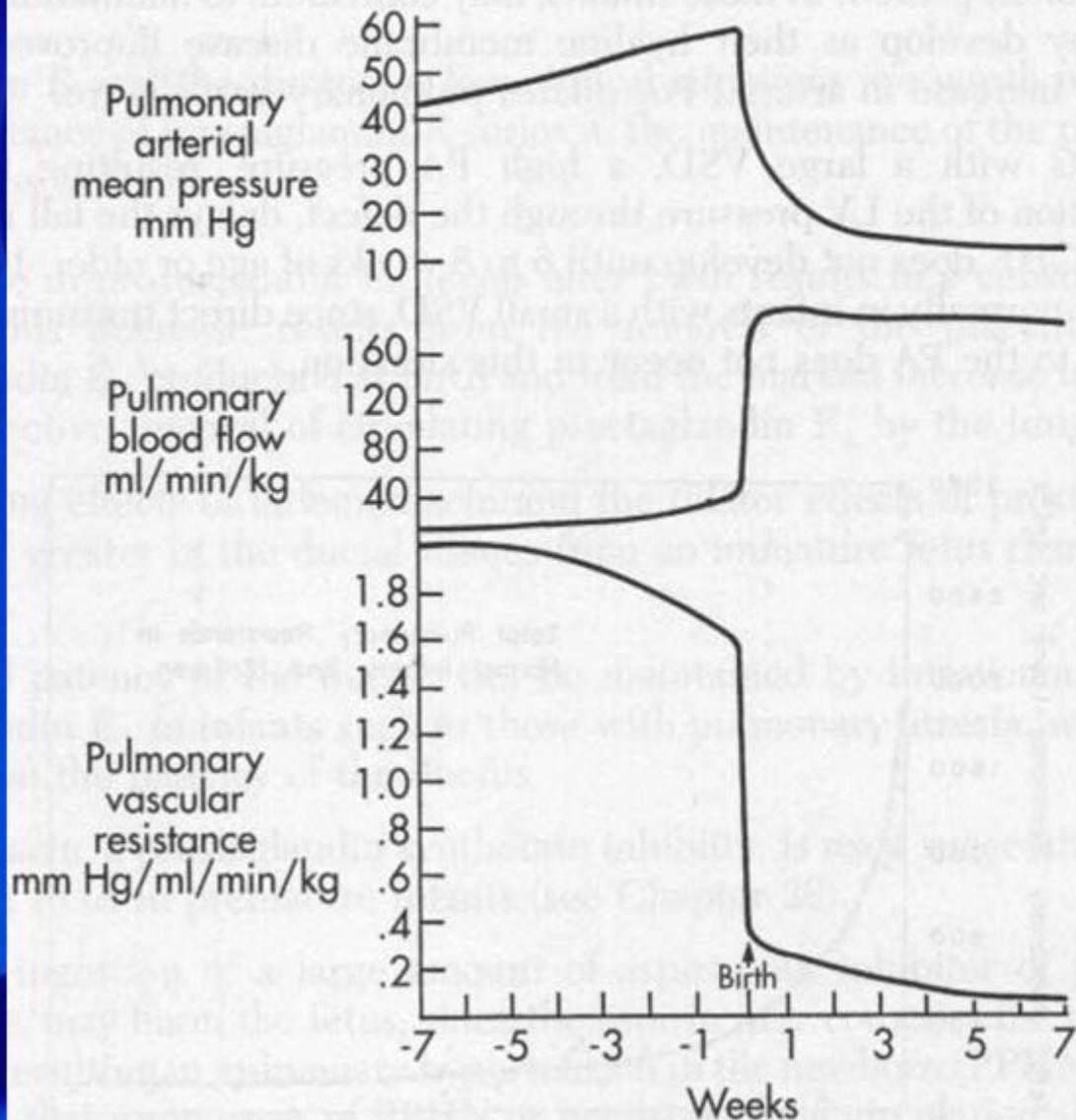
- Основными причинами рождения детей с ВПС являются:
 - хромосомные нарушения - 5%
 - мутация 1-го гена - 2-3%
 - влияние внешних факторов (алкоголизм родителей, прием лекарственных препаратов, перенесенные вирусные инфекции во время беременности и т.д.) - 1-2%
 - полигенно-мультифокальное наследование - 90%
- Помимо этиологических, выделяют факторы риска рождения ребенка с ВПС. К ним относятся
 - возраст матери
 - эндокринные заболевания супругов
 - токсикоз и угроза прерывания I триместра беременности
 - мертворожденные в анамнезе
 - наличие детей с врожденными пороками развития у ближайших родственников

Количественно оценить риск рождения ребенка с ВПС в семье может только генетик, но дать предварительный прогноз и направить родителей на медико-биологическую консультацию может и должен каждый врач

Изменения в кровообращении сразу после рождения

- Прекращение кровоснабжения плаценты (повышение системного СС, уменьшение притока по НПВ, закрытие венозного протока)
- Расправление физиологического ателектаза легких, снижение легочного СС, увеличение легочного кровотока, начало оксигенации в легких
- Закрытие артериального протока (12-24 часа)
- Увеличение притока оксигенированной крови в левое предсердие из легочных вен (САТ 100%)
- Закрытие овального окна (неполное в 30%-50% случаев)





**Изменение
сосудистого
легочного
сопротивления в
первые недели
жизни**

Классификация

1. ВПС бледного типа с артериовенозным шунтом: дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), дефект межпредсердной перегородки (ДМПП), открытый артериальный проток (ОАП); открытый атриовентрикулярный канал (АВК)
2. ВПС синего типа с веноартериальным шунтом: транспозиция магистральных сосудов (ТМС), тетрада Фалло (ТФ), триада Фалло, атрезия трикуспидального клапана (АТК) и т.д.
3. ВПС без сброса, но с препятствием на пути кровотока из желудочков (стенозы легочной артерии и аорты)

Такое деление охватывает 9 наиболее распространенных ВПС

Классификация

- **- I. Пороки с неизменным (или мало измененным) легочным кровотоком:** аномалии расположения сердца, аномалии дуги аорты, ее коарктация взрослого типа, стеноз аорты, атрезия аортального клапана; недостаточность клапана легочного ствола; митральные стеноз, атрезия и недостаточность клапана; трехпредсердное сердце, пороки венечных артерий и проводящей системы сердца.
- **- II. Пороки с гиперволемией малого круга кровообращения:**
 - 1) не сопровождающиеся ранним цианозом - открытый артериальный проток, дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородок, синдром Лютамбаше, аортолегочный свищ, коарктация аорты детского типа
 - 2) сопровождающиеся цианозом - трикуспидальная атрезия с большим дефектом межжелудочковой перегородки, открытый артериальный проток с выраженной легочной гипертензией и током крови из легочного ствола в аорту
- **- III. Пороки с гиповолемией малого круга кровообращения:**
 - 1) не сопровождающиеся цианозом - изолированный стеноз легочного ствола
 - 2) сопровождающиеся цианозом - триада, тетрада и пентада Фалло, трикуспидальная атрезия с сужением легочного ствола или малым дефектом межжелудочковой перегородки, аномалия Эбштейна (смещение створок трикуспидального клапана в правый желудочек), гипоплазия правого желудочка
- **- IV. Комбинированные пороки с нарушением взаимоотношений между различными отделами сердца и крупными сосудами:** транспозиция аорты и легочного ствола (полная и корригированная), их отхождение от одного из желудочков, синдром Тауссиг - Бинга, общий артериальный ствол, трехкамерное сердце с единым желудочком и др.

Классификация общих типов ВПС

**Изолированные
Обструктивные
ВПС**

**СЛА, МС, АоС,
КоАо,
перерыв дуги
Ао**

ВПС с левосторонним сбросом (ацианотичные с увеличенным легочным кровотоком)

**ОАП, ДМПП,
ДМЖП, АВ-канал,
Аорто-легочное
окно**

ВПС с правосторонним сбросом (цианотичные с уменьшенным легочным кровотоком)

**ТФ, Атрезия
ЛА+ДМЖП,
Атрезия ЛА с
интактн МЖП,
ТрА,
ан.Эбштейна**

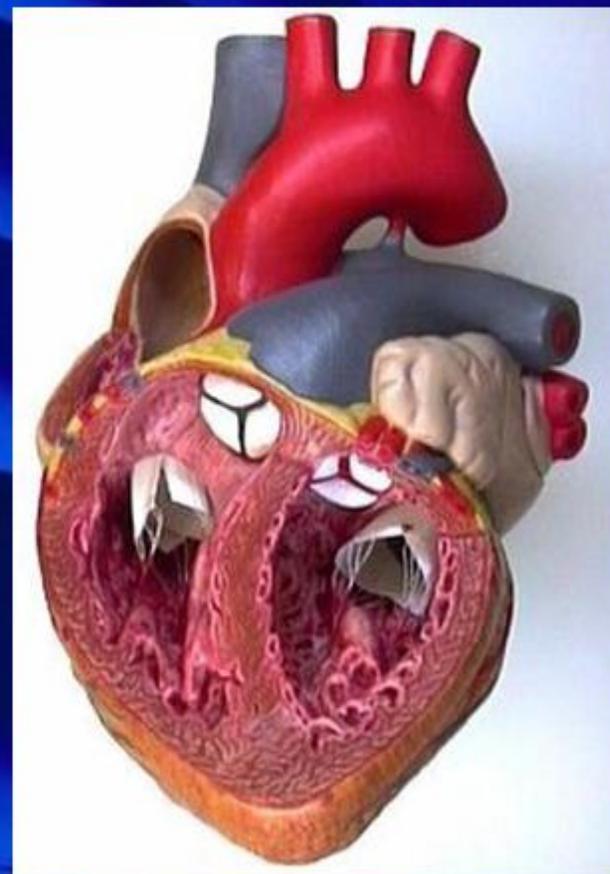
**Сложные
цианотические
пороки (дефекты
смешивания)**

**ДОПЖ, ЕЖ,
ТМС, ТАДЛВ,
ОАС,
Гипоплазия
левого сердца**

Нарушение гемодинамики при врожденных пороках сердца

В зависимости от состояния малого круга кровообращения в организме больного с ВПС наблюдаются следующие патологические изменения:

- ✓ • при наличии увеличенного кровотока в легких (пороки бледного типа с артериовенозным шунтом) развивается гиперволемиа и гипертензия малого круга кровообращения;
- ✓ • при наличии обедненного кровотока в легких (пороки синего типа с веноартериальным шунтом) у больного развивается гипоксемия;



Физикальное исследование (нормальные признаки)

- ЧСС у новорожденного чаще, чем у детей старшего возраста (70 – 180 уд/мин)
- Часто – различная степень акроцианоза
- Умеренная артериальная десатурация – частое явление. P_{O_2} до 60 мм Hg из-за интра-легочного шунта в ателектазах и внутрисердечного шунта через овальное окно
- ПЖ гиперактивный с сердечным толчком по срединной линии
- S2 может быть слитным в первые дни жизни
- Щелчок открытия (отражающий легочную гипертензию) может присутствовать в первые часы жизни
- Физиологический шум (50% здоровых новорожденных, отражает легочный кровоток), хорошо проводится по обе стороны грудной клетки и на спину. Лучше слышен у недоношенного из-за тонкой грудной стенки
- У недоношенных часто – шум ОАП, у доношенных - в первый день (систолический)
- Периферические пульсы хорошо пальпируются на всех конечностях, включая стопу у каждого нормального новорожденного

Аномальные физикальные данные

- Цианоз, особенно, если он не исчезает при назначении кислорода
- Снижение или отсутствие периферических пульсов на нижних конечностях (подозрение на КА). Равномерно слабый пульс - подозрение на СГПОС или циркуляторный шок. «Высокий» пульс – поражения со сбросом из аорты (ОАП или Трункус)
- Тахипноэ более 60 в мин с/без втяжения
- Гепатомегалия может быть признаком ВПС. Срединная печень - подозрение на аспленический или полиспленический синдром (ЕЖ)
- Шум в сердце может быть признаком ВПС, однако невинные физиологические шумы гораздо более часты, чем патологические шумы. Наиболее тяжелые пороки не сопровождаются шумом
- Нерегулярные ритм или ненормальная ЧСС может признаком сердечной аномалии.

Первоначальное обследование новорожденного

- Анамнез
- Физикальное исследование
 - Основные жизненные признаки
 - АД и пульсы на всех 4 конечностях
- Пульсоксиметрия
- Рентгеновский снимок грудной клетки
- ЭКГ
- Гиперокситест
- ЭХО

Причины и клинические признаки центрального цианоза

- Депрессия ЦНС

- *Причины:*

- Перинатальная асфиксия
 - Глубокая седатация матери
 - Внутриутробный дистресс плода

- *Признаки:*

- Поверхностное нерегулярное дыхание
 - Низкий мышечный тонус
 - Цианоз исчезает при назначении кислорода

Причины и клинические признаки центрального цианоза (2)

- Легочное заболевание

- *Причины:*

- Паренхиматозное заболевание легких (болезнь гиалиновых мембран, ателектаз)
 - Пневмоторакс или плевральный экссудат
 - Дифрагмальная грыжа
 - Персистирующая легочная гипертензия новорожденного

- *Признаки:*

- Тахипное с респираторным дистрессом, с втяжением межреберных промежутков
 - Хрипы и/или ослабление дыхания при аускультации
 - Причины могут быть найдены на рентгеновском снимке
 - Назначение кислорода уменьшает или ликвидирует цианоз

Причины и клинические признаки центрального цианоза (3)

- Заболевания сердца

- *Причины:*

- Цианотический врожденный порок сердца с право-левым шунтом

- *Признаки:*

- Тахипное, но обычно без втяжений
 - Отсутствие хрипов или аномальных звуков дыхания, кроме случаев сердечной недостаточности
 - Шумы в сердце могут отсутствовать при серьезных пороках сердца
 - Постоянный шум (ОАП) может означать рестриктивный кровоток через проток
 - Рентгеновские снимки могут демонстрировать кардиомегалию, аномальный силуэт сердца, обогащенный или обедненный легочный рисунок
 - Небольшой, или отсутствие эффекта при назначении кислорода

Причины цианоза при ВПС

1. Право-левый вено-артериальный шунт (внутрисердечные и внутридугтальные сообщения, стеноз ЛА)
2. Единственный желудочек (смешанный системный и легочный кровоток)
3. Выраженный венозный застой в легких при ЛЖСН (обструктивные ЛЖ пороки- аортальный и митральный стенозы)

Кислородный тест

- Кислород (100%) назначается через маску в течение 10 минут
 - При легочном заболевании артериальное P_{O_2} обычно становится выше 150 мм Hg
 - При сердечном право-левом шунте P_{O_2} не повышается выше 100 мм Hg (повышение не более чем на 10-30 ммHg)
 - Результаты теста должны рассматриваться в совокупности с другими диагностическими признаками.
 - Пульсоксиметра недостаточно
 - $P_{o_2}=80$ – Sat=100%
 - $P_{o_2}=500$ – Sat=100%

Дифференциальная диагностика цианоза (гипероксический тест)

Без ВПС

- Значительное повышение PO_2 (более 150 мм Hg)
- Значительное повышение SAT
- ИВЛ с РЕЕР (больнь гиалиновых м-н, мекониевая аспирация и др.)

С ВПС

- Незначительное повышение PO_2 (менее 100 мм Hg)
- Незначительное повышение SAT
- ИВЛ с легкими параметрами

Сердечная недостаточность: основные клинические проявления

- Кардиомегалия
- Тахикардия
- Ритм “галопа” и др. нарушения ритма
- Снижение напряжения пульса
- Шум (до 10% новорожденных)
- Отеки
- Кардиогенная гипотрофия
СН по МКК (ЛЖ нед-сть-ВПС с обструкцией ЛЖ):
одышка, затруднения в кормлении, “влажные легкие”
СН по БКК (ПЖ нед-сть): Увеличение печени,
отеки, расширение шейных вен.

Гемодинамические изменения при СН

- ↑ Частоты сокращений
- ↑ конечно-диастолического размера желудочка
- ↑ конечно-диастолического давления
- ↑ предсердного давления
- ↑ резистентности сосудов БКК
- ↓ системного кровотока

Причины СН у новорожденных

- I Миокардиальная дисфункция** (асфиксия, сепсис, гипогликемия, миокардит)
- II Перегрузка давлением** (Ао стеноз, КоАо, гипоплазия левых отделов сердца)= ЛГ - R-L шунт - поддержание системного тока, но $< \text{Сат}$. Закрытие ОАП - с-м малого выброса - декомпенсация.
- III Объемная перегрузка** (на уровне сосудов - ОАП, ОАС, АП окно; на уровне желудочков - ДМЖП, ЕЖ без СЛА, АВ-канал; системные артерио-венозные фистулы)= 1-2 нед N. С 3-4 нед снижение ЛГ - \rightarrow L-R сброса - \rightarrow ЛК - дилатация желудочков - СН
- IV Аритмии: Тахикардии** (суправентрикулярная, трепетание и фибрилляция предсердий)
Брадикардии (полный АВ блок)

Причины СН у детей первого месяца жизни

- I **Объемная перегрузка** (на уровне сосудов - ОАП, ОАС, АЛ окно; на уровне желудочков - изолированный ДМЖП, ДМЖП+ТМС, ДМЖП+ТА, ЕЖ; на уровне предсердий - ТАДЛВ, но не простой ДМПП)
- II **Аномалии миокарда** (фиброэластоз эндокарда, гликогенозы II - болезнь Помпе, вирусные инфекционные миокардиты, болезнь Кавасаки)
- III **Вторичная СН** (болезни почек, гипотиреоз, сепсис, гипертония)

Варианты проток-зависимости при ВПС

1. Улучшение смешивания легочного и системного кровотока
2. Возмещение легочного артериального кровотока

первично - гипоксемия

3. Улучшение системного кровотока

первично - низкий системный выброс

ЦИАНОЗ

O₂ проба →

артPO₂>150 mm

**Б-ни легких, +/-
нецианотические
ВПС**

Звонок
кардиологу

Атр PO₂<150мм

Звонок
кардиологу

**ВПС с
цианозом**

Б-ни легких

Оптимизация
вентиляции

Углублен
не обслед

**SAT>70% и N
системный
кровоток**

**Проток
независимый**

**Проток
зависимый**

PGE1

**Септостомия,
хирургия**

Дальнейшая тактика

**SAT<70% и
низкий системный
кровоток**

PO₂<150 мм

**Б-ни сосудов,
паренхимы**

PO₂>150мм

**ЛГ, б-ни
паренхимы**

ЭХО сердца

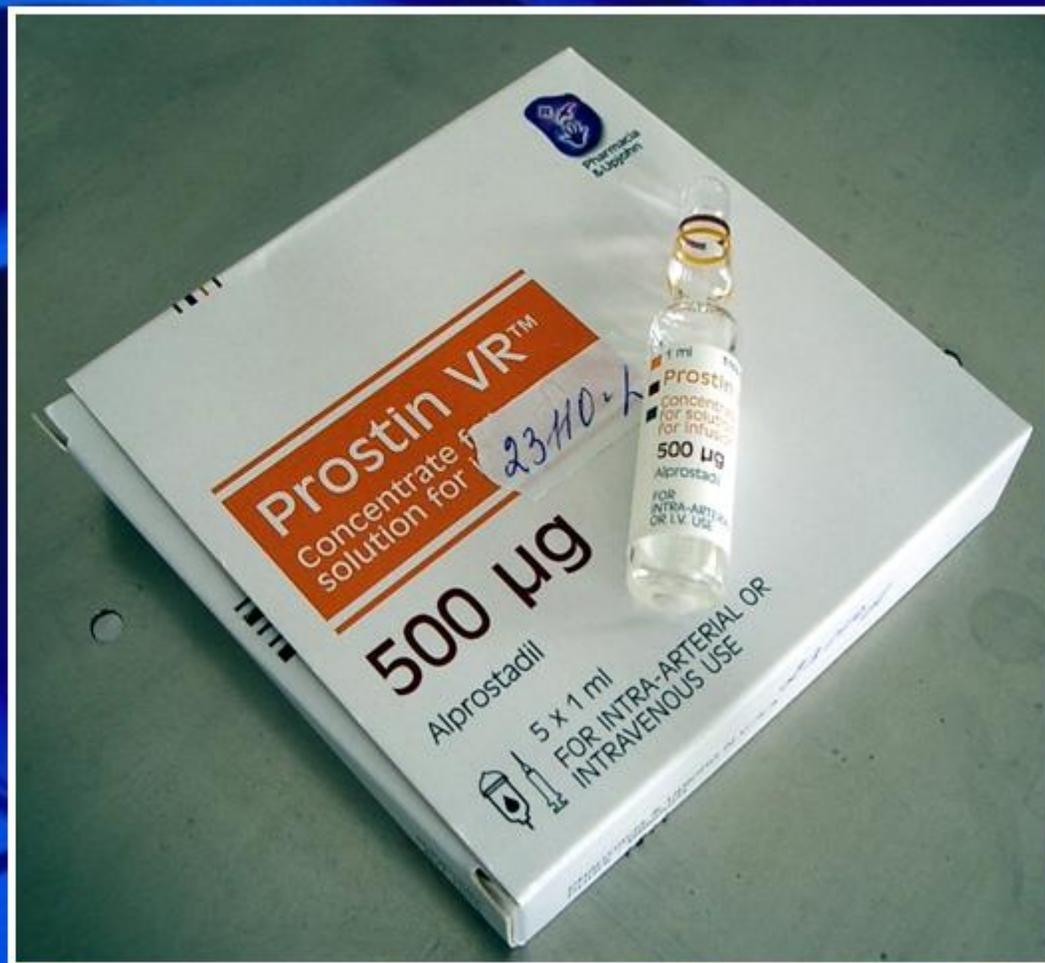
**Лечение
в ICU**

Ведение дуктус-зависимых ВПС

0,05 - 0,5 мкг/кг/мин

Вводится внутривенно
микроструйно. Доза
титруется и
уменьшается по
достижению эффекта.

