

*Пашкевич Д.В., Башкевич А.В., Швед М.М., Линник Ю.И., Дроздовский К.В.*  
**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЛНОЙ (ПРОМЕЖУТОЧНОЙ) ФОРМЫ**  
**АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ КОММУНИКАЦИИ У ДЕТЕЙ**  
*Республиканский научно-практический центр детской хирургии*

Анализ хирургического лечения 91 пациента с атриовентрикулярной коммуникацией, оперированных в Республиканском научно-практическом центре детской хирургии с 2008 по 2016 г. Представлен алгоритм метода хирургического лечения атриовентрикулярной коммуникации. В связи с невозможностью выполнения радикальной коррекции (вес пациента менее 3 кг, легочная гипертензия III-IV степени) выполняется бандирование легочной артерии, как первый этап коррекции ВПС.

Частота встречаемости атриовентрикулярной коммуникации (АВК) составляет около 5% всех врожденных пороков сердца (ВПС) [1, 2]. У пациентов с трисомией 21 АВК составляет 30-40% всех ВПС [3]. Сроки и методы хирургической коррекции АВК у детей разнятся [4-6].

Целью данной работы являлась оценка результатов хирургического лечения пациентов с АВК, оценка состояния пациентов и функции митрального клапана в отдаленном периоде наблюдений.

Проведено клиническое исследование группы пациентов, оперированных по поводу АВК.

Группа составила 91 пациент с полной (промежуточной) формой атриовентрикулярной коммуникации, оперированных радикально в возрасте от 14 дней до 11 лет в РНПЦ ДХ с 2008 по 2016 гг. 65 % пациентов составляли дети с трисомией 21.

Первичная радикальная коррекция порока выполнена 24 пациентам. Среди сопутствующих ВПС, корригировавшихся одновременно с АВК, у 6 пациентов имелось сочетание полной формы АВК

с тетрадой Фалло, у 3 с коарктацией аорты и у одного - с множественными ДМЖП.

Предшествующие оперативные вмешательства были выполнены 67(73,6%) пациентам с АВК и включали в себя - бандирование легочной артерии с лигированием ОАП у 61 пациента, бандирование легочной артерии с пластикой коарктации аорты у 2 пациентов, наложение модифицированного шунта по Блелоку у 3 и эндоваскулярная баллонная дилатация клапанного стеноза легочной у одного пациента.

Выраженная дооперационная регургитация митрального клапана встретилась у 25,7 % пациентов, умеренная у 52,9 % пациентов и небольшая у 21,4 % пациентов. Интраоперационно и сразу после операции регургитация 1-2 ст. наблюдалась у 87,1 % пациентов, у 12,9 % она составляла 2-3 ст.

По мере восстановления сократительной функции миокарда левого желудочка регургитация уменьшалась и к моменту выписки составляла 1-2 ст. у 96 % пациентов (таблица 1).

Таблица 1. Изменение функции митрального клапана до и после радикальной коррекции полной (промежуточной) формы АВК

Дооперационная регургитация	Интраоперационная регургитация	Регургитация на момент выписки	Регургитация через 6 месяцев
Выраженная (3-4 степени) N=21	1 ст.-10 2 ст.- 6 3 ст.- 5	1 ст.-11 2 ст.- 6 3 ст.- 4	1 ст.-13 2 ст.- 5 3 ст.- 4
Умеренная (2-3 степени) N=49	1 ст.-27 2 ст.- 15 3 ст.- 7	1 ст.-32 2 ст.- 12 3 ст.- 5	1 ст.-38 2 ст.- 6 3 ст.- 5
Минимальная (1-2 степени) N= 21	1 ст.-12 2 ст.- 6 3 ст.- 3	1 ст.-14 2 ст.- 4 3 ст.- 3	1 ст.-15 2 ст.- 3 3 ст.- 3

Необходимость реоперации в связи с выраженной недостаточностью митрального клапана возникла у 6 пациентов в сроки от 1 месяца до 1 года.

Из них двоим, потребовалось протезирование митрального клапана в связи с невозможностью выполнить клапан сохраняющую операцию, у 4 было произведено повторное ушивание передней створки митрального клапана с дополнением у двоих пациентов шовной аннулопластикой по Риду.

