

К. Б. Бабаджанов

УСКЛАДНЕННЯ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОЇ КОРЕКЦІЇ ТЕТРАДИ ФАЛЛО У ВІДДАЛЕНОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Інститут серцево-судинної хірургії АМН України, Київ

Вступ

Тетрада Фалло (ТФ) залишається однією з найбільш поширених природжених серцевих аномалій. На її частку припадає до 10 % усіх природжених вад серця, причому до 1 року життя без операції гинуть 35 % хворих [1].

Поширеність ТФ і безперспективність її медикаментозного лікування пояснює той значний інтерес, який приділяють їй кардіохірурги усього світу.

Радикальну операцію з усунення ТФ було вперше виконано С. Lillehei і R. Varco (1954) з використанням методу перехресного кровообігу [2]. У 1955 р. J. Kirklin прооперував пацієнта з ТФ в умовах штучного кровообігу (ШК) [1]. Через 5 років (1960) вперше в Україні М. М. Амосов виконав радикальну корекцію (РК) вади із застосуванням вітчизняного дискового оксигенатора [2].

Таким чином, за останні 50 років питанням хірургічного лікування ТФ приділялася неабияка увага. Однак досі залишаються суперечливими погляди на віковий ценз у показаннях до хірургічного втручання, етапність і методики операцій [3; 4].

Так, у роботах G. Nollert і співавторів, а також інших авторів дискутуються питання про віддалені ускладнення, що виникають після РК ТФ, і їх взаємозв'язок з обраною тактикою хірургічної корекції [5].

С. J. Knott-Craig і інші автори повідомляють, що через 10 років після РК ТФ, 10–15 % пацієнтів мають потребу в по-

вторній операції з приводу дилатації правого шлуночка (ПШ) і недостатності клапана легеневої артерії (ЛА), і більшість з них — через обмеження фізичної активності, шлуночкові аритмії та симптоми серцевої недостатності [6].

Виходячи з вищевикладеного, метою цієї роботи було вивчення ускладнень хірургічної корекції тетради Фалло у віддаленому післяопераційному періоді.

Матеріали та методи дослідження

Вихідним клінічним матеріалом послужили результати обстеження хворих, прооперованих у період з 1990 по 2001 рр. з приводу ТФ.

Нами було обстежено 80 пацієнтів. З них пацієнтів жіночої статі було 40 % (n=32), чоловічої — 60 % (n=48).

Середній вік на момент операції становив (2,5±1,2) року.

Двоетапну корекцію вади було проведено 30 % з них (n=24).

Більшості пацієнтів РК ТФ було виконано через праву вентрикулотомію (n=78). Пластику вихідного тракту правого шлуночка (ВТПШ) здійснено за допомогою широкої резекції усіх паріетосептальних і паріетопаріетальних м'язових пучків ВТПШ. За наявності клапанного стенозу ЛА виконували комісуротомію. Якщо клапанне кільце легеневої артерії було значно вужче за норму і якщо при прямому вимірюванні тиск у ПШ був більше 80 % від системного, то для збереження компетентності клапана ЛА виконували транс-

анулярну пластику шматком з автоперикарда або використовували шматок з дакрону або "Gore-Tex".

Трансанулярний розріз, виконаний у 63 пацієнтів (78,7 %), проводили від ПШ до стовбура і далі — до біфуркації стовбура ЛА. При цьому завжди розсікали синотубулярне прикріплення клапана ЛА. Всі трансанулярні розрізи закривали за допомогою шматка.

У 2 пацієнтів використовували транспульмонально-трансатріальний доступ, а у 15 (18,75 %) хворих — тільки розріз ПШ без розсікання кільця ЛА. У 9 з цих пацієнтів ВТПШ був досить широким, тому розріз на ПШ закривали прямим ушиванням, у 6 пацієнтів праву вентрикулотомію закривали за допомогою шматка.