Стартовая 0,1
мкг/кг/мин. Эффект
достигается через 20-
30 минут



Побочные эффекты простина

Частота осложнения

Лихорадка	14%
Апноэ	12%
Гипотензия	10%
Брадикардия	7%
Судороги	4%
Тахикардии	3%
Отеки	1%
Остановка сердца	1%

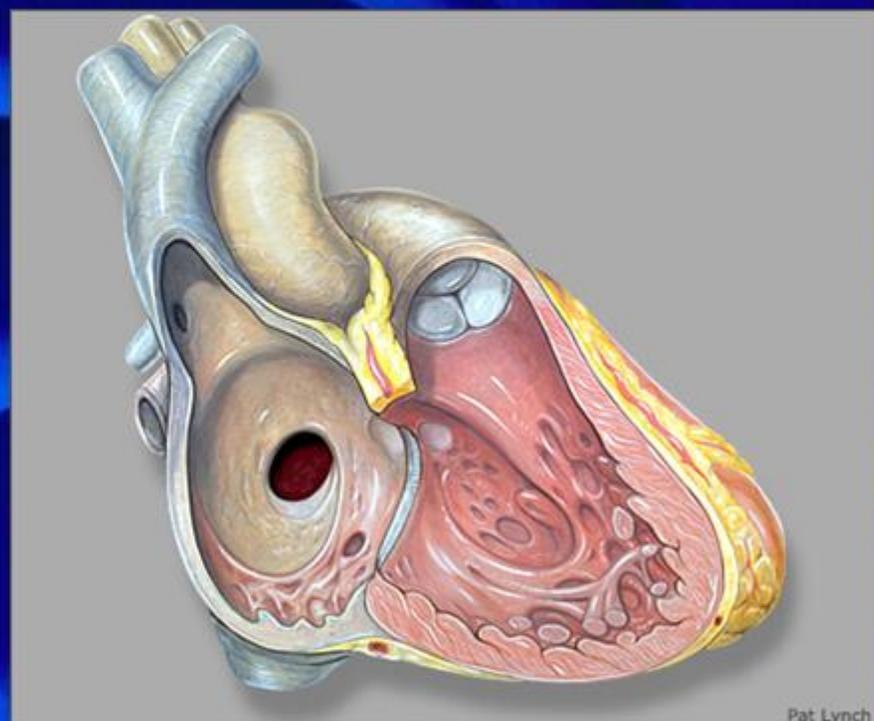
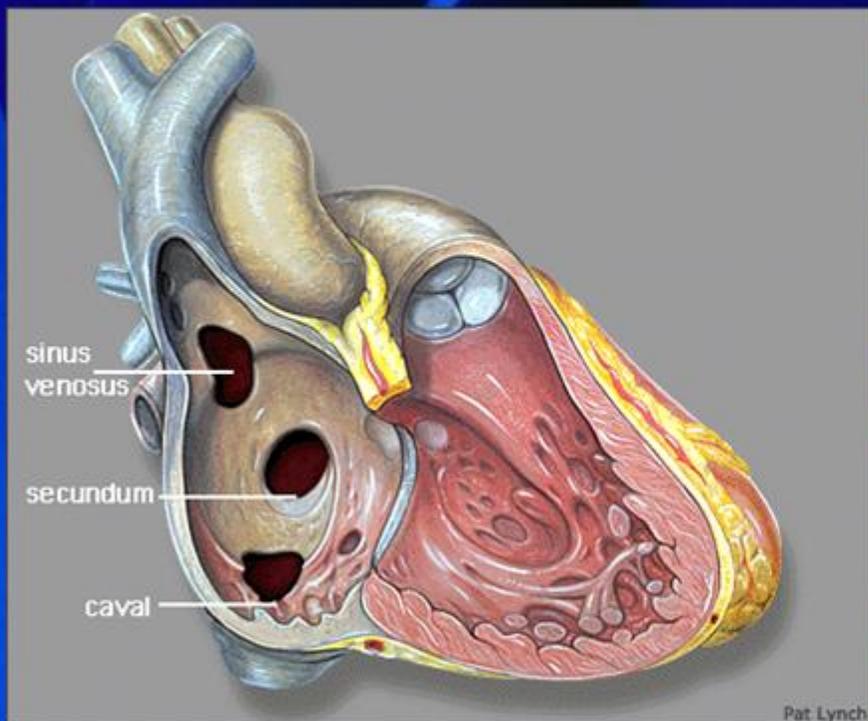
5 ступеней постановки диагноза ВПС

- I Дифференцировать цианотический или ацианотический ВПС
- II Анализ клинических данных (клиническая картина, пульсации и кровотоки, II тон, шум, Rg грудной клетки- легочный кровоток и размеры сердца, ЭКГ)
- III Идентификация по клиническим находкам
- IV Более дифференцированный ДЗ на основании перекрывающихся симптомов
- V Начало лечения (проток-зависимость, СН, цианоз, шок = объемы, инотропные препараты, PGE1, ЭХО, септостомия, хирургия)

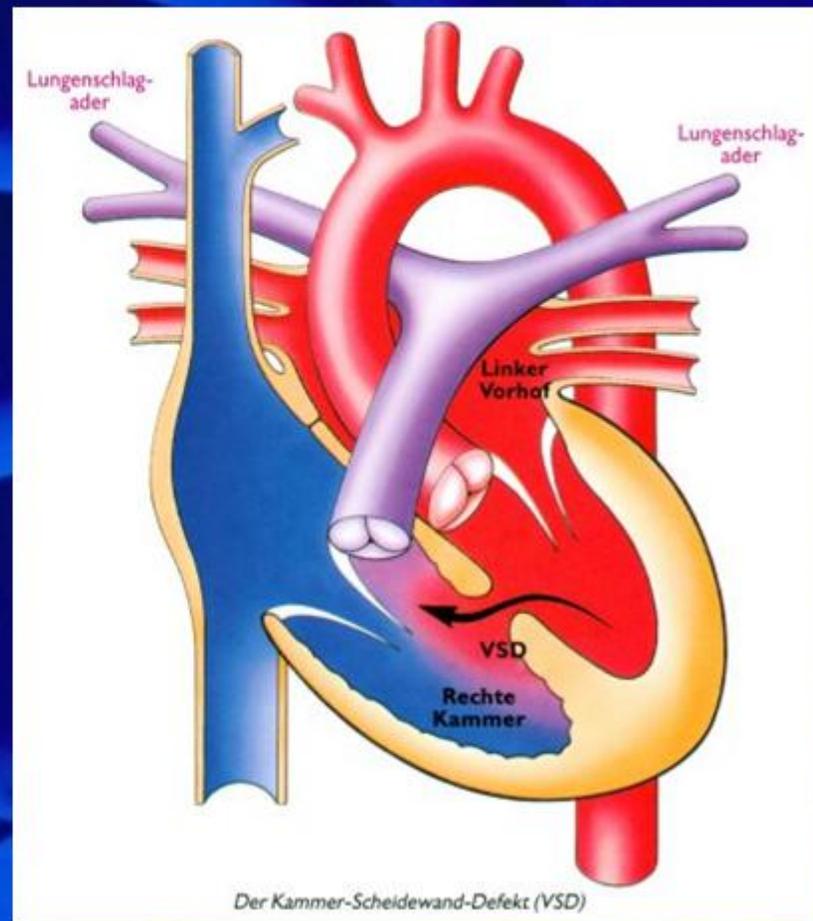
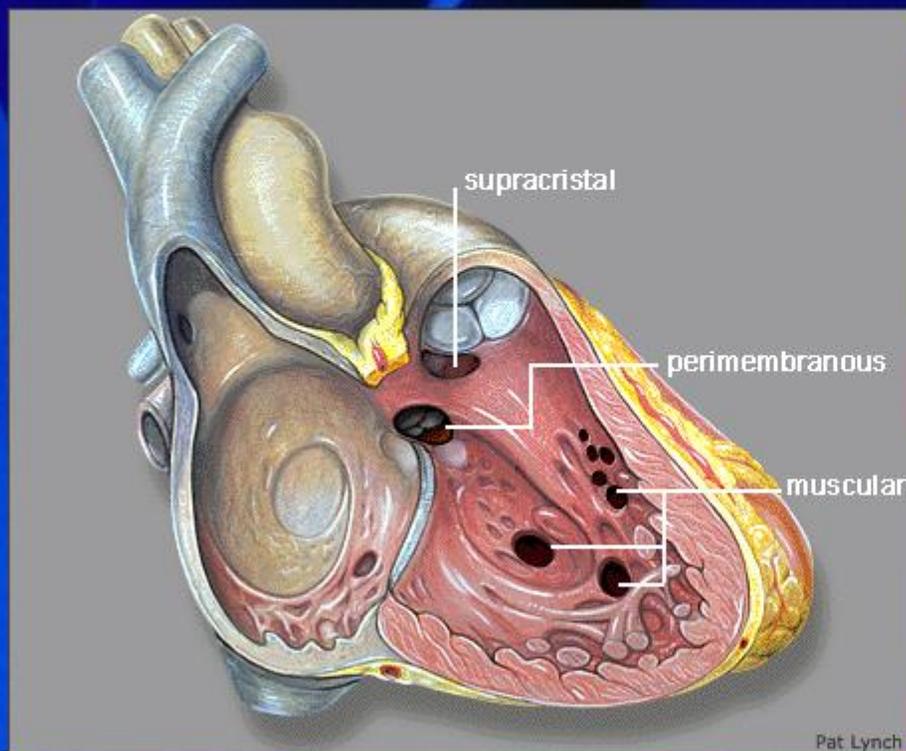
Главный гемодинамический эффект – шунтирование

- ДМПП
- ДМЖП
- ОАП
- ДМПП+ДМЖП
- **Общий артериальный ствол** (truncus arteriosus)
- **Аномальный дренаж легочных вен**

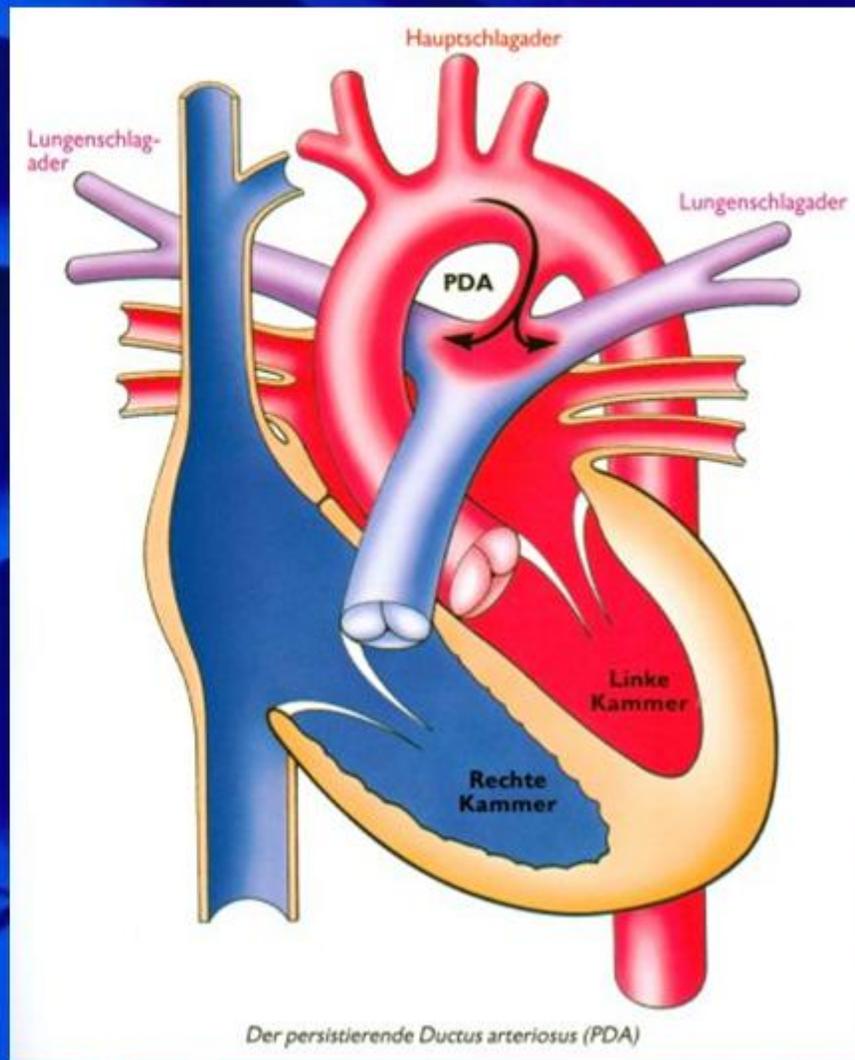
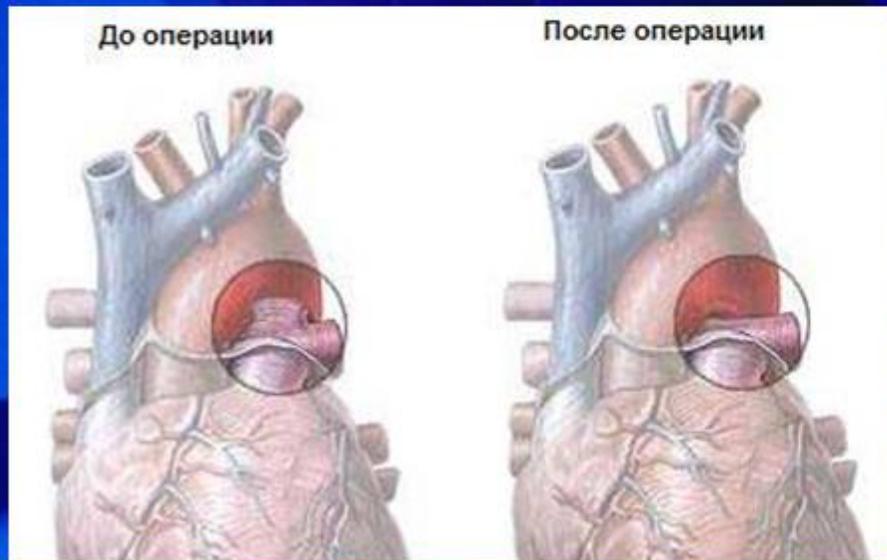
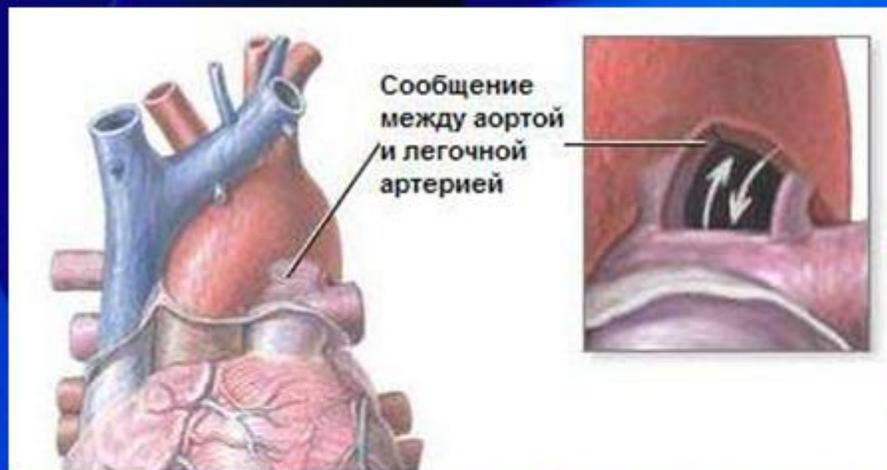
ДМПП



ДМЖП (ВПС с лево-правым сбросом - ацианотичный с увеличением легочного кровотока)



