

Хапченкова Д.С.¹, Сенаторова Г.С.²

¹ Донецький національний медичний університет (м Лиман)

² Харківський національний медичний університет

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З КОАРКТАЦІЄЮ АОРТИ ВНАСЛІДОК ПІЗНЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ВРОДЖЕНОЇ ВАДИ СЕРЦЯ (ВЛАСНІ КЛІНІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

Резюме. У статті наведена інформація щодо вродженої вади серця – коарктації аорти. Описані види хірургічного лікування вищезазначеної патології в залежності від віку пацієнта. Визначені основні ускладнення даного захворювання без оперативного втручання та причини післяопераційних ускладнень. Представлена інформація про дітей старшого віку з коарктацією аорти. Описані клінічні прояви вродженої вади серця. Пацієнтам хірургічна корекція була проведена після 16-річного віку внаслідок пізньої діагностики захворювання.

Ключові слова: діти, вроджена вада серця, пізня діагностика, післяопераційні ускладнення.

Коарктація аорти (КоА) – вроджена вада серця, що представляє собою сегментарне звуження аорти в області її перешийка [1, 11]. Частота пренатальної діагностики КоА залишається, на жаль, низькою [4, 13]. Підставою для припущення обговорюваної патології є наявність прямої ознаки – візуалізація місця звуження аорти і можливого розширення її низхідного відділу. Однак, на думку Бураковського В.І. та Бокерії Л.А. [2], місце звуження не завжди чітко лоцирується зважаючи на можливість його формування після народження при закритті відкритої артеріальної протоки (ОАП). Клінічні прояви КоА залежать від декількох факторів: ступеня

звуження аорти [4, 13], наявності ОАП і його діаметра [1, 6], супутніх серцевих захворювань [8].

На сьогоднішній час лікування КоА – хірургічне. Без оперативного лікування смертність на першому році життя досягає 35%, а середня тривалість життя пацієнтів становить 40 років [3, 5]. Загальна летальність становить 4,4-8,3% [9]. Основною причиною летального результату без хірургічного лікування є у дітей першого року життя серцева та легенева недостатність, в більш старшому віці – артеріальна гіпертензія (АГ), крововиливи в головний мозок, розрив аорти, інфекційний ендокардит [3, 6, 10].

Існують різні методики хірургічного лікування КоА [1, 3, 5]: резекція з накладанням анастомозу «кінець в кінець», істмікопластика, протезування аорти. Зростає частота проведення балонної ангіопластики та стентування аорти [8, 10]. Дітям, частіш за все, виконують резекцію звуженої ділянки аорти з наступним формуванням розширеного анастомозу «кінець в кінець», що забезпечує низьку ймовірність рекоарктації аорти в віддаленому післяопераційному періоді [3, 11].

Дорослим хворим відновлення прохідності аорти зазвичай здійснюють шляхом резекції КоА з заміщенням звуженої ділянки судинним протезом [9, 10]. Причиною розвитку ускладнень у хворих з КоА в післяопераційному періоді може бути особливість будови стінки і / або зміни властивостей аорти, тривалі гемодинамічні порушення, зниження чутливості судинних рецепторів [11, 12]. Тому рекомендується виконання оперативного лікування в ранні строки після діагностики ВВС.

Незважаючи на значний досвід хірургічного лікування і досягнуті великі успіхи, ряд аспектів даної проблеми залишається не вирішеним. Перш за все це значна частота пізньої діагностики обговорюваної патології, а також збереження артеріальної гіпертензії навіть після успішно проведеної хірургічної корекції.

Наводимо власні клінічні спостереження пізньої діагностики КоА і як наслідок ускладнений післяопераційний період.

Клінічний випадок 1. Пацієнтка А. 16 років, поступила до кардіохірургічного відділення зі скаргами на підвищення артеріального тиску (АТ) до 150/95 мм рт. ст., задишку при мінімальному фізичному навантаженні, мерзлякуватість ніг, періодичні носові кровотечі. Спостерігалася з вищевказаними скаргами за місцем проживання у дільничного педіатра з діагнозом вегето-судинна дисфункція за гіпертензивним типом. Отримувала антигіпертензивну терапію без терапевтичного ефекту, інструментальні обстеження не були запропоновані. Під час надходження в стаціонар відзначалися блідість шкіри, холодні нижні кінцівки на дотик, приглушеність серцевих тонів, АТ 110/70 мм рт.ст., слабкий пульс на стегнових артеріях. У відділенні діагноз КоА підтверджений ехокардіографічним дослідженням. Проведена аортографія: гіпоплазія, різка звивистість і кальциноз сегментів А і В аорти. Множинні мішкоподібні аневризми уражених сегментів з переходом на початковий відділ лівої підключичної артерії. Кровотік в низхідній аорті згладжений. Проведена операція по усуненню КоА і множинних аневризм, протезування синтетичним протезом аорти та лівої підключичної артерії. Післяопераційний період протікав на тлі тривалого субфебрилітету, підвищеного артеріального тиску, резистентного до терапії. Шви з післяопераційної рани зняті на 10 добу, розкрита серома в ділянці переднього краю рани, накладені вторинні шви. Також мала місце вторинна анізокорія внаслідок порушення парасимпатичної іннервації.