Шматок з аутологічного перикарда було використано у 47 (74,6 %) пацієнтів, що мали трансанулярний розріз, і у 4 (66,7 %) пацієнтів з пластикою шматком лише правої вентрикулотомії.

В інших пацієнтів використовували шматок з дакрону або "Gore-Tex".

Наприкінці операції в усіх обстежених хворих вимірювали градієнт між системним тиском і тиском у ПШ. Середнє значення даного показника становило (54±18) %. Тільки у 4 (6,3 %) осіб градієнт дорівнював понад 75 %.

Усім пацієнтам виконували запис ЕКГ у 12 відведеннях на апараті "Siemens".

При кожному ЕКГ-дослідженні вимірювали тривалість інтервалу QRS.



Динаміку ударного (УО), хвилинного (ХО) об'єму кровообігу, кінцево-діастолічного об'єму ПШ (КДОпш) і кінцево-сistolічного об'єму ПШ (КСОпш) було вивчено за допомогою ехокардіографічного апарата "Toshiba". Решту показників визначали за допомогою М-модальної доплерехокардіографії (Д-ЕхоКГ) методом Teicholz [7], реєструючи їх з лівого парастернального доступу.

Криві виживаності було підраховано за допомогою методу Каплана — Мейера, статистичні помилки розраховані за допомогою методу Ротмана [8].

Ступінь недостатності клапана ЛА оцінювали за шириною і тривалістю струменя регургітації у ПШ при дослідженні кольоровим доплером, за швидкістю і формою регургітаційного струменя — при пульсовій Д-ЕхоКГ.

Результати дослідження та їх обговорення

Різні несприятливі наслідки у віддаленому періоді, пов'язані з прогресуючою дилатацією ПШ або недостатністю клапана ЛА, було досліджено у пацієнтів, у яких перебіг віддаленого післяопераційного періоду відповідав таким критеріям:

- 1) повторна операція з приводу симптоматичної дилатації ПШ;
- 2) наявність II або III функціонального класу NYHA [1];
- 3) кардіогенна смерть або летальність, пов'язана із серцево-судинною недостатністю (ССН).

Середній віддалений період дослідження становив $(9,2 \pm 2,4)$ року (від 4 до 11 років).

Протягом віддаленого періоду було зафіксовано 5 летальних випадків (6,25 %): 1 пацієнт помер раптовою кардіогенною смертю, пов'язаною з порушеннями серцевого ритму, 1 — від ССН, 3 — від не пов'язаних з операцією причин (хронічний гепатит, хронічний

ний гломерулонефрит, автокатастрофа).

Одинадцятирічна виживаність становила в середньому $(92,5 \pm 1,1)$ % (рис. 1).

Як видно з рис. 1, основний відсоток летальності припадав на періоди від 3 до 5 років і від 8 до 10 років, причому смертність у першому з цих періодів була обумовлена кардіогенними причинами (порушення ритму і ССН).

Повторної операції потребували 10 пацієнтів з обстеженої групи (12,5 %). У 6 осіб здійснено імплантацію гомографта в легеневу позицію, у 2 хворих проведено пластику решунта дефекту міжшлуночкової перегородки (ДМШП), ще у 2 — балонну дилатацію клапана ЛА у зв'язку із його стенозом (рис. 2).

Слід зазначити, що симптоматична дилатація ПШ, пов'язана з легеневою регургітацією, виявилася причиною проведення повторної операції у 60 % випадків.

Три (3,75 %) пацієнти у післяопераційному періоді, що тривав від 8 до 10 років, мали потребу в імплантації штучного водія ритму серця (ШВР). Показаннями до імплантації ШВР була наявність повної атріовентрикулярної блокади (2 пацієнти) і слабкість синусового вузла (1 пацієнт).

Як видно з рис. 2, найбільш несприятливим періодом щодо прогресування віддалених післяопераційних ускладнень, пов'язаних із симптоматичною дилатацією ПШ, був термін від 3 до 6 років після РК ТФ. Порушення атріовентрикулярної провідності, що потребували імплантації ШВР, виникали через 8–9 років після усунення вади.