ОАП



PT: GULYANITCKAYA

30 D

04-NOV-03

02:22:50PM

V7 28Hz

7.0 MHz R11^M

INFANTHRT1

60

TIB TIC TIS

1.3 1.4 1.3

B/ -/A/V4

1/3 6.0MHz

VEL

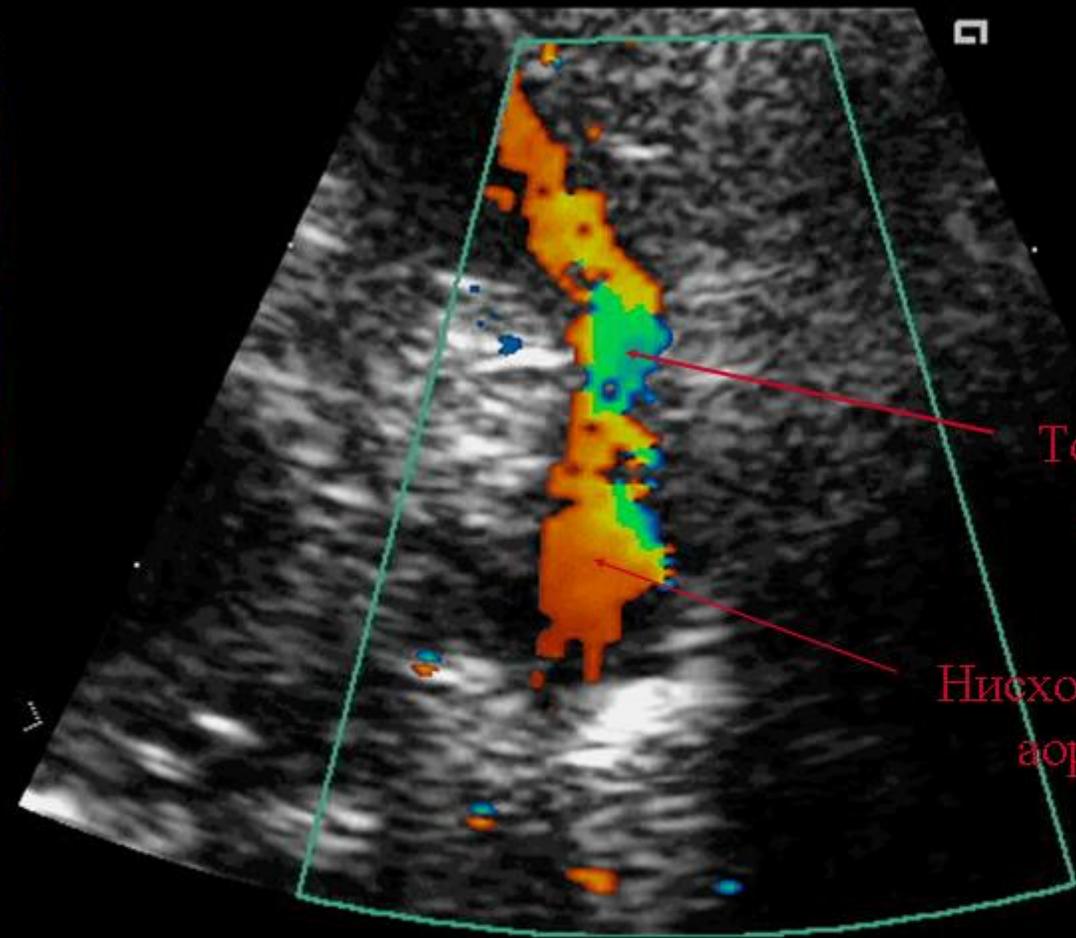
6:1 99%

CD GAIN= 50

64



64



Ток ОАП
в ЛА

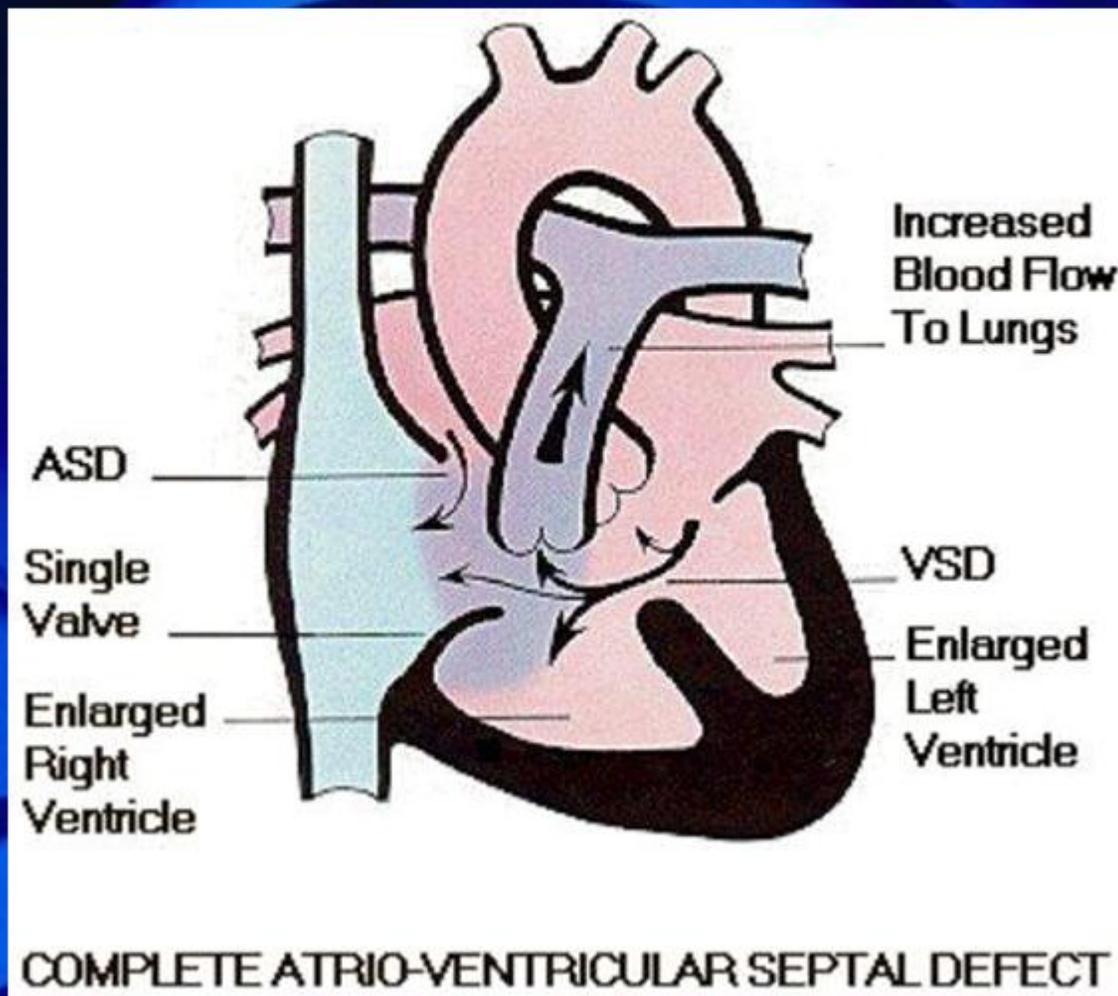
Нисходящая
аорта

CONV/VEL

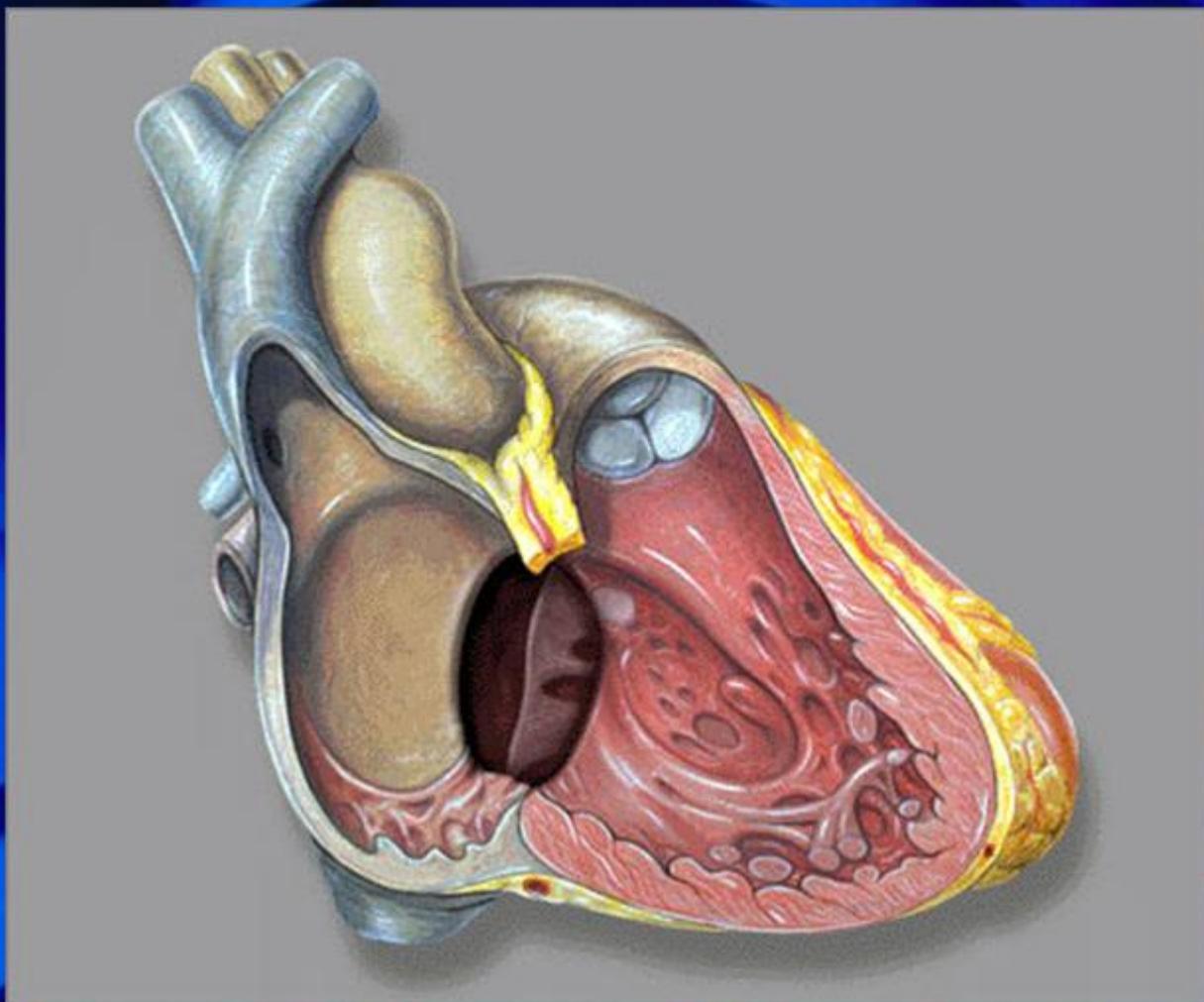


CD-POS/SIZE

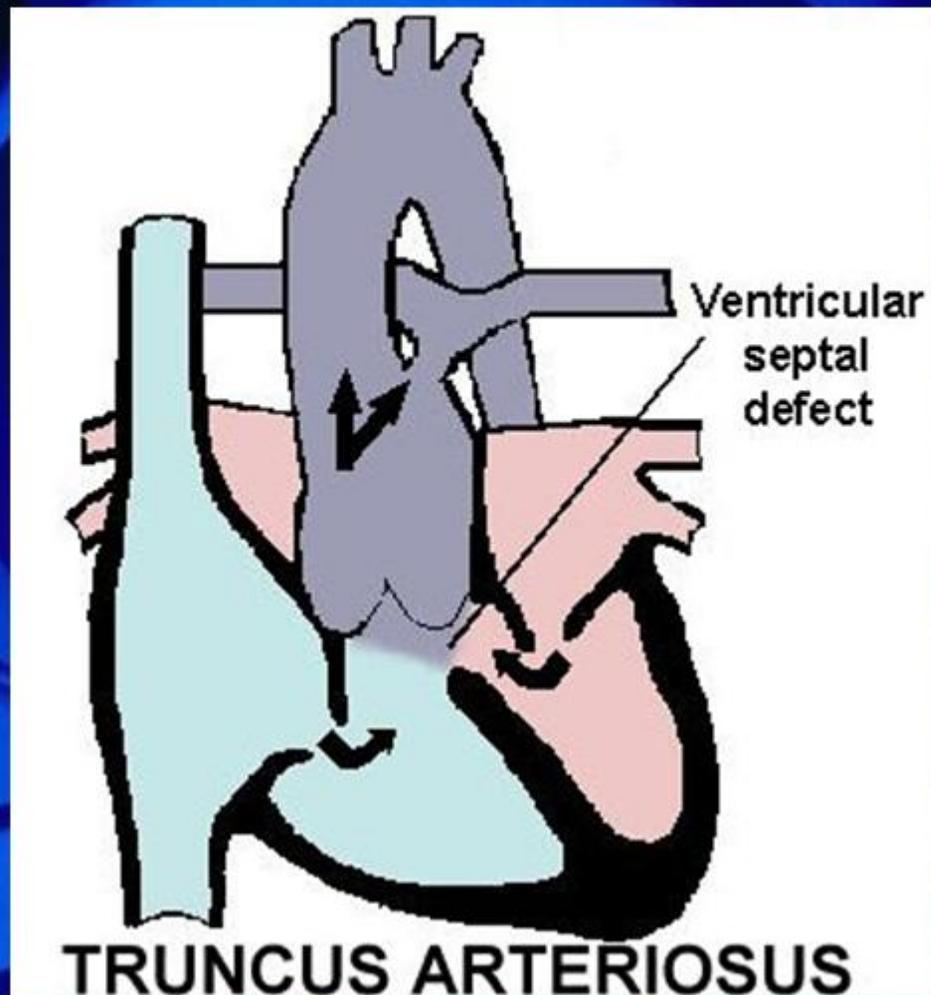
ДМПП+ДМЖП



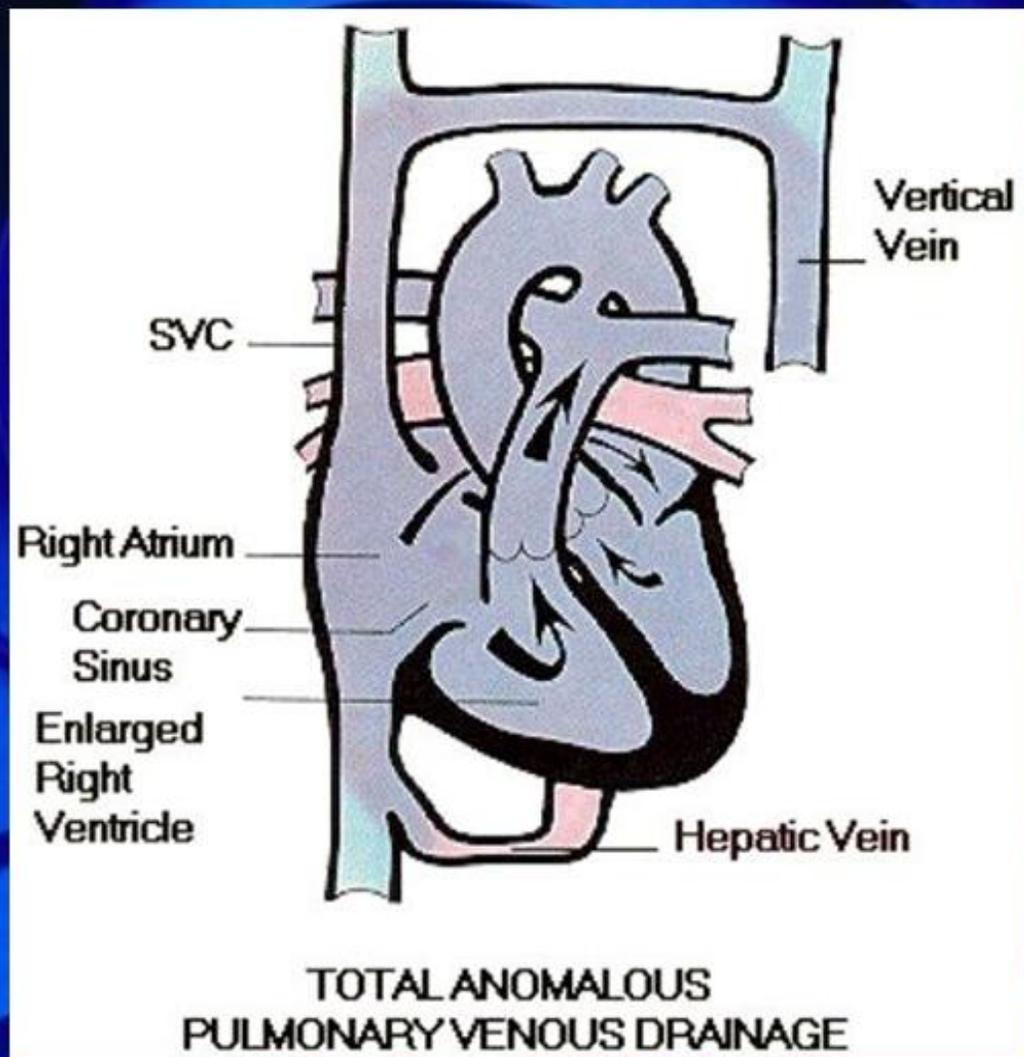
Полный АВ-канал (ВПС ацианотичный с увеличением легочного кровотока: ДМПП первичный, приточный ДМЖП, расщепление трикуспидального и митрального клапанов)