Клінічний випадок 2. Пацієнт А. 17 років при надходженні відзначав сухий кашель протягом року, слабкість, частий спастичний біль у животі. Отримував лікування з приводу хронічного гастродуоденіту. З анамнезу життя відомо, що від 3 вагітності (1 – самовільний аборт в 10 тижнів, 2 – дитина народилася з вродженою вадю серця, померла на 3-ю добу життя); у

батька в 33 роки – тромбоемболія легеневої артерії з летальним висхідом. Об'єктивно: блідість шкіри, АТ на руках 185/105 мм рт. ст., пульсу на стегнових артеріях немає, тахікардія до 110 ударів в хвилину. За даними ехокардіографічного дослідження діагностована КоА, двостулковий аортальний клапан, гіпертрофія лівого шлуночка. Проведено стентування коарктації аорти. Післяопераційний період ускладнився гострим тромбозом верхньої гілки центральної артерії сітківки лівого ока з порушенням зору, збереженням артеріальної гіпертензії.

Клінічний випадок 3. Пацієнт В. 17 років поступив до відділення зі скаргами на підвищення артеріального тиску, головний біль пульсуючого характеру, кардіалгії, слабкість, погане самопочуття при фізичних навантаженнях. З анамнезу захворювання відомо, що КоА діагностовано у віці 12 років, проведена хірургічна корекція ВВС шляхом накладення анастомозу «кінець в кінець». Регулярно не спостерігається, АТ не вимірював. У зв'язку з перерахованими вище скаргами надійшов в стаціонар для обстеження. Об'єктивно: блідість шкіри, АТ на руках 150/90 мм рт. ст., АТ на ногах 135/90 мм рт. ст., послаблення пульсації на стегнових артеріях. При проведенні ехокардіографічного дослідження: стан після усунення КоА, рекоарктація з градієнтом на низхідній аорті 57-60 мм рт. ст., гіпертрофія лівого шлуночка. Виконане зондування порожнини серця: стеноз аорти в ділянці дуги аорти перед лівою підключичною артерією, градієнт на низхідній аорті 40 мм рт. ст., тиск в лівому шлуночку – 150 мм рт. ст, в висхідній аорті – 149 мм рт. ст. Пацієнту проведено аорто-аортальне шунтування. В післяопераційному періоді діагностована анемія тяжкого ступеня, вторинна артеріальна гіпертензія, резистентна до прийому гіпотензивних препаратів.

Всі пацієнти, з огляду на вік і повне усвідомлення свого захворювання, крім медикаментозного лікування, вимагали тривалої психологічної реабілітації в післяопераційному періоді. Виписані з

відділення в задовільному стані, з рекомендаціями щодо отримання гіпотензивних препаратів і тромболітичної терапії, регулярних оглядів дитячого кардіолога, окуліста та невролога.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці статті.

Література:

1. Борисков М. В. Коарктация аорты у новорожденных / М. В. Борисков, В. Ю. Петшаковский, Т. В. Серова и др. // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2010. – № 10. – С. 89-94.
2. Бураковский В. Ш., Бокерия Л. А. Сердечно-сосудистая хирургия. – М. Медицина; 1989. – С. 298-310.
3. Врожденные пороки сердца. Руководство для педиатров, кардиологов, неонатологов // БИНОМ: Лаборатория знаний. – 2009. – 384с.
4. Рыбакова М.К., Алехин М.Н., Митьков В.В. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике // Издательство Видар-М., 2008 – 458 с.
5. Прохорова Д.С. Динамика процессов адаптации левого желудочка у больных раннего возраста с коарктацией аорты до и после хирургической коррекции // Автореферат дис. ... канд. мед. наук. – Н., 2012. – 21с.
6. Сенаторова А.С. Синдром сердечной недостаточности у новорожденных / А.С.Сенаторова, М.А. Гончарь, А.Д. Бойченко // Дитячий лікар. – 2012. – № 7(20). – С.12-16.
7. Прохорова Д.С. Сравнительная оценка эластических свойств аорты у новорожденных с коарктацией аорты до и после хирургической коррекции / Д.С. Прохорова, Г.П. Нарциссова, Ю.Н. Горбатов, Ю.С. Синельников, Д.В.

Субботин // Патология кровообращения и кардиохирургия. – 2011. – № 2. – С. 17-20.

8. Шарыкин А. С. Врожденные пороки сердца: руководство для педиатров, кардиологов, неонатологов / А. С. Шарыкин. – Издательство БИНОМ, 2009. – 381с.

9. Palma G. Hypertension in adult after operation of aortic coarctation / R. Giordano, V. Russolillo, S. Cioffi, S. Palumbo, M. Mucerino, V. Poli, C. Vosa // J Cardiovasc Surg (Torino). – 2011. – V.52(6). – P. 873-876.

10. Pedersen T.A. Late morbidity after repair of aortic coarctation // Dan Med J. – 2012. – V. 59(4). – P. 573-578.

11. Raid Abdulla Heart diseases in children. Pediatrician's guide. – 2011. – 487p.

12. Richard A. Jonas “Comprehensive surgical management of congenital heart disease” – second edition, CRC Press. – 2014 y. – 704 p.

13. Trivedi N. Congenital cardiac anomalies: prenatal readings versus neonatal outcomes / N. Trivedi, D. Levy, M. Tarsa, T. Anton, C. Hartney, T. Wolfson, D. H. Pretorius // Ultrasound Med. – 2012. – V. 31(3). – P. 389-399.