У 2,5 % випадків у термін від 3 до 4 років після РК ТФ

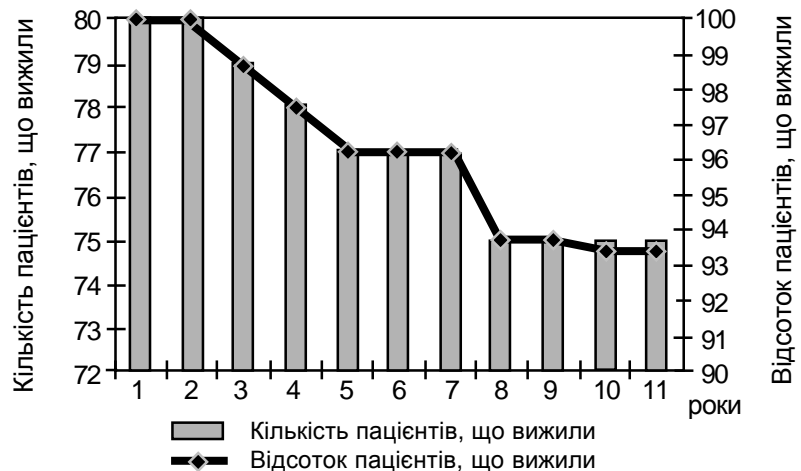


Рис. 1. Крива виживаності Каплана — Мейера

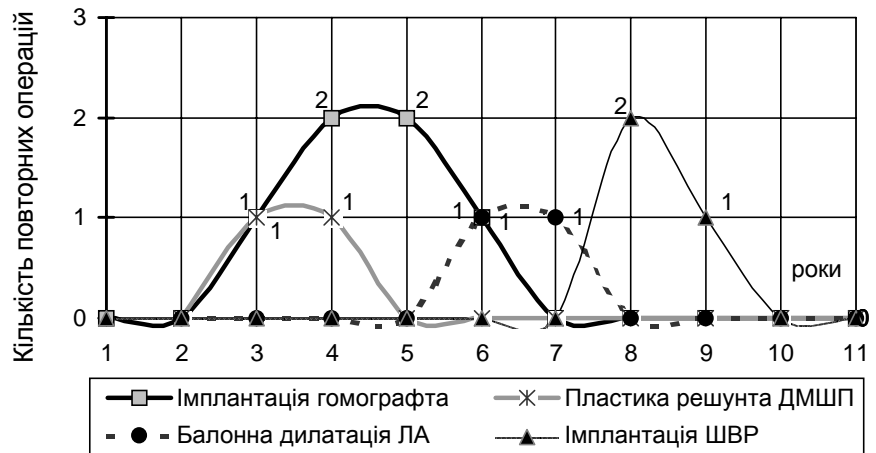


Рис. 2. Розподіл повторних операцій у віддаленому післяопераційному періоді у пацієнтів після РК ТФ



потрібна була повторна операція з приводу решунтування ДМШП у зв'язку з неспроможністю швів на шматку. Такий же кількості пацієнтів через 6–7 років було виконано балонну дилатацію клапана ЛА в зв'язку з його стенозом і градієнтом більше 40 мм рт. ст.

Через 10 років 75 пацієнтів, що вижили після проведення РК ТФ, були розділені відповідно до класифікації NYHA таким чином: 53 (70,7 %) пацієнти — I функціональний клас; 20 (26,7 %) хворих — II функціональний клас; 2 (2,7 %) хворих — III функціональний клас.

Найчастішими скаргами пацієнтів у віддаленому післяопераційному періоді були задишка (18,7 %), стомлюваність (16 %), часті епізоди серцебиття (12 %).

Висновки

1. При обстеженні хворих, прооперованих радикально з

приводу теради Фалло, було виявлено, що 11-річна виживаність у середньому становила $(92,5 \pm 1,1) \%$.