Общий артериальный ствол



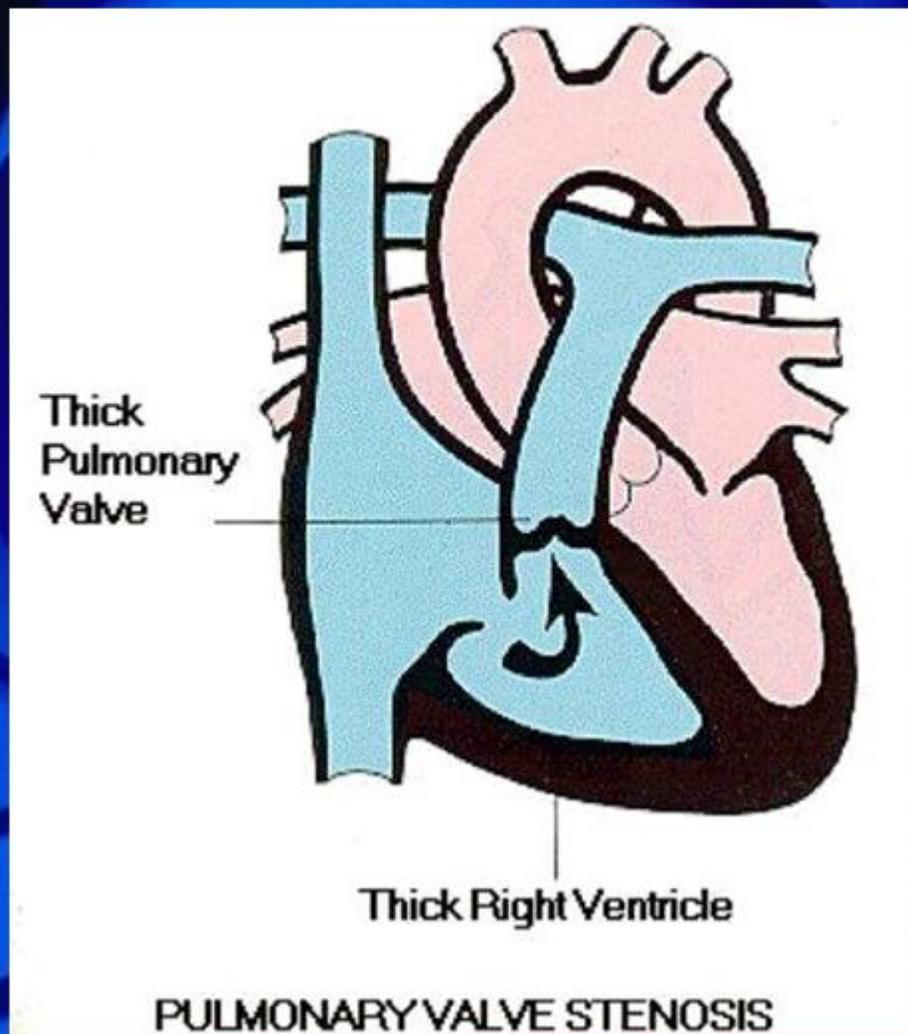
Аномальный дренаж легочных вен



Главный гемодинамический эффект – затруднение выброса из правого желудочка

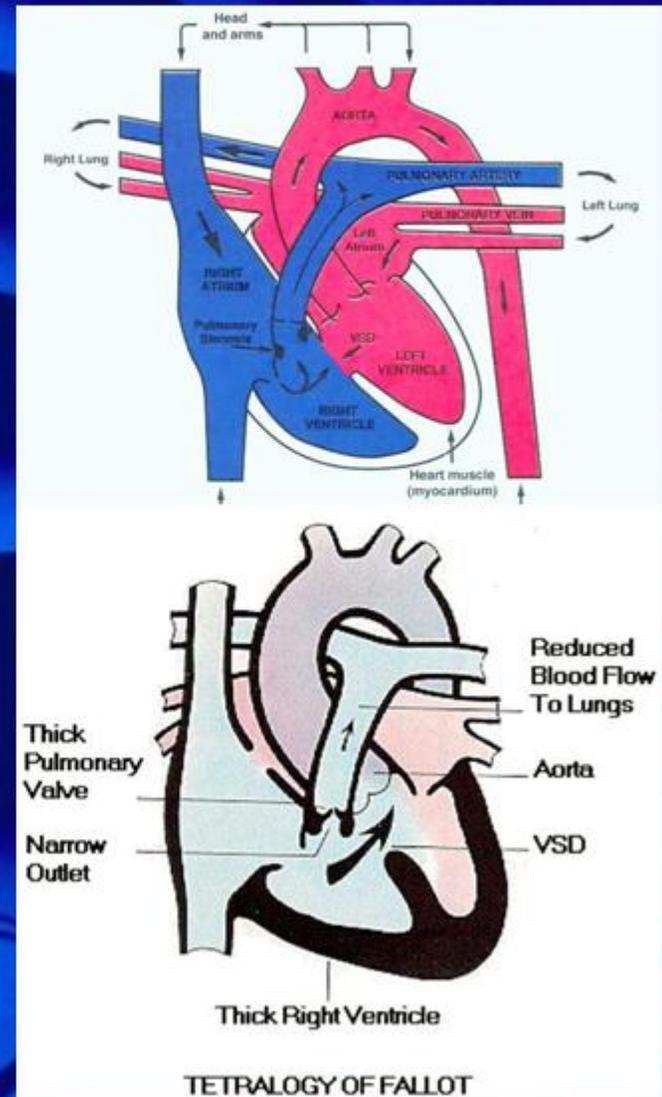
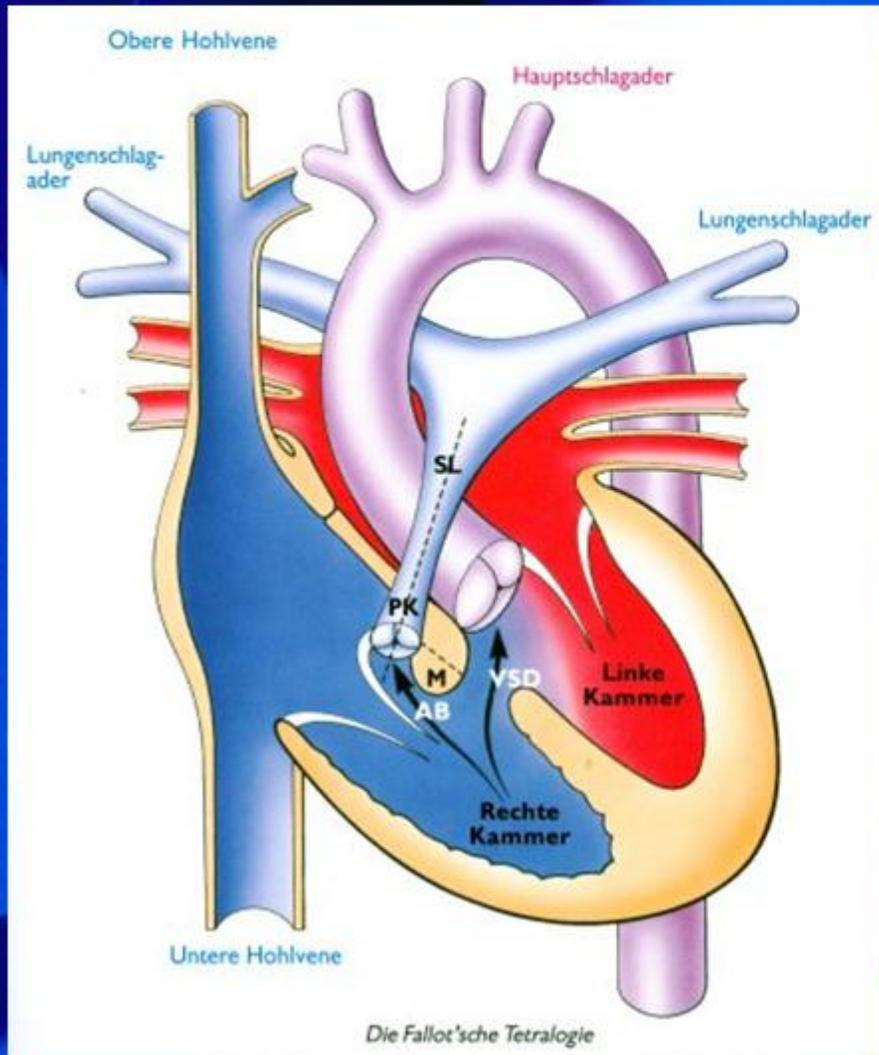
- Клапанный стеноз легочной артерии
- Тетрада Фалло
- Атрезия ЛА с ДМЖП
- Атрезия ЛА без ДМЖП
- Трикуспидальная атрезия

Изолированный клапанный стеноз легочной артерии



Тетрада Фалло

(ВПС с право-левым сбросом - ДМЖП, клапанный и подклапанный стеноз ЛА, дэкстрапозиция Ао, гипертрофия ПЖ, ДМПП)



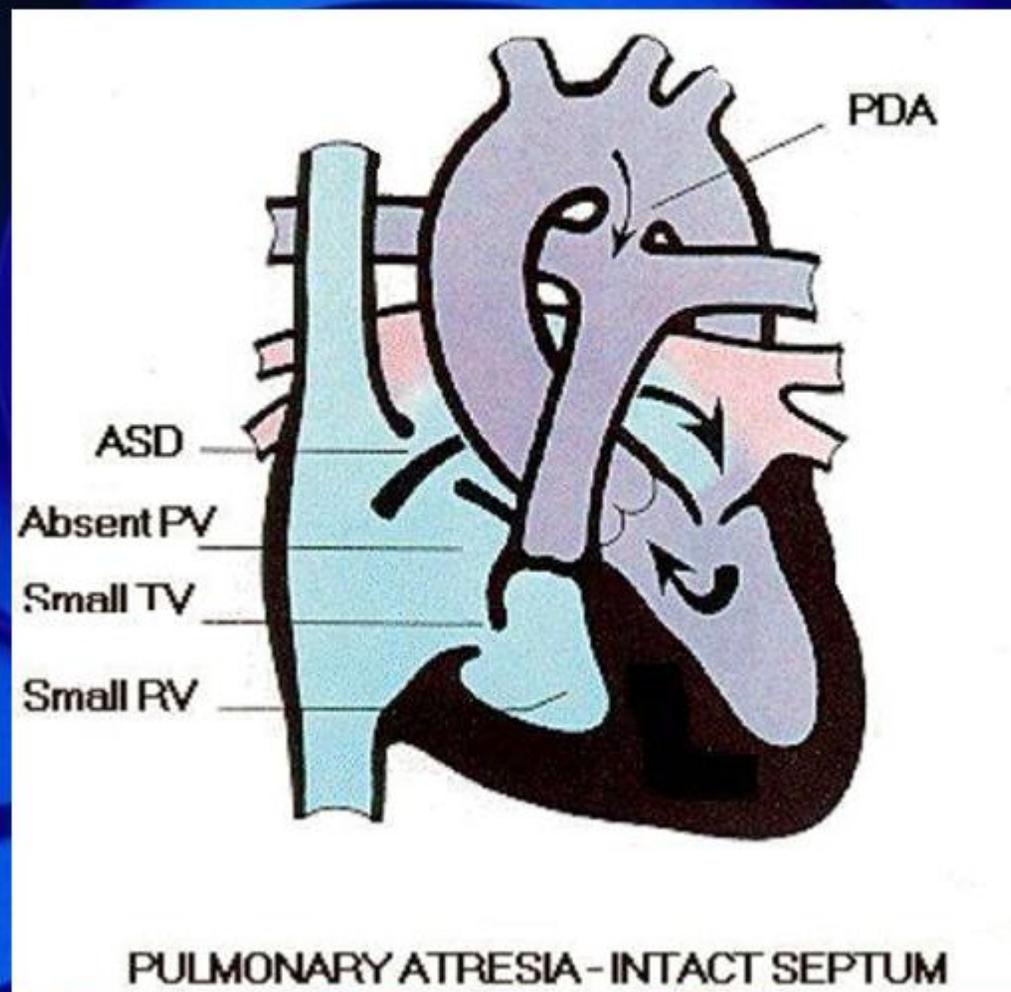
PT: VASILIEV 1D, TSITKO

02-DEC-99
11:43:19AM
V7 40Hz
7.0 MHz 60mm
INFANTHRT1
[gr]

PWR MI
0dB 0.9
48dB -/+A/B/D
GAIN=-19dB

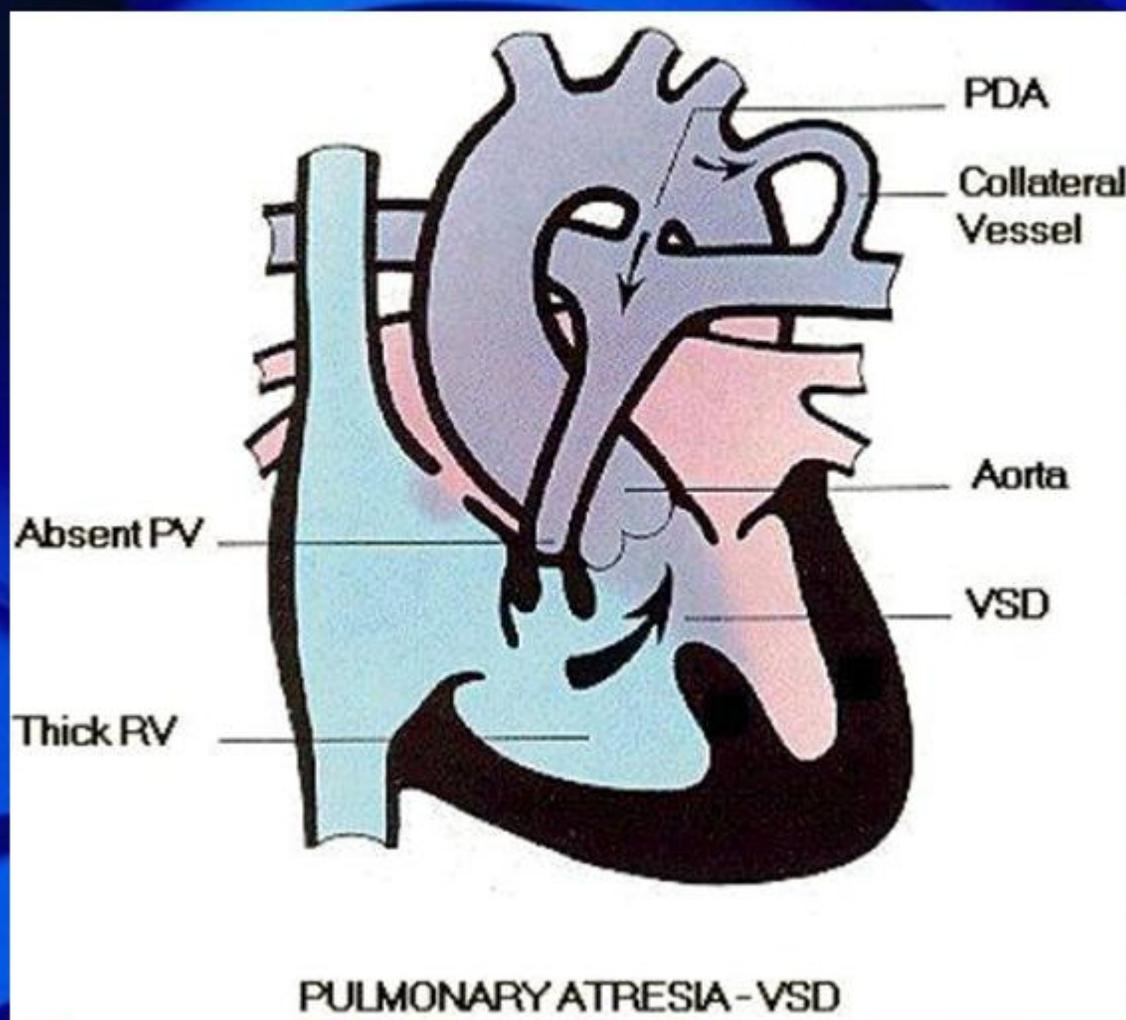
ROI/MINI/FULL

Атрезия ЛА без ДМЖП



Атрезия ЛА с ДМЖП

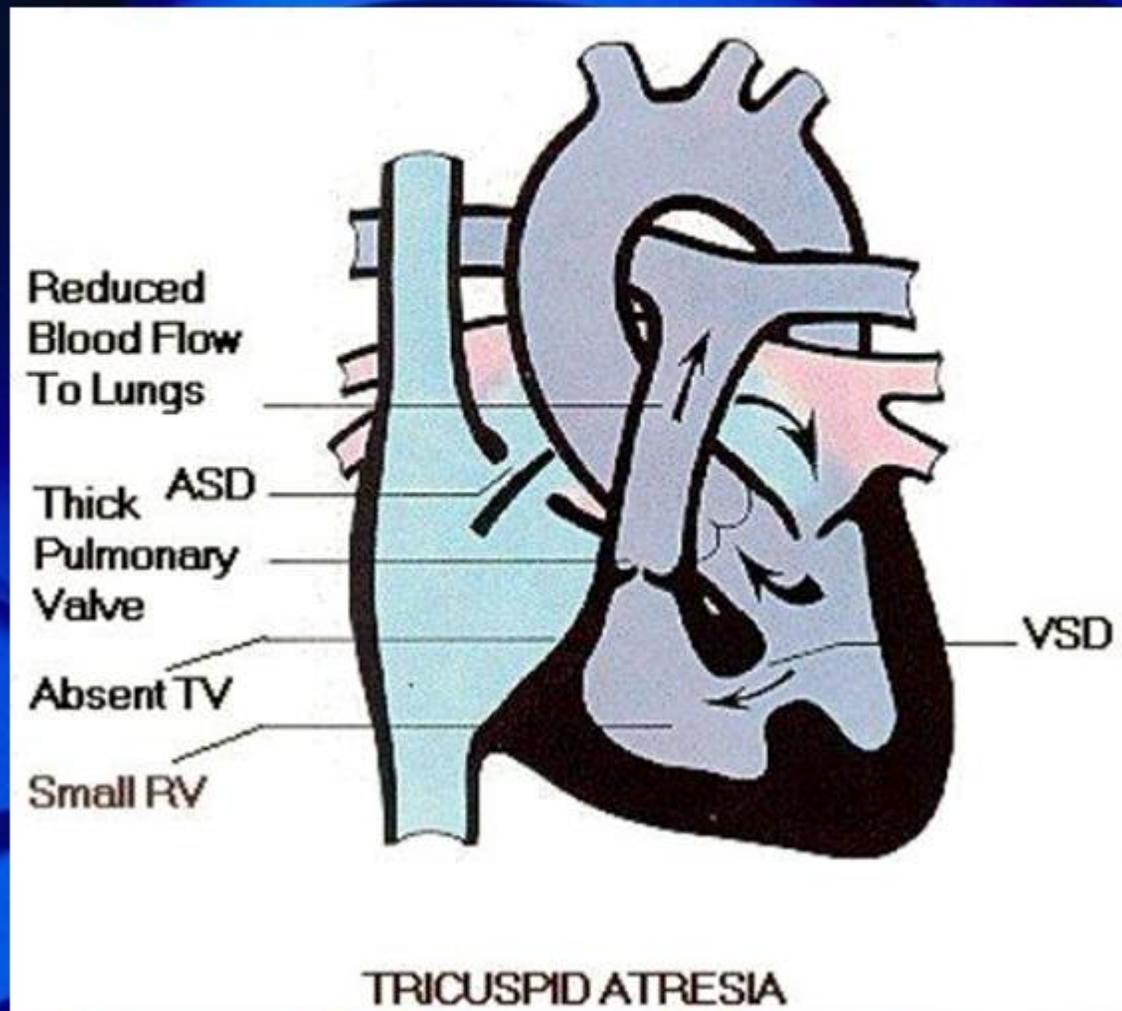
(ВПС с право-левым сбросом с проток-зависимым легочным кровотоком:
Атрезия ЛА, ДМЖП, гипоплазия ствола ЛА с хорошими размерами ветвей ЛА, ОАП)



Трикуспидальная атрезия

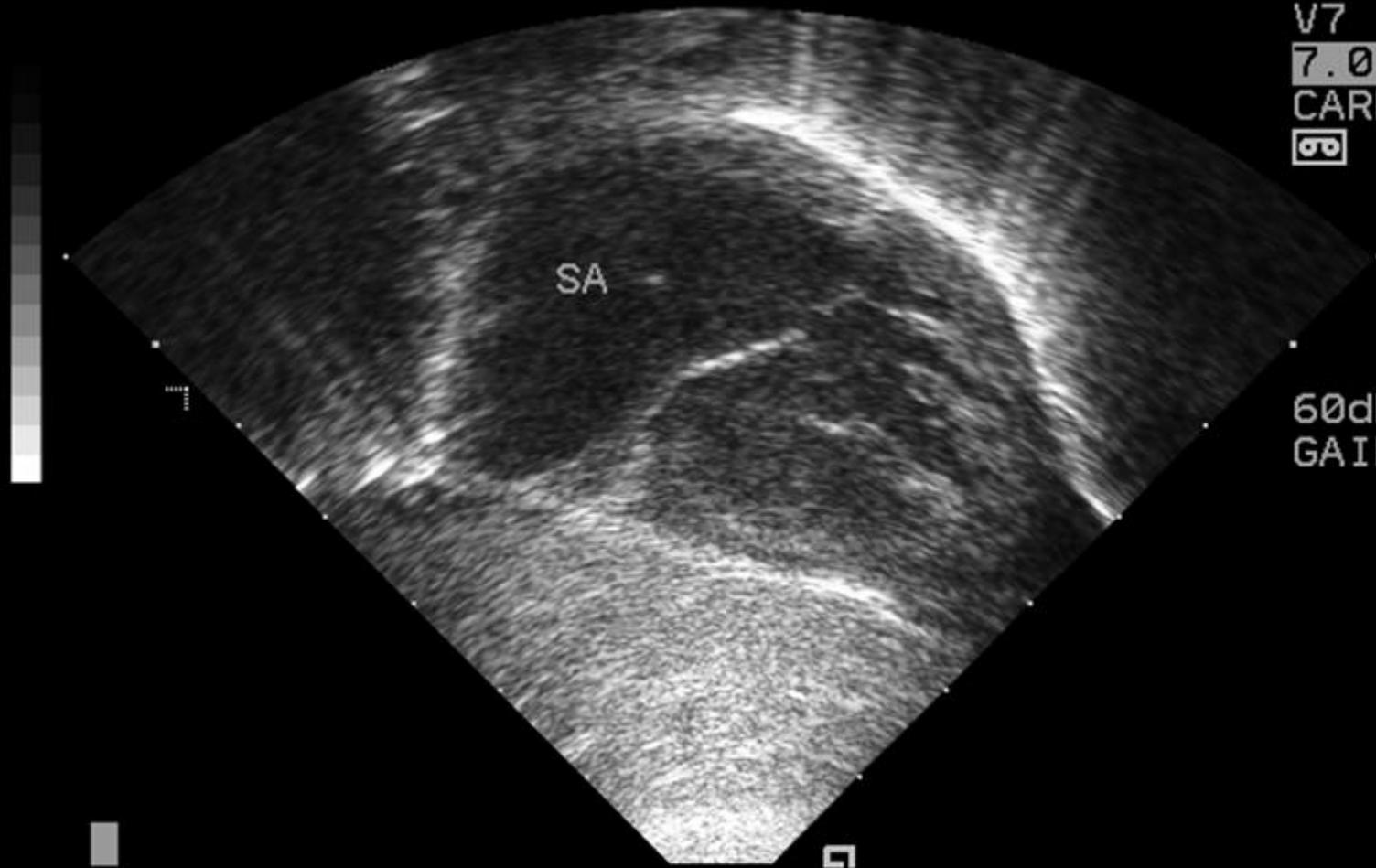
(ВПС с право-левым сбросом.