Из числа прооперированных в послеоперационном периоде умерло 4 пациента: двое потребовавшие протезирования МК итраоперационно, в связи с невозможностью выполнить адекватную реконструкцию митрального клапана (летальность обусловлена обструкцией протезом ВОЛЖ в одном случае и выраженной миокардиальной недостаточностью после выполнения гибридной окклюзии множественных ДМЖП и пластики коарктации

аорты в другом); один пациент с трисомией 21, после одномоментной коррекции ТФ с АВК (летальность обусловлена развившимся сепсисом на фоне генерализованной вирусно-бактериальной инфек-

ции) и один пациент 5 месячного возраста после первичной радикальной коррекции (летальность обусловлена полиорганной дисфункцией на фоне проведения процедуры ЭКМО).



Рисунок 1. Алгоритм метода хирургического лечения атриовентрикулярной коммуникации

Выводы:

1. Метод выбора хирургического лечения АВК - первичная радикальная коррекция порока.
2. При невозможности проведения радикальной операции (вес пациента менее 3 кг, легочная гипертензия III-IV степени) выполняется бандирование легочной артерии, как первый этап коррекции ВПС.
3. При выполнении радикальной коррекции всем пациентам стандартно ушивается расщепление передней створки МК, используя 8-образные отдельные монофиламентные полипропиленовые

швы 5\0- 7\0, в зависимости от возраста.

4. У пациентов с единственной папиллярной мышцей, парашютообразным МК, при высоком риске развития стеноза, возможно оставление частично расщепленной передней створки МК
5. Формируемый размер отверстия МК основывается на площади поверхности тела пациента и не должен быть менее -2 и более 1 по шкале Z-score
6. При наличии центральной регургитации, на фоне дилатации клапанного кольца, проводится шовная аннулопластика

*Список литературных источников*

1. Christensen N, Andersen H, Game E, et al. Atrioventricular septal defects among infants in Europe: a population-based study of prevalence, associated anomalies, and survival. *Cardiol Young*. 2013 Aug. 23 (4):560-7.
2. Muresan D, Marginean C, Zaharie G, Stamatian F, Rotar IC. Complete atrioventricular septal defect in the era of prenatal diagnosis. *Med Ultrason*. 2016 Dec 5. 18 (4):500-7.
3. Atz AM, Hawkins JA, Lu M, et al. Surgical management of complete atrioventricular septal defect: Associations with surgical technique, age, and trisomy 21. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2011 Jun. 141(6):1371-9.
4. Miller A, Siffel C, Lu C, Riehle-Colarusso T, Frias JL, Correa A. Long-term survival of infants with atrioventricular septal defects. *J Pediatr*. 2010 Jun. 156(6):994-1000.
5. Vida VL, Tessari C, Castaldi B, et al. Early correction of common atrioventricular septal defects: a single-center 20-year experience. *Ann Thorac Surg*. 2016 Dec. 102 (6):2044-51.
6. Prifti E, Bonacchi M, Baboci A, Giunti G, Krakulli K, Vanini V. Surgical outcome of reoperation due to left atrioventricular valve regurgitation after previous correction of complete atrioventricular septal defect. *J Card Surg*. 2013 Nov. 28 (6):756-63.

*Pashkevich D.V., Bashkevich A.V., Shved M.M., Linnik Yu.I., Drozdovski K.V.*

**SURGICAL TREATMENT OF COMPLETE (INTERMEDIATE) FORM OF ATRIOVENTRICULAR COMMUNICATION IN CHILDREN**

*Republic Scientific and Practice Center of Pediatric Surgery*

**Summary**

Analysis of surgical treatment of 91 patients with atrioventricular communication, operated in the Republican Scientific and Practical Center for Pediatric Surgery from 2008 to 2016. An algorithm of a surgical treatment method for atrioventricular communication is presented. Due to the impossibility of performing a radical correction (patient weight less than 3 kg, pulmonary hypertension of III-IV degree), pulmonary artery banding is performed as the first stage of CHD correction.

DOI: 10.31882/2311-4711.2018.24.16