2. Основний відсоток летальності припадав на періоди від 3 до 5 років і від 8 до 10 років, причому смертність у першому з цих періодів була обумовлена кардіогенними причинами (порушення ритму і ССН).

3. Найбільш несприятливим періодом щодо прогресування віддалених післяопераційних ускладнень, пов'язаних із симптоматичною дилатацією ПШ, був період від 3 до 6 років після РК ТФ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Kirklin J. W., Barrat-Boyes B. G. Cardiac surgery: morphology, diagnostic criteria, natural history, techniques, results and indications. — N. Y.: Churchill Livingstone Inc. (2nd ed.), 1993. — P. 701-799.
2. Сердечно-сосудистая хирургия: Руководство / Под ред. В. И. Бураковского. — М.: Медицина, 1989. — 752 с.

3. Work capacity and central hemodynamics thirteen to twenty-six years after repair of tetralogy of Fallot / H. Jonsson, T. Ivert, R. Jonasson et al. // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. — 1995. — N 110. — P. 416-426.

4. The modified Blalock-Taussig shunt: clinical impact and morbidity in Fallot's tetralogy in the current era / G. Gladman, B. W. McCrindle, W. G. Williams et al. // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. — 1997. — N 114. — P. 25-30.

5. Long-term survival in patients with repair of tetralogy of Fallot: 36-year follow-up of 490 survivors of the first year after surgical repair / G. Nollert, T. Fischlein, S. Bouterwek et al. // J. Am. Coll. Cardiol. — 1997. — N 30. — P. 1374-1383.

6. A 26-year experience with surgical management of tetralogy of Fallot: risk analysis for mortality or late reintervention / C. J. Knott-Craig, R. C. Elkins, M. M. Lane et al. // Ann. Thorac. Surg. — 1998. — N 66. — P. 506-511.

7. Струтинский А. В. Эхокардиограмма: анализ и интерпретация. — М.: МЕДпресс-информ, 2001. — 208 с.

8. Borgan O., Liestol K. A note of confidence intervals and bands for the survival curve based on transformations // Scand. J. Stat. — 1990. — N 17. — P. 35-41.

УДК 618.3/5-06:618.1-022:578.825.11/12

П. М. Баскаков, І. С. Глазков, Т. Г. Романенко

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ І НАСЛІДКІВ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК ПРИ ЗАГОСТРЕННІ ЛАТЕНТНИХ ФОРМ АСОЦІЙОВАНИХ ГЕНІТАЛЬНОЇ ГЕРПЕСВІРУСНОЇ І ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЙ

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика,
Кримський медичний університет ім. С. І. Георгієвського

Вступ

Смертність новонароджених від природжених внутрішньоутробних інфекцій у структурі причин перинатальних втрат становить 10–15 % [1; 4]. Частота вірусного інфікування плода коливається від 10 до 60 %, а серед недоношених сягає 70 % [3].

В останні роки змінилася структура інфекційної захворюваності вагітних, а також плода і новонародженого. Так,

за даними багатьох авторів [2; 5; 6], частота виявлення у вагітних цитомегаловірусної інфекції дорівнює близько 90 %, а герпетичної — близько 50 %. Рівень інтраамніонального інфікування сягає 60 % залежно від характеру збудника, термінів вагітності, напруженості гуморального та клітинного імунітету в матері і деяких інших факторів [1–4].

Змішані вірусні інфекції, зазвичай клінічно не розпізнані або зовнішньо невразливі (на-

приклад, цитомегалія) для вагітної жінки, є далеко не байдужними для плода. Важкі ушкодження у плода можуть виникати і при легкому перебігу захворювання в матері, і навіть у разі звичайного вірусносійства [5; 6].

Сьогодні внутрішньоутробне інфікування посідає друге місце за рівнем впливу (після прееклампсії) на частоту хронічної фетоплацентарної недостатності і гіпотрофії плода [1; 3]. Незважаючи на те, що об-