Трикуспидальная атрезия, рестриктивный ДМЖП, гипоплазия ПЖ, рестриктивный ДМПП)



PT: CHIRKIN 2 D TR. ATR, PA, D-TGA, DA

28-MAR-04
04:35:31PM
V7 - 8
7.0 MHz 70mm
CARDIAC



60dB -/ 0/B/D
GAIN= -1dB

TEXT 1

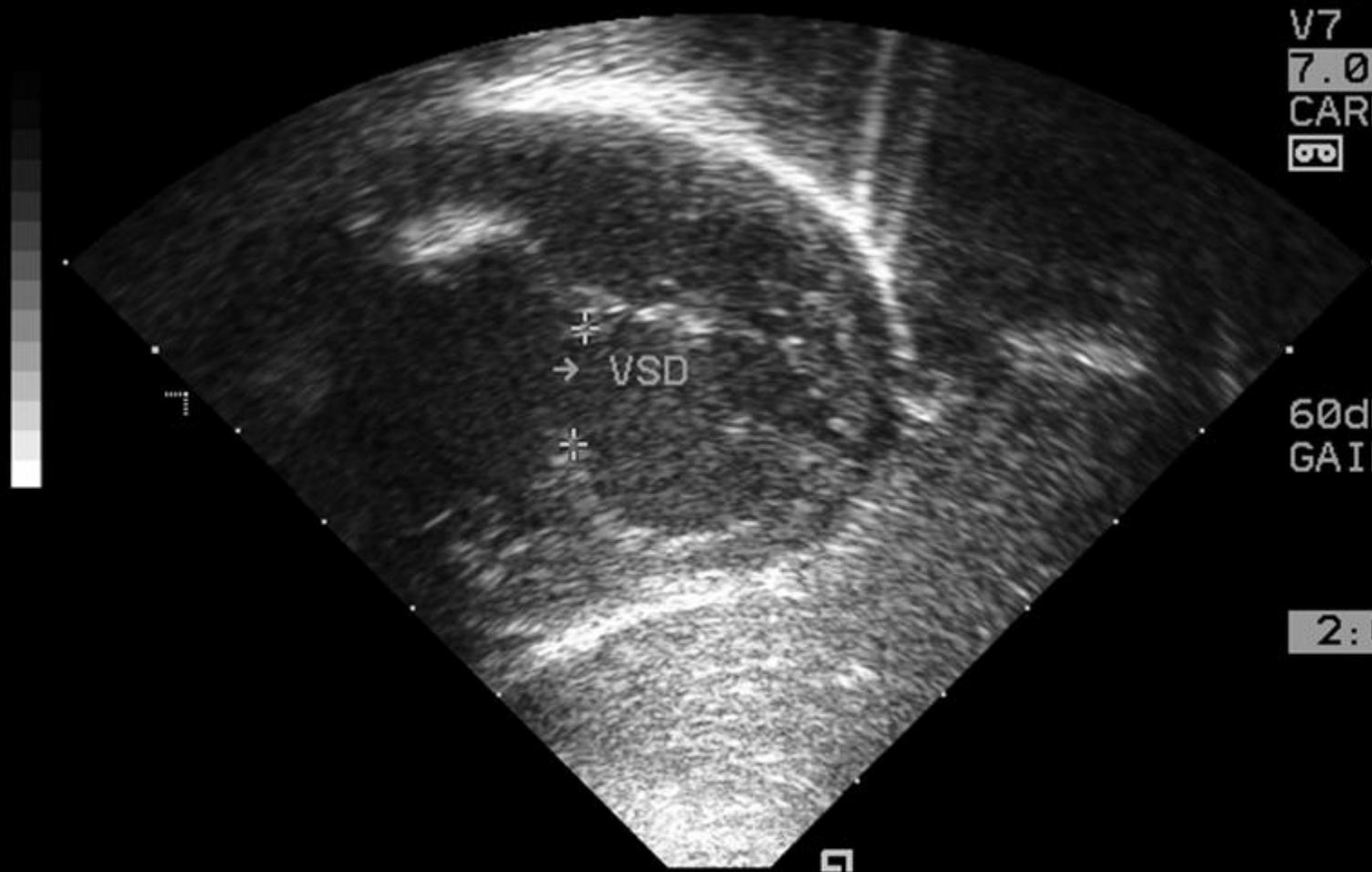
IMAGE /OFF

HOME SET

HOME

PT: CHIRKIN 2 D TR. ATR, PA, D-TGA, DA

28-MAR-04
04:37:31PM
V7 - 6
7.0 MHz 70mm
CARDIAC

60dB - / 0/B/D
GAIN= -1dB

2:0 100%

DIST= 0.95cm

TEXT 1

IMAGE ON/OFF

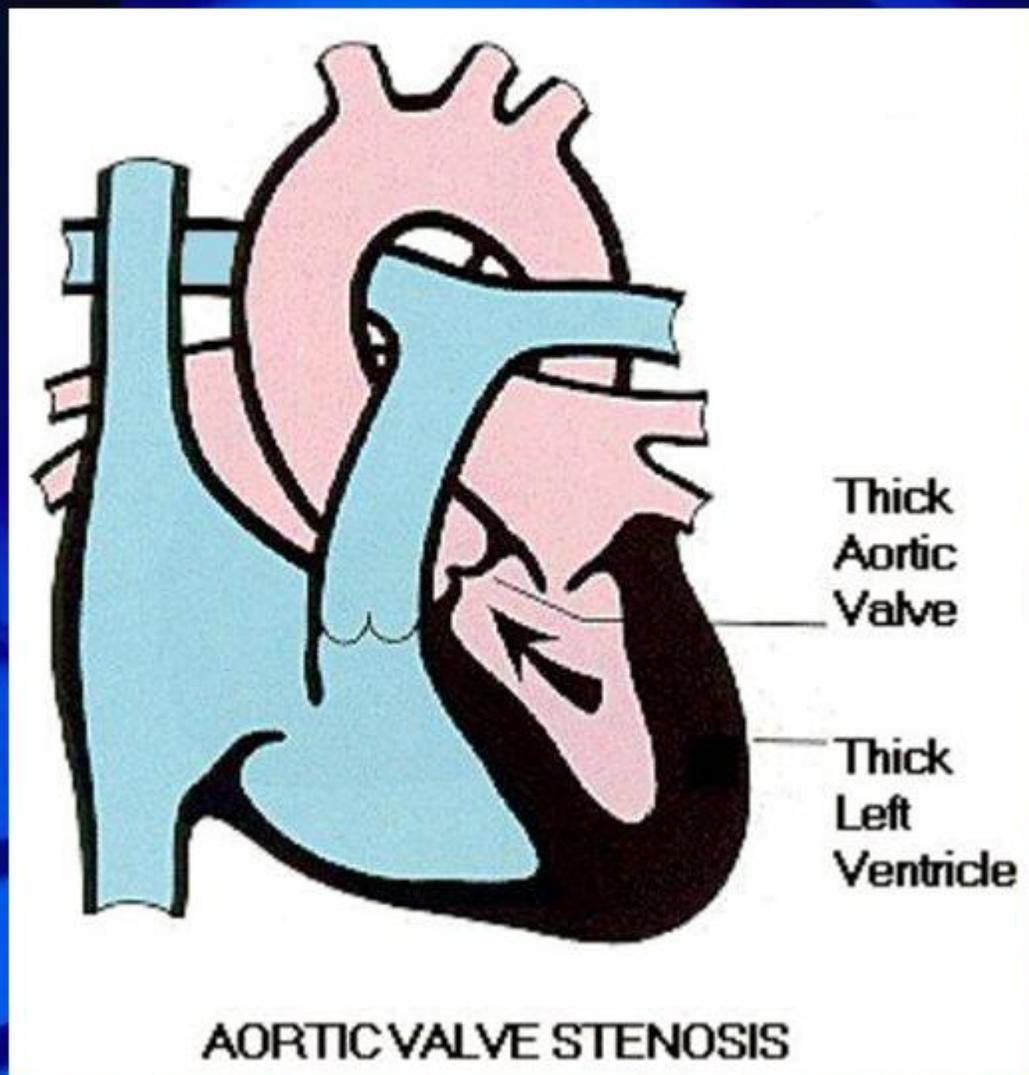
HOME SET

HOME

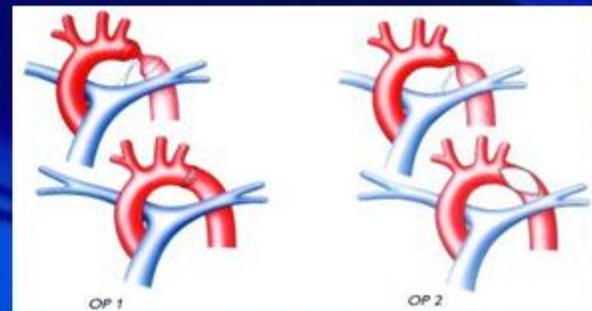
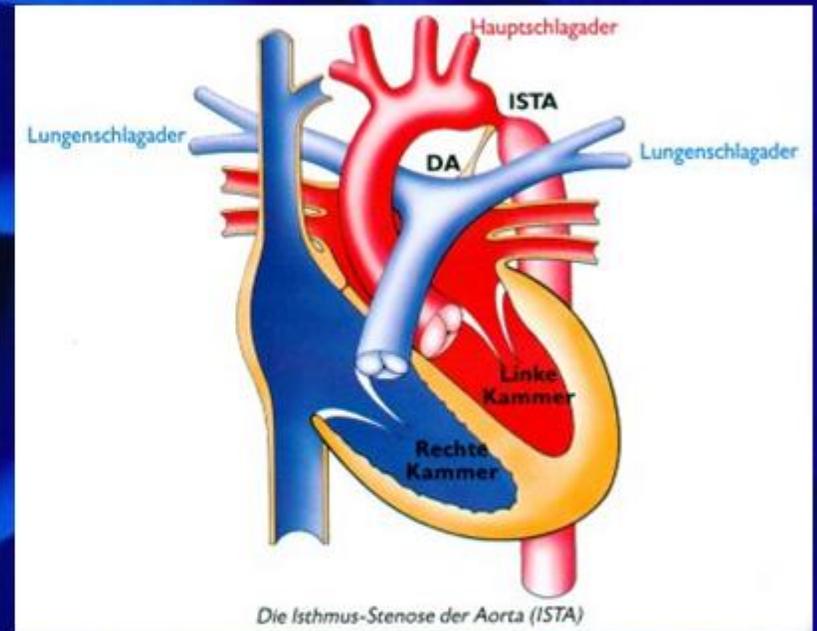
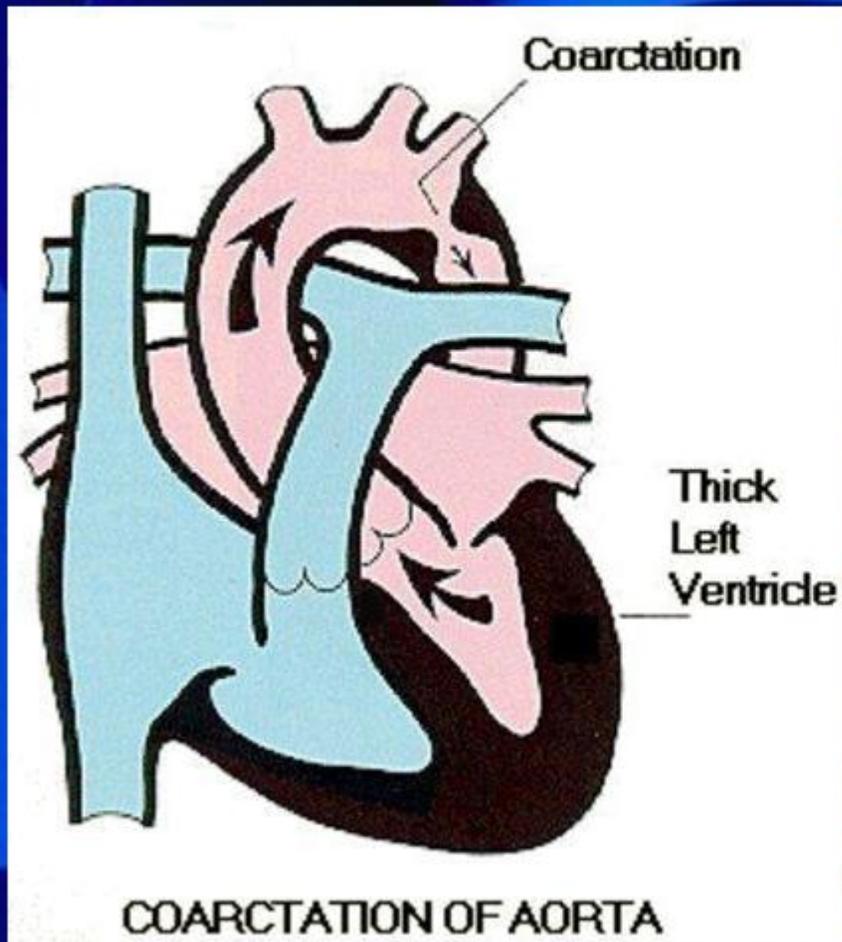
**Главный гемодинамический эффект –
затруднение выброса из левого
желудочка**

- **Аортальный стеноз (клапанный)**
- **Коарктация аорты**
- **Гипоплазия левых отделов**
- **Субаортальный стеноз**

Аортальный стеноз (клапанный)

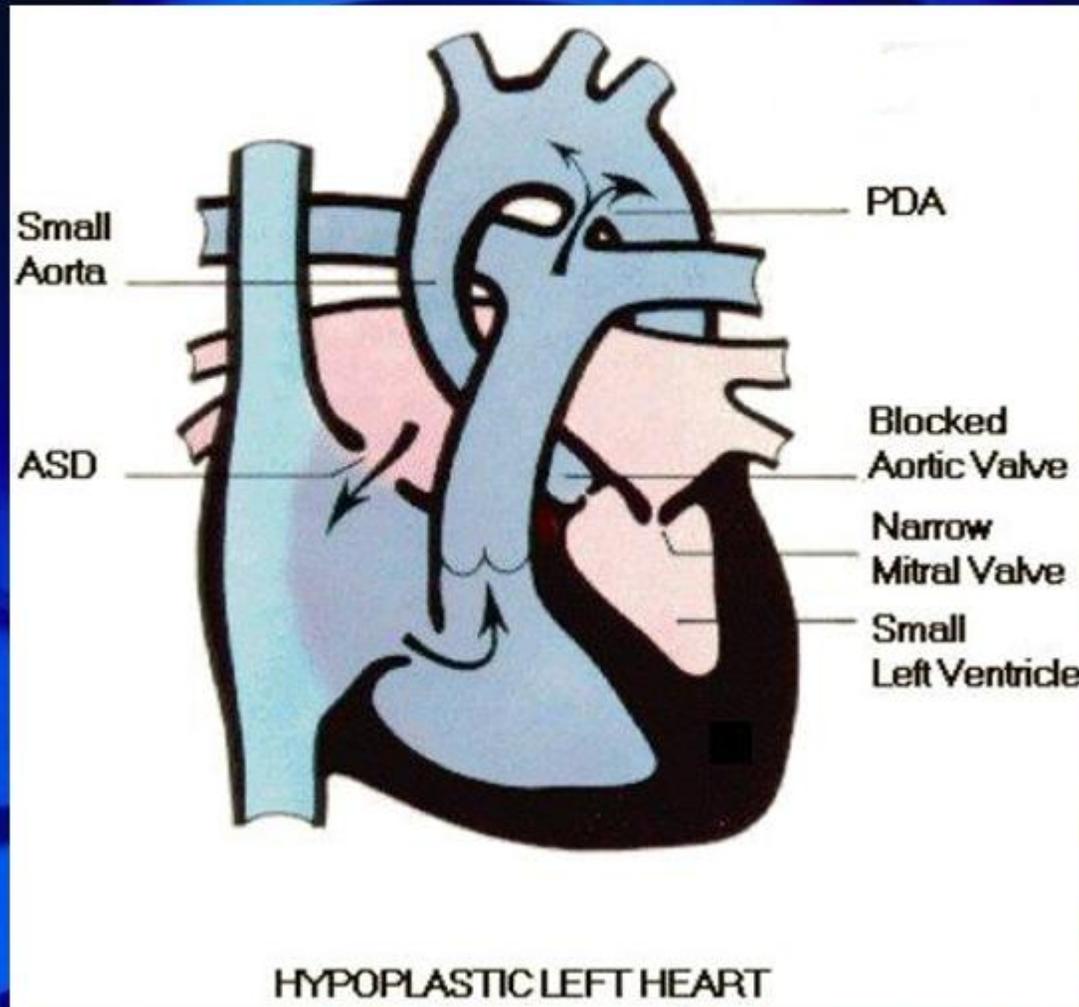


Коарктация аорты

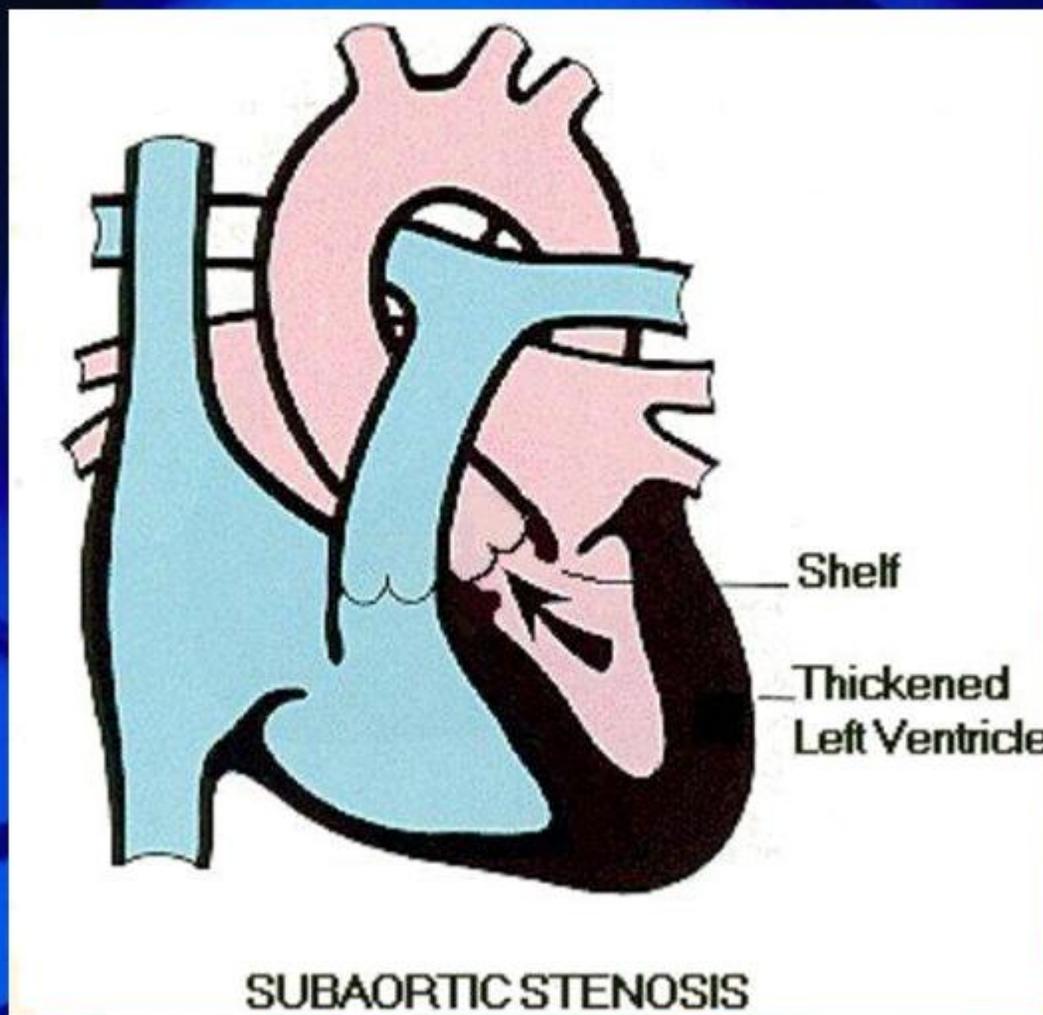


Гипоплазия левых отделов

(ВПС с проток-зависимым системным кровотоком:
Гипоплазия левых отделов сердца. Митральная и аортальная
атрезия, ДМПП, ОАП)



Субаортальный стеноз



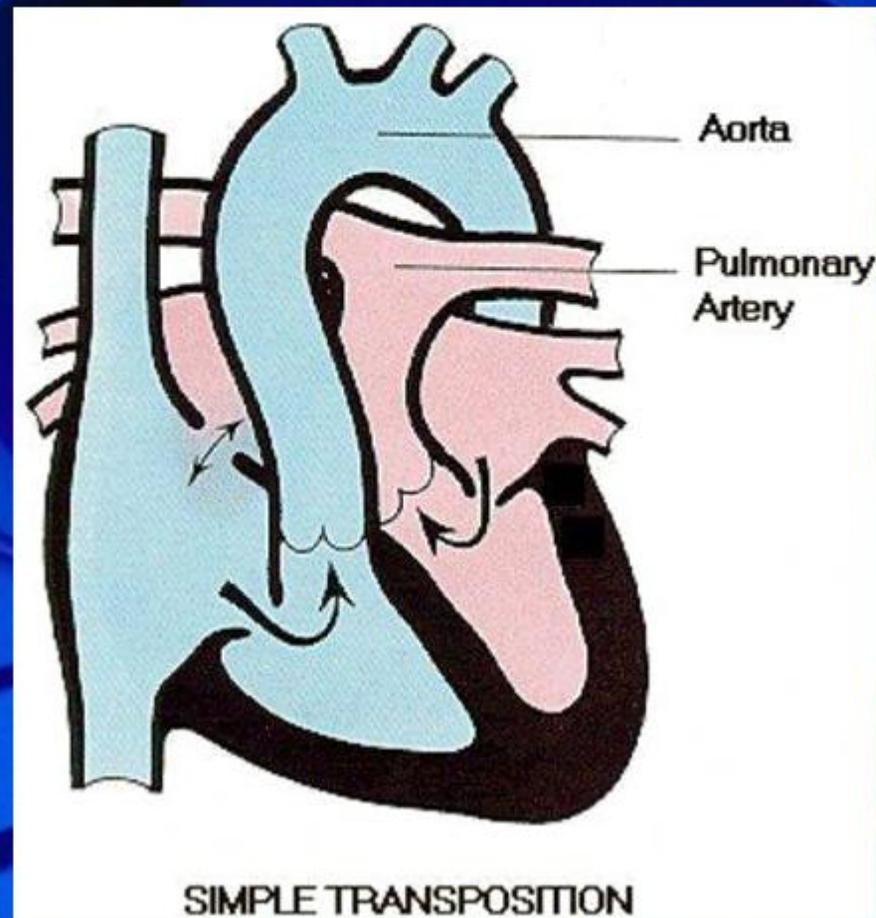
Главный гемодинамический эффект – параллельная циркуляция

- Транспозиция магистральных сосудов
- Комплексная ТМС
- ТМС с ДМЖП и клапанным стенозом ЛА

Простая транспозиция магистральных сосудов

(Проток-зависимый ВПС с цианозом:

Простая транспозиция магистральных сосудов с интактной межжелудочковой перегородкой)



.92



.92



Store in progress

1:49:41

T1/ 0/ 0/VV:1

1/2 CD:3.5MHz

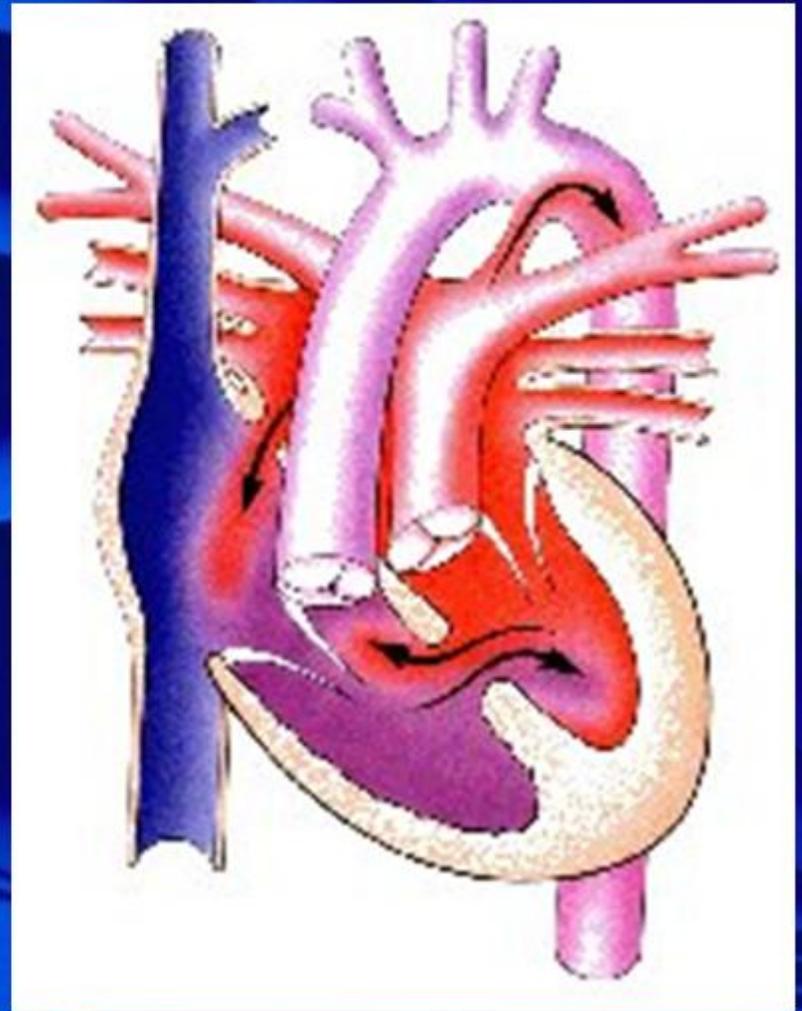
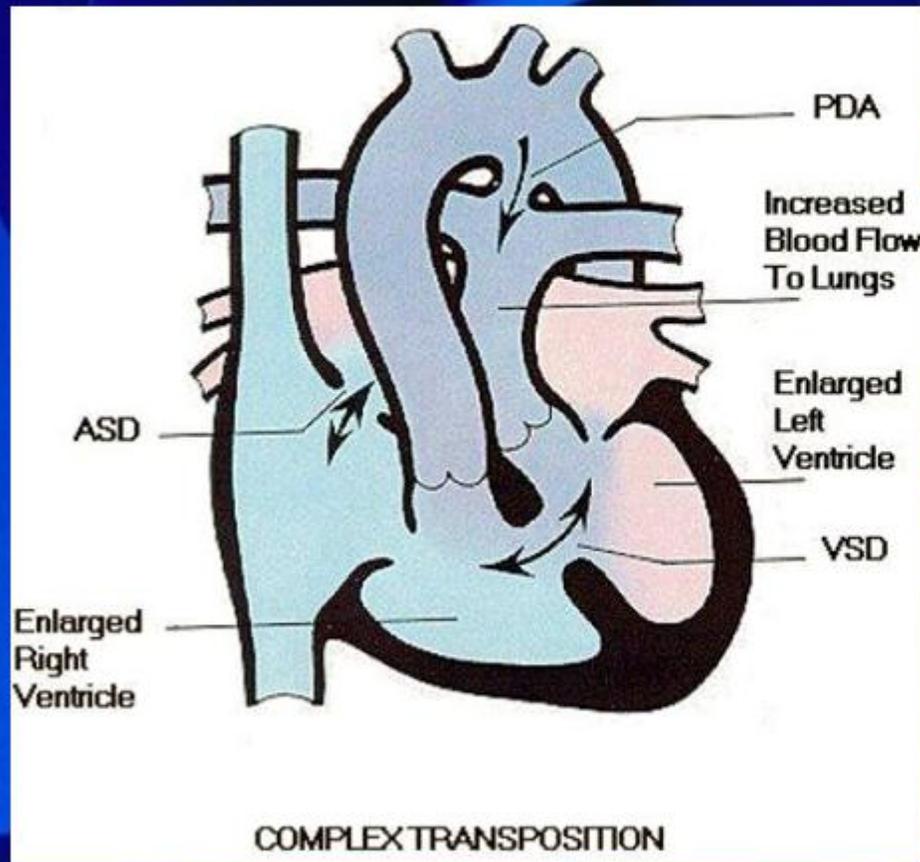
CD Gain = 51

7V3c

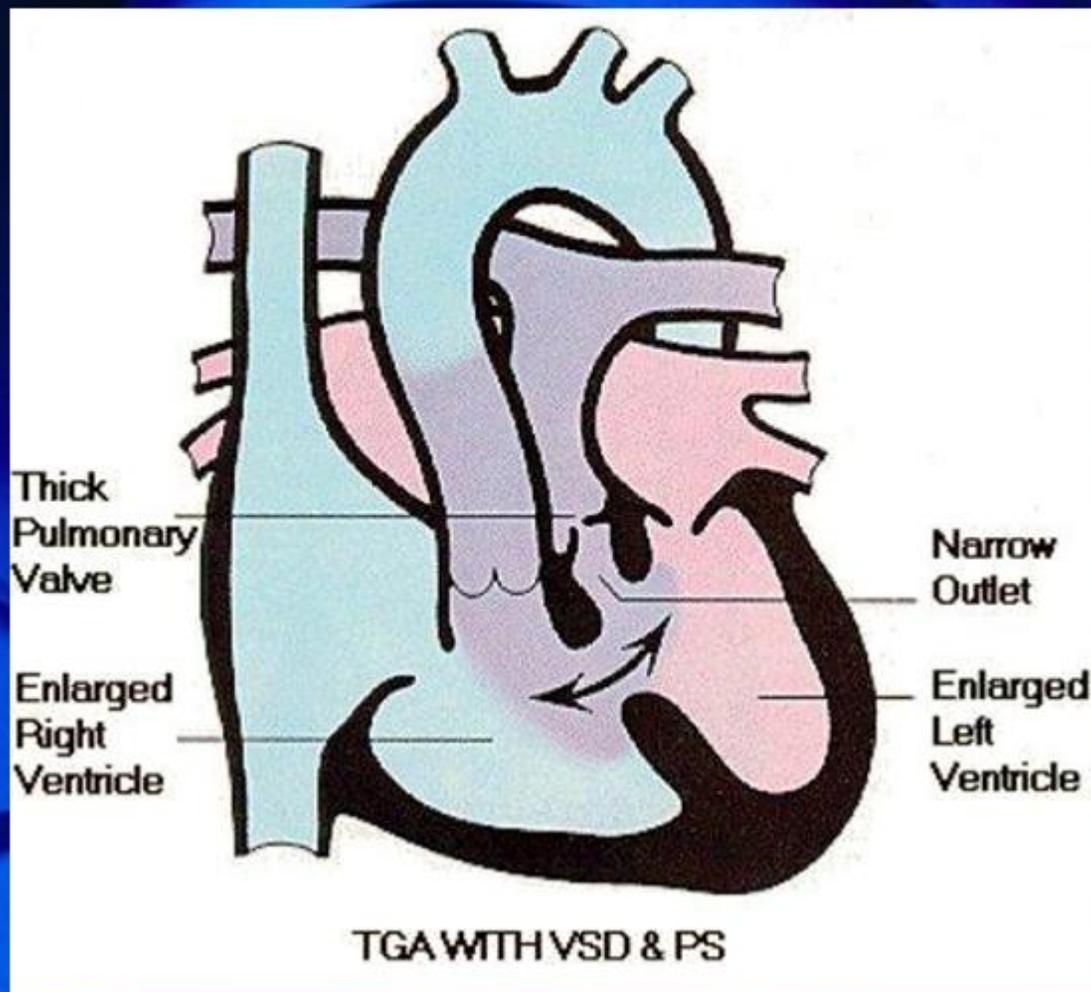
7.0MHz 70mm

Cardiac

Комплексная ТМС



ТМС с ДМЖП и клапанным стенозом ЛА

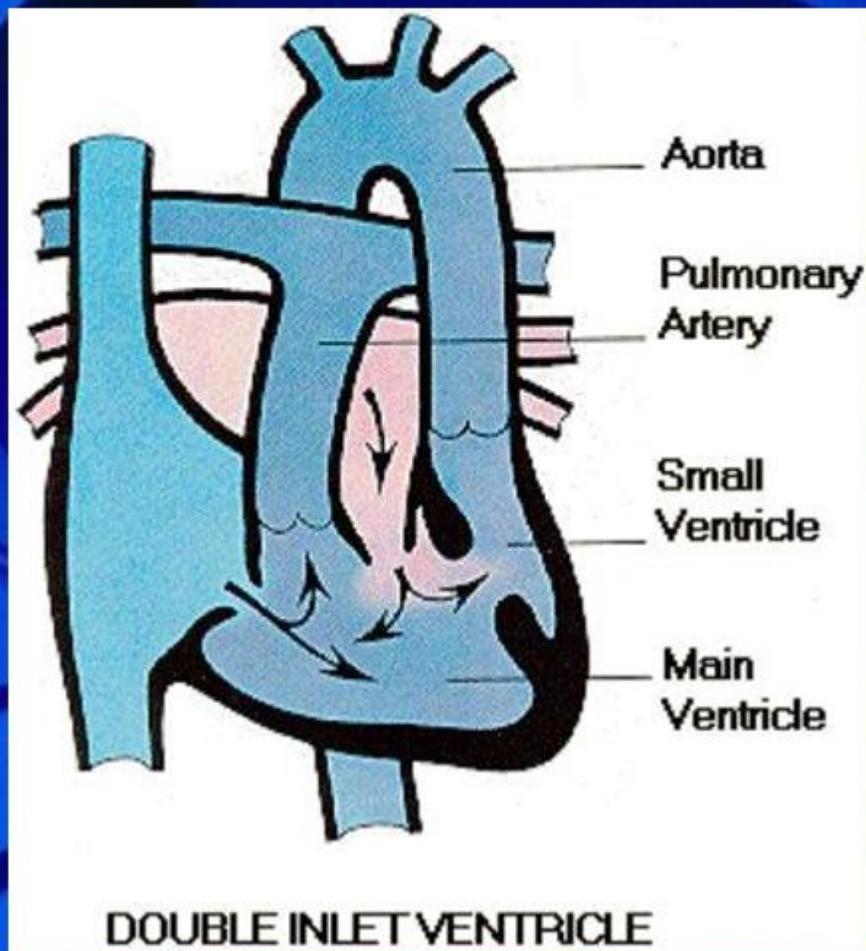


Двойное отхождение сосудов от правого желудочка,

желудочка,

(ВПС с цианозом:

транспозиция магистральных сосудов, ДМЖП)



Тактика при критических ВПС «синего» типа

Лечение	ВПС с проток-зависимым легочным кровотоком	ВПС с проток-зависимым системным кровотоком
Простогландин E1	Да (следить за PO2)	Да (следить за метаболическим ацидозом)
ИВЛ, интубация	Если нуждается и для транспортировки	Да
РЕЕР	Нет	Да (8-10 мм)
Кислород	Да	Нет
Мочегонные	Если нуждается	Да
Дигоксин	нет	нет
Инотропы	скорее нет	скорее да
Показатели крови	Hct > 45%	Hct>45%

Лечение критических состояний при ВПС

- Кислород (не всегда!!)
- Коррекция метаболического ацидоза
- Коррекция гипогликемии
- Интубация, ИВЛ
- Инотропная терапия, дигоксин
- Мочегонные
- Температурный режим (кувез)
- Парентеральное питание
- Септостомия
- Хирургия
- Простагландины, индоцин

Операбельность ВПС

- При цианотических формах ВПС наличие сброса венозной крови в артериальную или смешение крови ведут к увеличению объема крови в большом круге кровообращения и уменьшению в малом, что приводит к снижению насыщения крови кислородом (гипоксемии) и к появлению цианоза кожи и слизистых. Для улучшения доставки кислорода к органам и повышения эффективности вентиляции происходит развитие коллатерального кровообращения между сосудами большого и малого круга кровообращения. Перестройка коллатеральной сети кровообращения происходит в сосудах всех органов. Особенно это выражено в сосудах сердца, легких и головного мозга.

Операбельность ВПС

- Благодаря компенсаторным механизмам состояние больного с цианотическими формами ВПС, несмотря на тяжелые нарушения гемодинамики, может быть длительно удовлетворительным, но постепенно компенсаторные механизмы истощаются, длительная гиперфункция миокарда приводит к развитию тяжелых необратимых дистрофических изменений в сердечной мышце. Поэтому оперативное вмешательство при цианотических пороках (радикальное или паллиативное) показано в самом раннем детском возрасте.

Если Вы не можете
определить, что происходит с
ребенком, то позовите хирурга.
Они тоже ничего не выявят, но
точно что-нибудь с ним
сделают. (Законы Шпитцера для
неонатологии)

Тактика хирургического лечения

Тактика оказания помощи больным с ВПС строится с учетом течения порока, эффективности консервативного лечения, возможности и риска проведения хирургического лечения. После установления диагноза необходимо решить:

1. Как лечить больного (медикаментозно или хирургически)?
2. Оценить сбалансированность легочного кровотока
3. Определить сроки выполнения операции.
4. Выбрать тактику хирургического лечения

Классификация (J. Kirklin и соавт. 1984) сроков оперативного лечения

- 0-я группа - больные с ВПС, с незначительными нарушениями гемодинамики, которые не нуждаются в операции
- 1-я группа - больные, состояние которых позволяет провести операцию в плановом порядке (через год и более)
- 2-я группа - больные, которым операция показана в ближайшие 3-6 мес.
- 3-я группа - больные с тяжелыми проявлениями ВПС, которых необходимо оперировать в течение нескольких недель
- 4-я группа - больные, нуждающиеся в экстренной операции (в течение 48 ч после госпитализации)

Сроки проведения операций по поводу ВПС ¹

ВПС	ВАРИАНТЫ	СРОКИ ОПЕРАЦИЙ
ОАП	1. Большой диаметр, сопровождающийся НК	срочно
	2. Малый или средний, бессимптомный	при выявлении, до 6 лет
ДМЖП	1. Большой, сопровождающийся НК	от 1 до 12 мес
	2. Средний с незначительной НК	6-12 мес
	3. Маленький рестриктивный	операция не показана
ДМПП	1. Большие и средние	2-5 лет
	2. Малые	не показана
АВК	1. Неполный	1-5 лет
	2. Полный	до 9 мес
КА	1. Сопровождающаяся симптомами	по установлению
	2. Бессимптомная	до 7 лет
СА	1. С симптомами	срочно
	2. Бессимптомный	при градиенте более 40 мм рт ст
СЛА	1. С симптомами	срочно
	2. Бессимптомный	при градиенте более 40 мм рт ст

Сроки проведения операций по поводу ВПС ²

ВПС	ВАРИАНТЫ	СРОКИ ОПЕРАЦИЙ
ТФ	1. Бессимптомная	радикальная с 6 мес
	2. Небольшой цианоз без приступов	радикальная с 6 мес
	3. Выраженный цианоз, приступы	шунт, ч/з 1-1,5 года радикальная
ТМС	1. Без СЛА	радикальная до 2х недель
	2. Со СЛА	шунт в раннем возрасте, затем Растелли
ТМС+ДМЖП	1. Без СЛА с рестриктивным ДМЖП	радикальная до 2-3 недель
	2. Без СЛА с большим ДМЖП	радикальная с 2-3 нед
	3. Со СЛА	шунт либо Растелли с вариантами
АТК	В зависимости от легочного кровотока	шунт, атриосептостомия, Glenn с 6 мес, Фонтен с 2,5 лет
ЕЖ	1. Со СЛА	шунт в раннем возрасте, Glenn с 6 мес, Фонтен с 2,5 лет
	2. Без СЛА	сужение ЛА до 3-4 мес, Glenn, Фонтен
Атрезия ЛА	В зависимости от типа	срочно шунт в новорожд., затем протезирование ЛА 3-7 лет
ОАС	В зависимости от типа	протезирование ЛА, либо пластика собственной ЛА
ГЛОС		Норвуд 1, Glenn, Фонтен

Хирургическое лечение

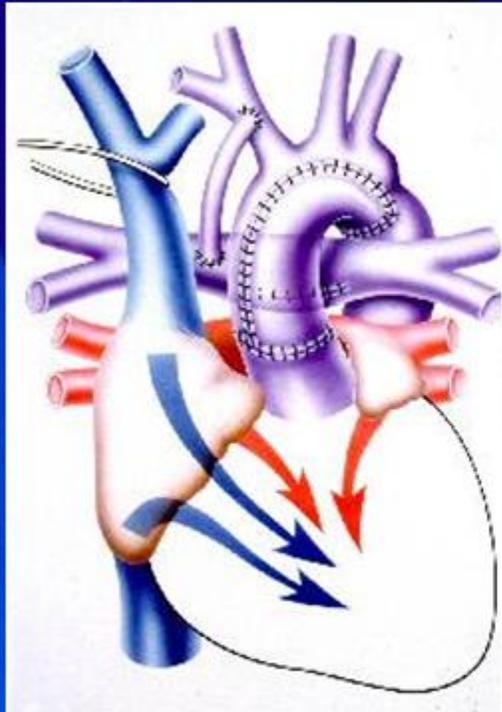
Радикальная коррекция простых неосложненных пороков не представляет технических трудностей для специализированной кардиохирургической клиники.

- При ДМЖП и ДМПП выполняется ушивание или пластика дефектов заплатой
- При ОАП - перевязка протока
- При выраженной гипоксемии первым этапом у больного с ВПС проводится паллиативная операция - наложение различных межсистемных анастомозов . После проведения операции улучшается насыщение крови кислородом, что позволяет ребенку развиваться в более благоприятных условиях. Выполнение двухэтапных операций, по данным различных авторов, не только не увеличивает риск вмешательства, но уменьшает летальность при радикальной коррекции

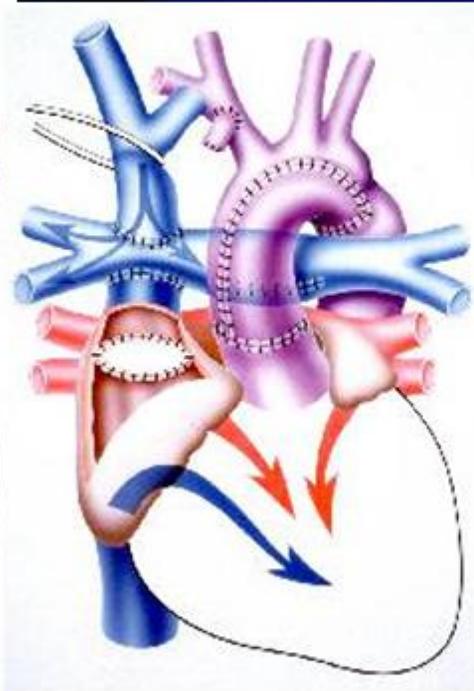
При анатомически сложных ВПС

- В случаях, когда отсутствуют или недоразвиты различные отделы сердца (атрезия трикуспидального и митрального клапанов, единственный желудочек сердца, двухкамерное сердце и т.д.) выполнение радикальной операции не представляется возможным и единственной операцией может быть гемодинамическая коррекция внутрисердечной гемодинамики, которая позволяет разделить артериальные и венозные потоки крови, не устраняя полностью анатомические пороки. К ним относятся различные модификации гемодинамической коррекции по методу Фонтена, Мастарда и Сенинга

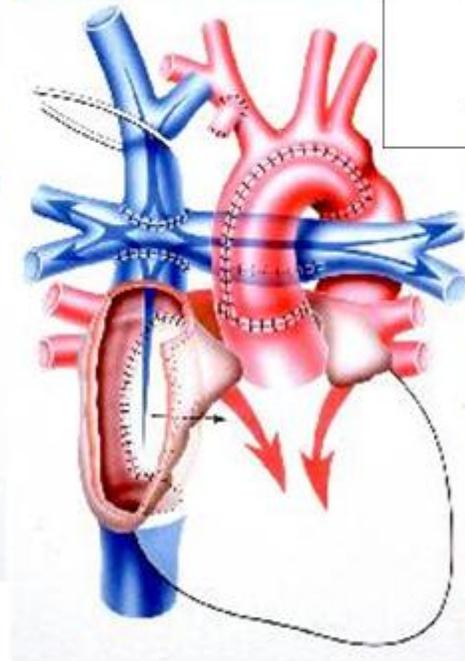
Операция Норвуда (гипоплазия левых отделов)



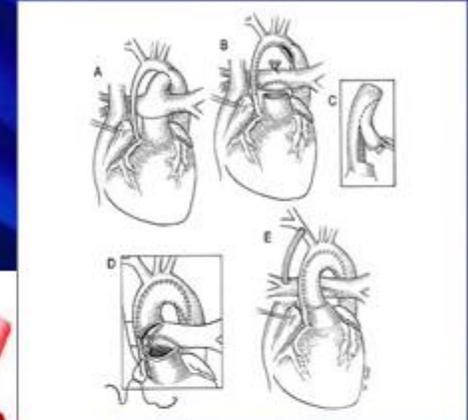
Norwood Stufe I



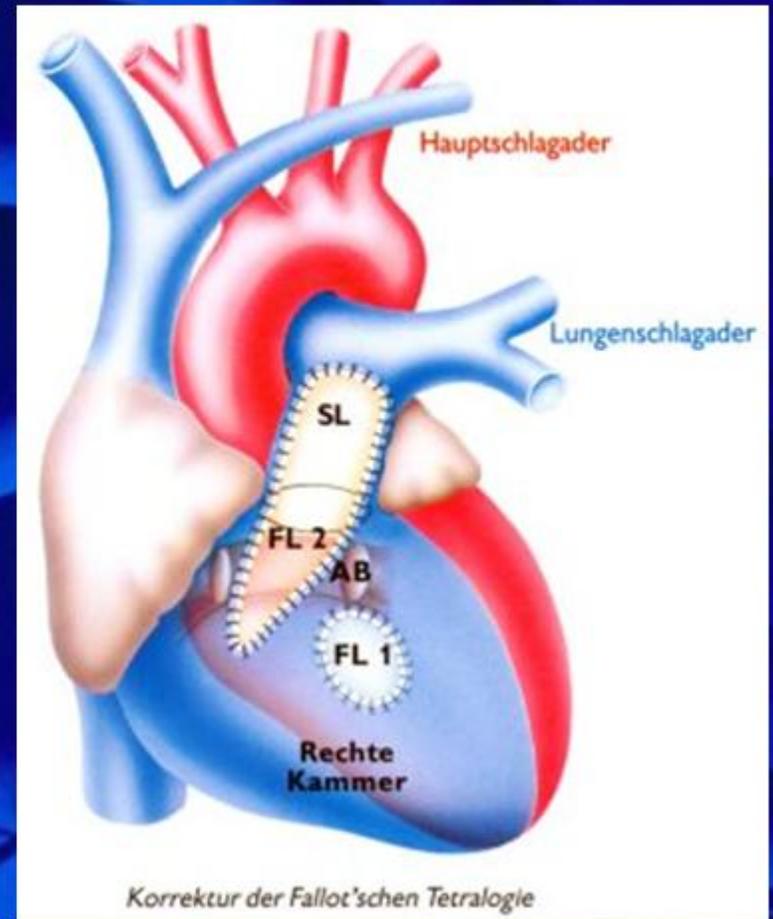
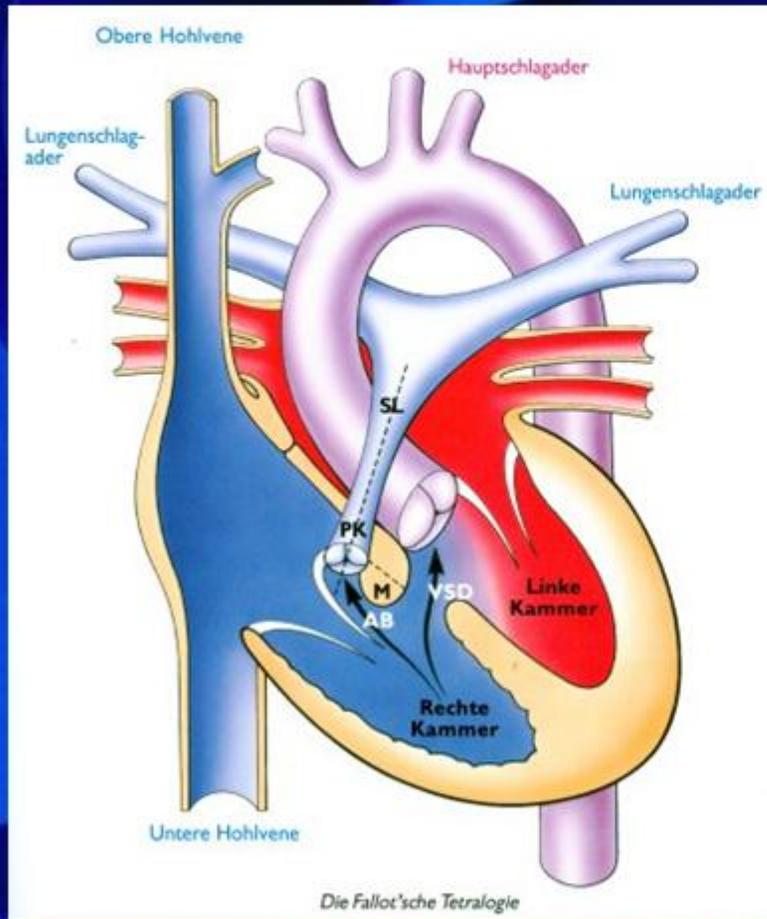
Norwood Stufe II
Hemifontan Operation



Norwood Stufe III
Fontan Operation



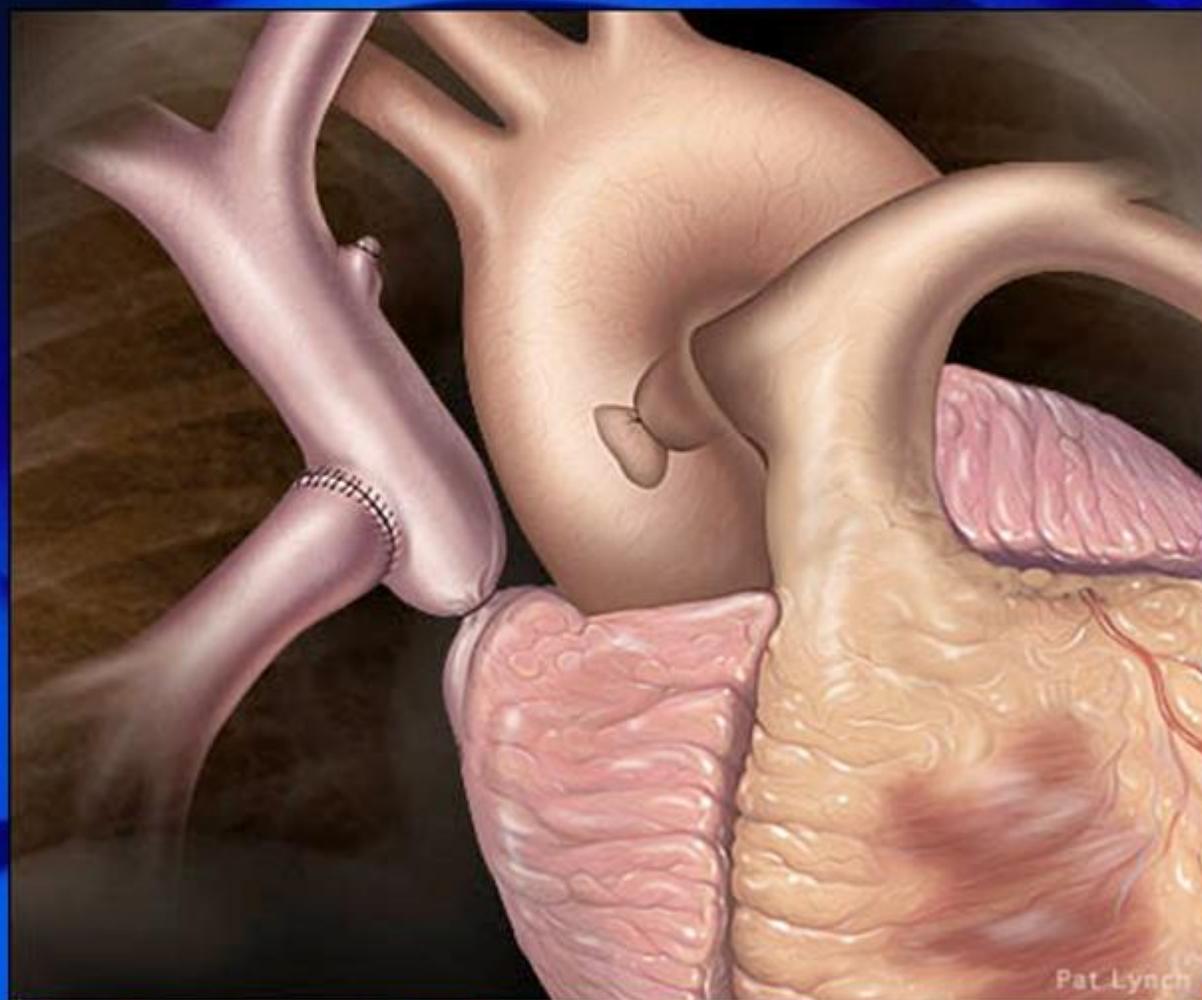
Коррекция тетрады Фалло



Сужение легочной артерии



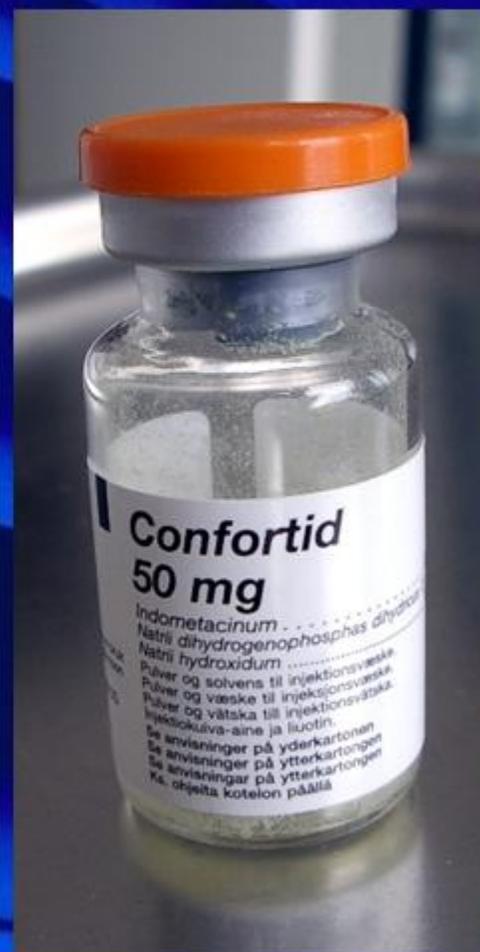
Операция Гленна



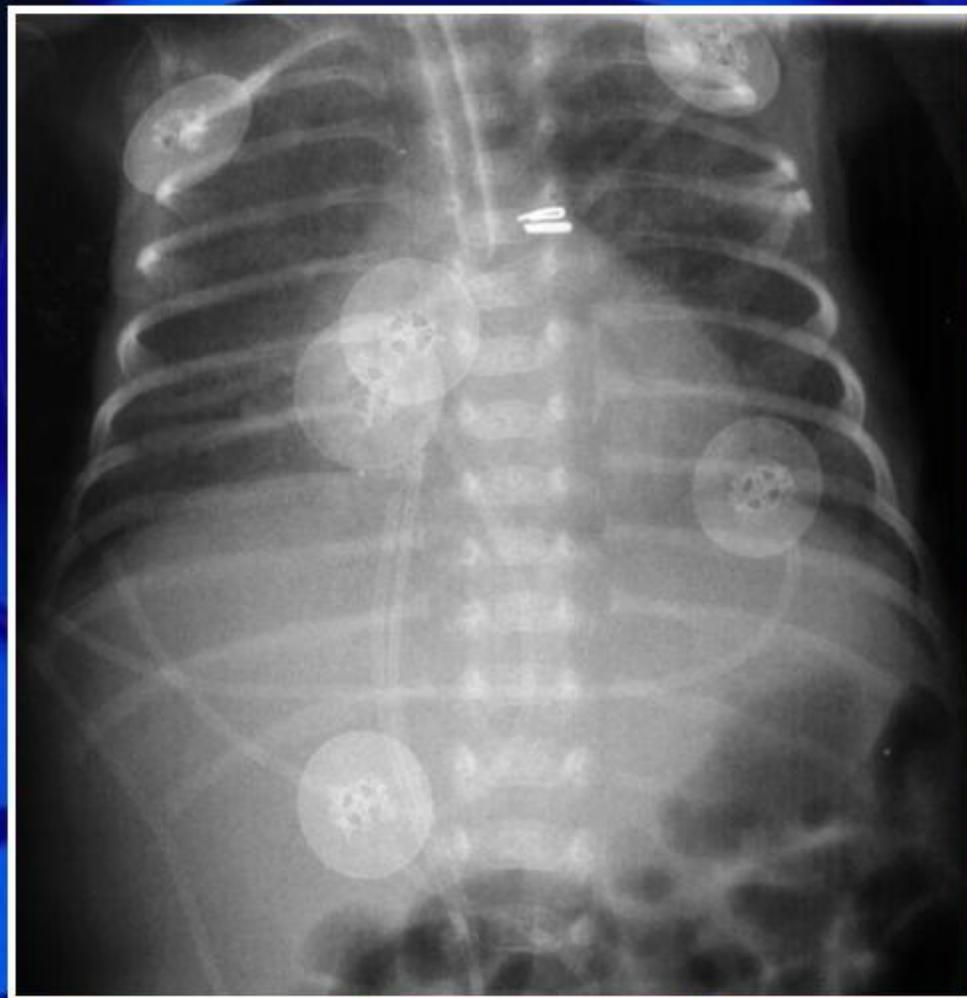
Консервативная терапия ОАП

Индометацин

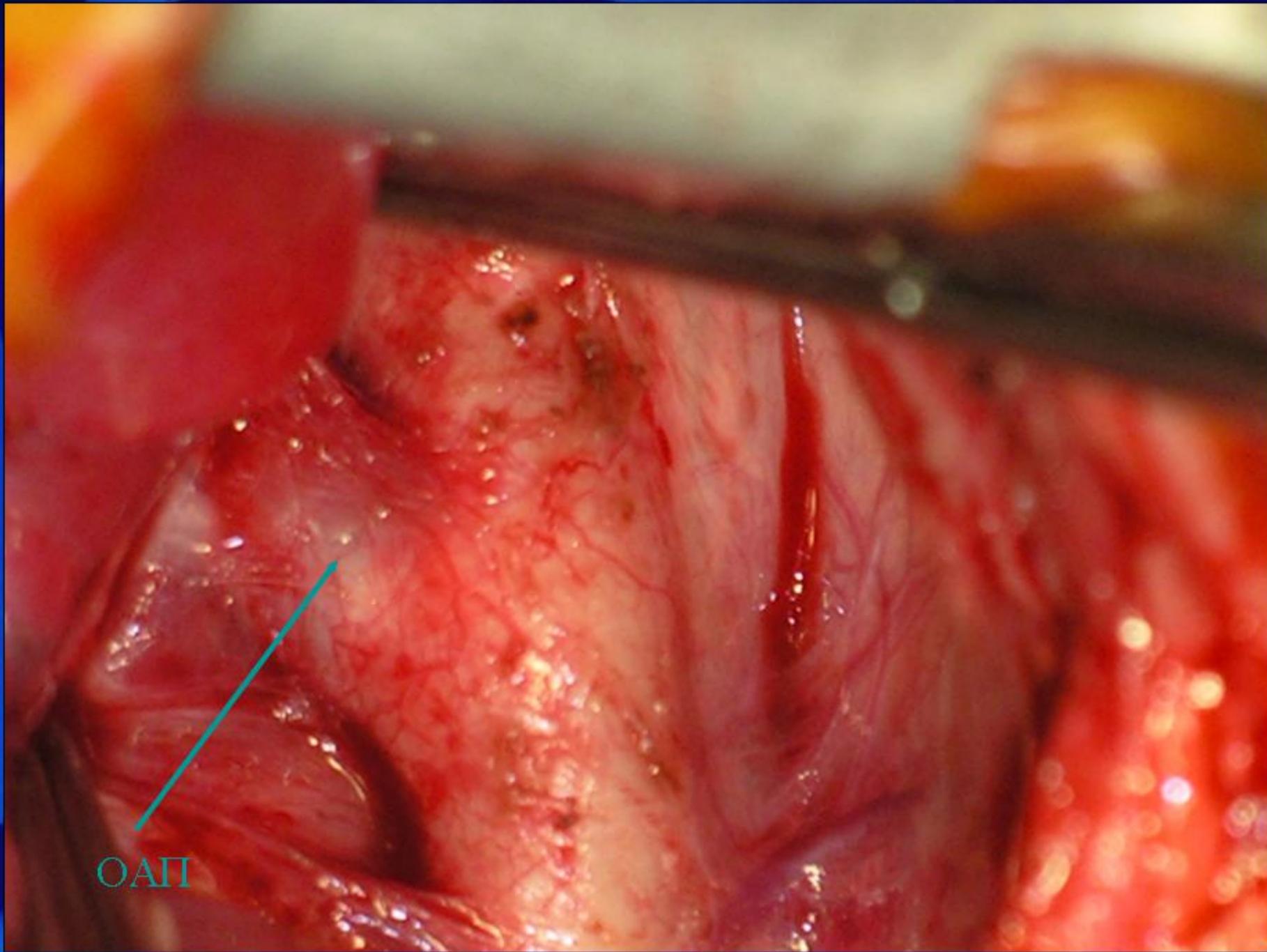
0,25 мг/кг каждые 12 часов
в/в три раза



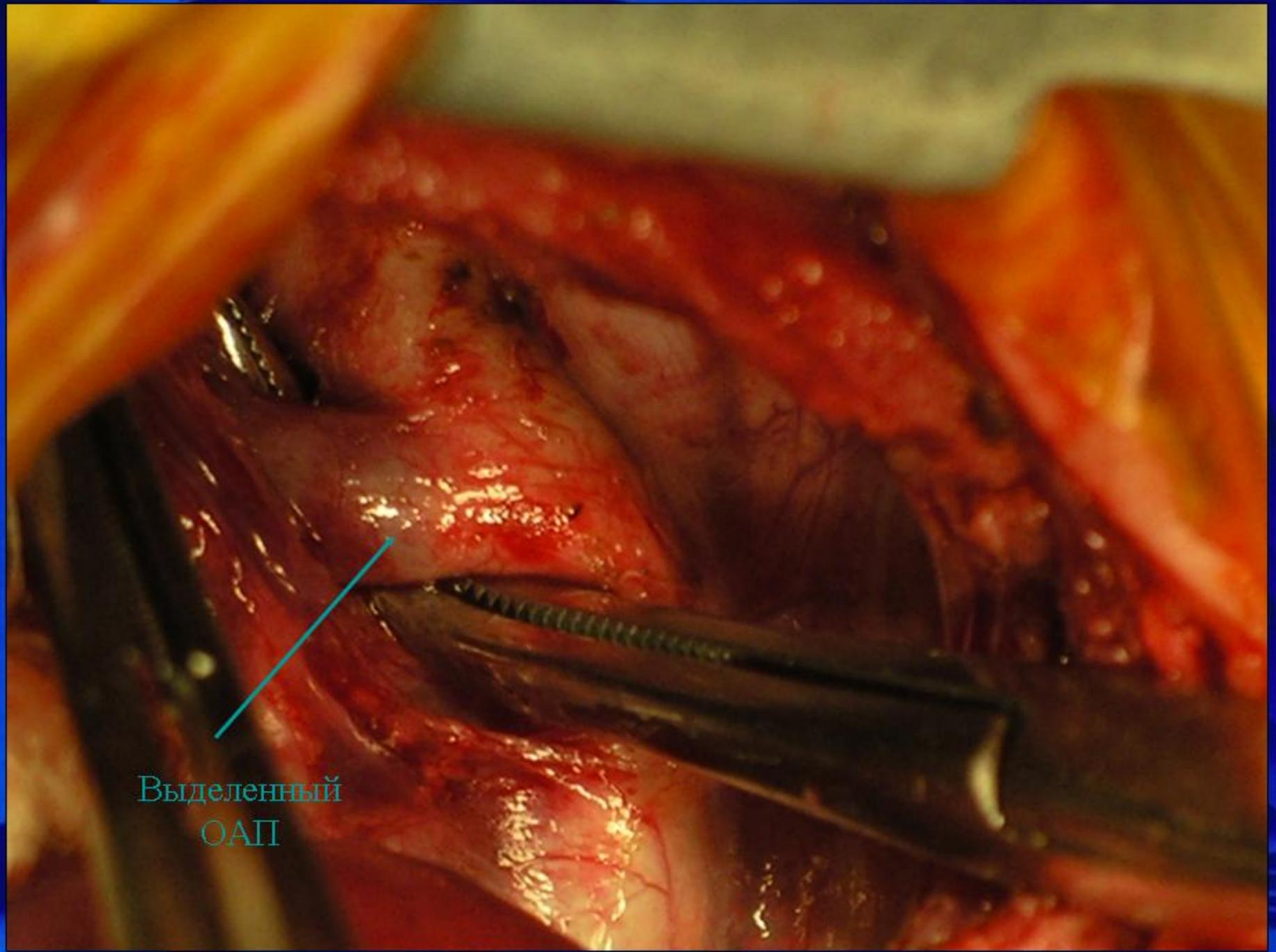
Оперативное лечение ОАП



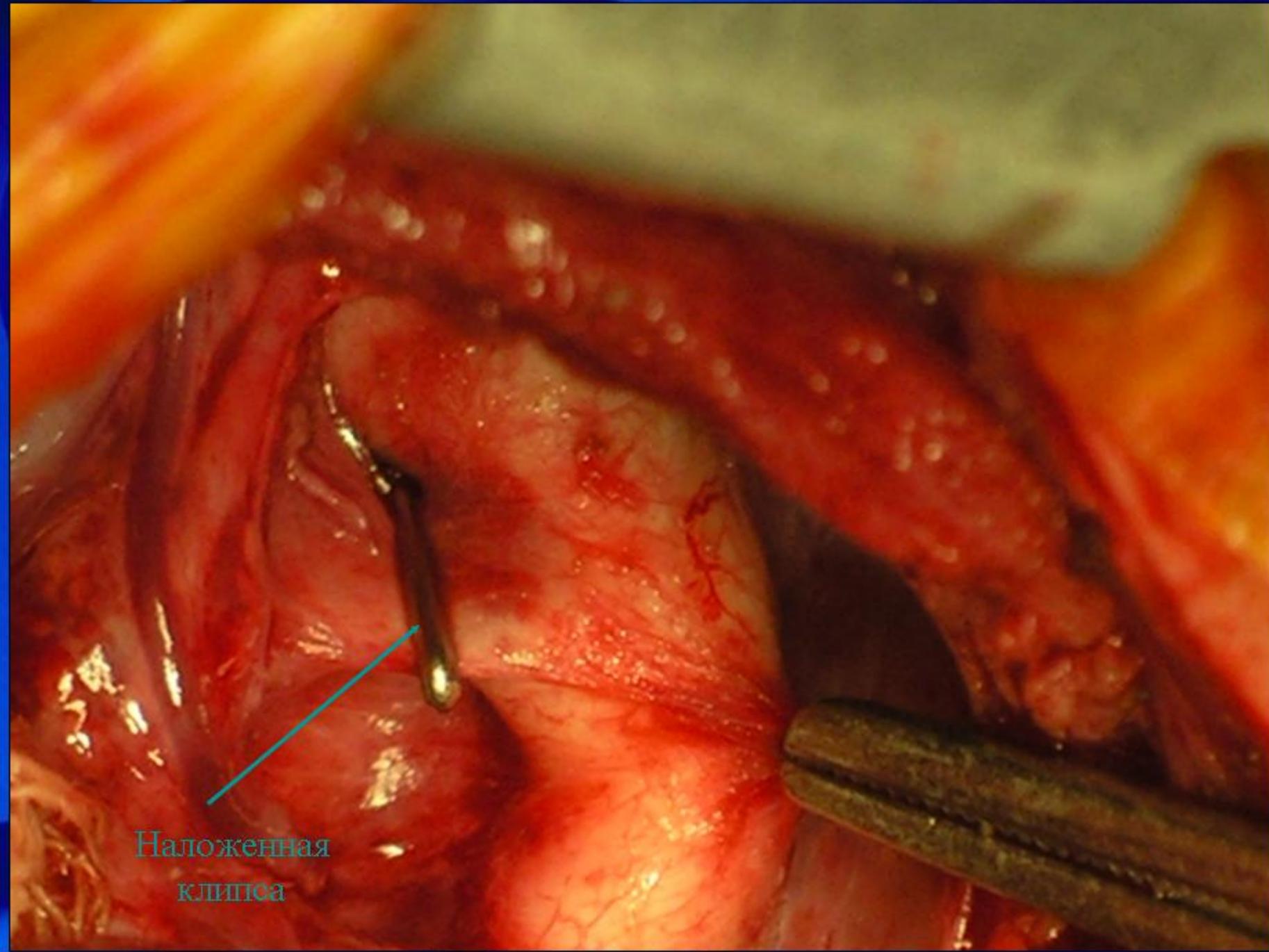




OAT



Выделенный
ОАП

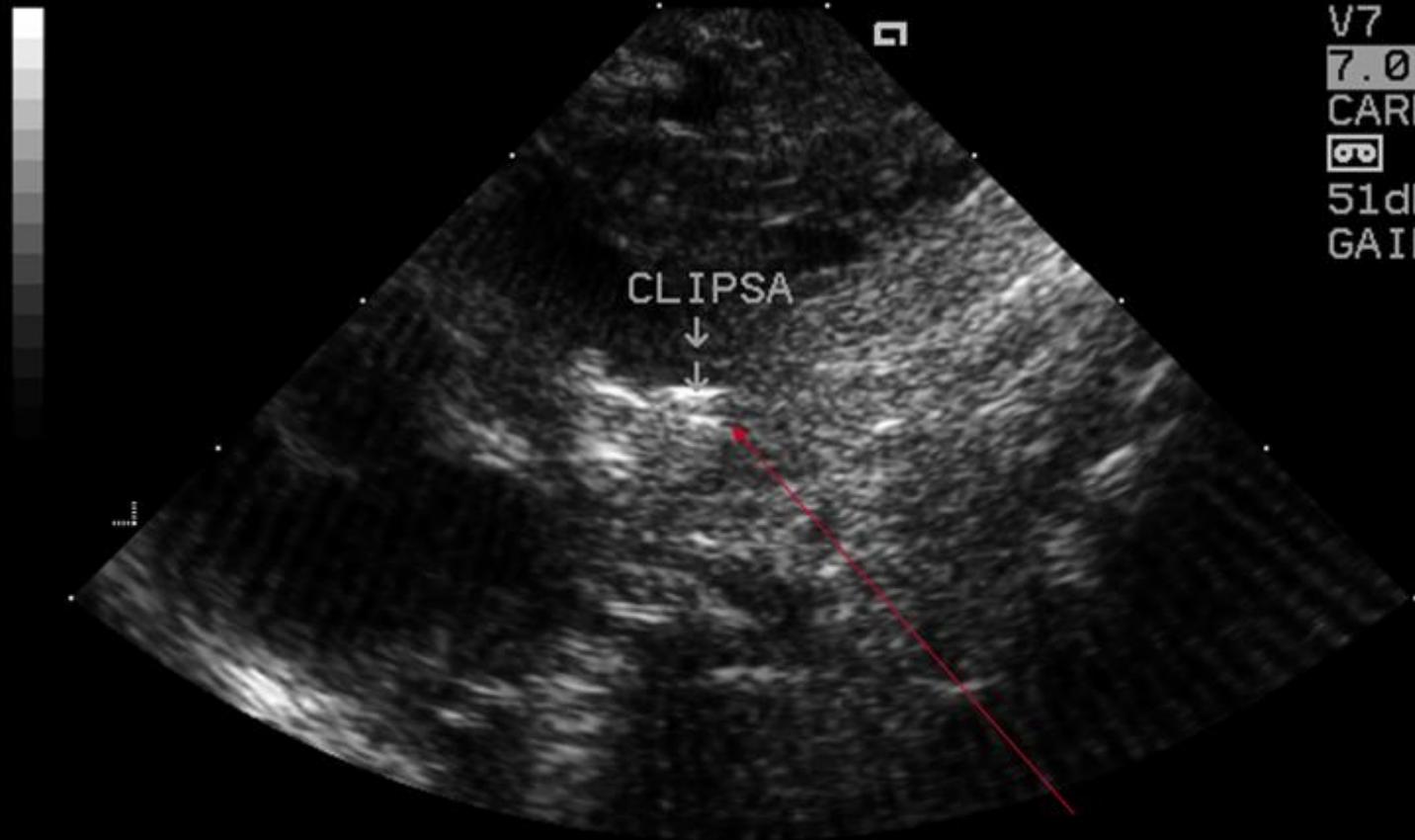


Наложённая
клипса

PT: GULYANITSKAYA P/O CLEP PDA

06-NOV-03
03:32:35PM
V7 - 19
7.0 MHz 40mm
CARDIAC

51dB -/ 0/B/D
GAIN=-19dB



Клипса на ОАП повышенной
ЭХО плотности

TEXT 1

IMAGE ON/OFF

HOME SET

HOME

Легочная гипертензия

- Примерно 50% детей первого года жизни с большим сбросом крови в малый круг кровообращения без хирургической помощи погибают при явлениях сердечной недостаточности
- Если ребенок переживает этот критический период, то к году в результате спазма легочных артериол уменьшается сброс крови в малый круг и состояние ребенка стабилизируется, однако это улучшение касается только самочувствия больного, так как одновременно начинают развиваться склеротические процессы в сосудах легких
- Существует много классификаций легочной гипертензии

Факторы, влияющие на повышение ЛСС

- Легочная вазоконстрикция из-за гипоксемии и ацидоза
- Повышение легочного кровотока из-за лево-правого шунта (ОАП, ДМЖП и т.д.)
- Уменьшение объема сосудистого русла легких из-за гипертрофии медиального слоя мелких легочных артерий
- Пребывание в районах высоко над уровнем моря

Легочная гипертензия : фазы развития

1. Гиперводемическая (увеличение объема - СН. Давление и сосудистое сопротивление МКК в норме)
2. Смешанная (спазм сосудов - увеличение давления и сосудистого сопротивления МКК - уменьшение лево-правого шунтирования)
3. Склеротическая

Легочная гипертензия

- Прекапиллярная (артериальная)- увеличение сопротивления в артериолах и мелких артериях.
 - ВПС с увеличенным легочным кровотоком
- Посткапиллярная (венозная)- увеличение КДД в левом желудочке, ЛП, и легочных венах.
 - миокардиты
 - ВПС с обструкцией ЛЖ и аномалии МК
- Первичная

Легочная гипертензия

Классификация, основанная на величине давления в легочной артерии, степени сброса крови и соотношении общелегочного сопротивления к показателям большого круга кровообращения (В.И. Бураковский и соавт., 1975)

Стадия гипертензии	Отношение систолического давления в легочном стволе к системному артериальному давлению	Сброс крови по отношению к минутному объему малого круга кровообращения в %	Отношение общего легочного сосудистого сопротивления к системному
IA (норма)	До 30	<30	До 30
IB	30	>30	30
II	До 70	В среднем 50—60	30
IIIA	>70	>40	<60
IIIB	<100	<40	>60
IV	100	Справа-налево	100

Согласно этой классификации, больные делятся на 4 группы, где I и III стадия разделены на подгруппы А и Б. Больные IA группы имеют небольшие нарушения гемодинамики и нуждаются в наблюдении кардиолога. У больных IB и II группы ставится вопрос об операции. Легочная гипертензия в этих группах носит функциональный характер

Операбельность ВПС

У больных III группы при большом сбросе крови в малый круг изменения в легочных сосудах значительно более выражены. При IIIА гемодинамической группе возможна радикальная коррекция порока, и давление после операции снижается. В IIIБ и IV группе хирургическое лечение не показано. Дифференциальный диагноз между IIIА и Б группами сложен, и нередко для решения вопроса об операбельности порока необходимо выполнить катетеризацию сердца с подсчетом Qp/Qs, внутрисосудистое ультразвуковое исследование и/или биопсию легкого для изучения морфологических изменений в легочных сосудах. Для оценки этих изменений наиболее часто используется классификация, предложенная Д. Хитом и Дж. Эдвардсом в 1958 г.

Гистологические изменения в легочных сосудах

Стадия	Изменения
1	Гипертрофия средней оболочки мелких мышечных артерий от 15 до 300 мкм
2	Гипертрофия средней оболочки мелких мышечных артерий в сочетании с клеточной пролиферацией интимы
3	Гипертрофия средней оболочки мелких мышечных артерий и склероз внутренней
4	Истончение средней оболочки, дилатация просвета артерий и развитие плексиформных структур
5	Генерализованная дилатация артерий и гемосидероз легких
6	Некротизирующий артериит

Лечение кризов ЛГ

- Гипервентиляция 100% кислородом с созданием респираторного алкалоза
- Создание метаболического алкалоза
- $\text{pH} > 7,5$
- Седатация с миорелаксацией
- Инотропные препараты
- Интравенозные легочные вазодилататоры (нитрорепараты, простагландин)
- Ингаляторные вазодилататоры (оксид азота)

Выводы

- Анализ и этапность оценки всех клинических данных позволяет правильно поставить диагноз
- Точная дифференциальная диагностика порока должна проводиться в специализированном отделении с использованием ЭХОКГ и других методов
- Оценка легочного и системного кровотока является основой в выборе тактики лечения новорожденных, находящихся в критическом состоянии
- Правильная и своевременная постановка диагноза залог успешного хирургического лечения