



Нижняя министернотомия как альтернатива полному доступу: опыт хирургического лечения врожденных пороков сердца

Базылев В.В., Шихранов А.А., Бофанов Д.А., Денисов М.А., Лопатина В.А.

Цель исследования

Сравнить интра- и послеоперационные результаты коррекции врожденных пороков сердца у детей при выполнении нижней министернотомии и срединной стернотомии с акцентом на оценку безопасности, эффективность.



Рис.1 Кожный разрез при нижней министернотомии



Рис.2 Кожный разрез при срединной стернотомии



Материалы и методы

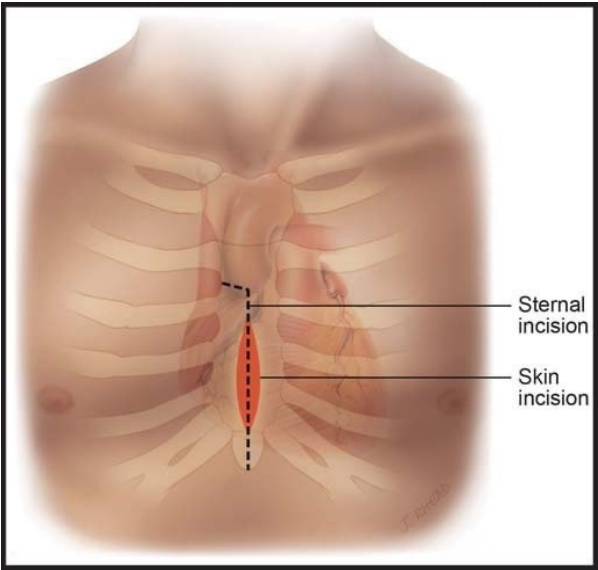


Рис.3. Нижняя министернотомия

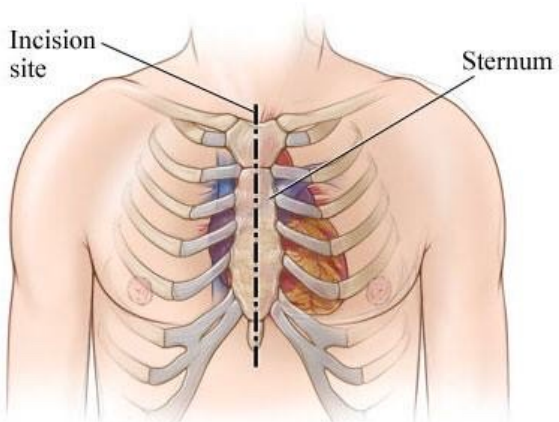


Рис.4. Полная стернотомия

Показатели	Министернотомия (группа 1) n=100	Полная стернотомия (группа 2) n=84	p
Средний возраст, лет	2,3±1,9	3,4±2,1	0,15
Рост, см	86,5±5,6	92,4±7,3	0,09
Вес, кг	11,3±2,6	14,7±2,9	0,11
Пол, n			
- мужской	47 (47%)	35 (42%)	0,08
- женский	53 (53%)	49 (58%)	0,1
ИМТ, кг/м	14,5±0,7	13,9±1,2	0,23
ППТ, м	0,51±0,1	0,6±0,1	0,18
ДМЖП	44 (44%)	32 (38%)	0,15
ДМПП	22 (22%)	16 (19%)	0,23
ЧАДЛВ	15 (15%)	14 (17%)	0,34
ЧАВК	11 (11%)	10 (12%)	0,11
ДМЖП + стеноз ЛА	3 (3%)	5 (6%)	0,17
Образования ПП	2 (2%)	4 (5%)	0,1
Тетрада Фалло	1 (1%)	2 (2%)	0,18
Изолированный КСЛА	2 (2%)	1 (1%)	0,21



Результаты и обсуждения



Межрегиональное Общество
Детских Кардиохирургов
Общество специалистов по врожденным порокам сердца

Различий между группами по длительности выполнения оперативного вмешательства и отдельных этапов (искусственного кровообращения и пережатия аорты) не обнаружено. Время нахождения пациентов на искусственной вентиляции легких (7 часов) и пребывания в отделении интенсивной терапии (1,3 койко-дня) сопоставимы. Отмечается разница в общем времени госпитализации. Время пребывания в стационаре у детей 1 группы было достоверно ниже ($p=0,04$). Конверсий из министернотомии в полную не было, так же не выявлено осложнений в ближайшем послеоперационном периоде.

Параметр	Министернотомия (группа 1) n=100	Полная стернотомия (группа 2) n=84	p
ИВЛ, ч	7±3,2	7±2,7	0,14
ЭКС в раннем послеоперационном периоде, n	4 (4%)	2 (2%)	0,1
Пребывание в ОРИТ, ч	25±1,6	31±2,2	0,15
Инотропная поддержка, n	3 (3%)	3 (4%)	0,08
Отделяемое по дренажам на 1 сутки, мл	78±34,2	106±43,5	0,2
Койко-дней после операции, сут	5,5±1,2	9,3±2,3	0,04

Выводы

- Министернотомия демонстрирует равную эффективность и безопасность в сравнении с полной стернотомией при коррекции врожденных пороков сердца, имея ряд преимуществ: сокращение сроков госпитализации, хороший косметический эффект, отсутствие риска нестабильности и деформации грудной клетки в послеоперационном периоде.
- В настоящий момент времени в нашем Центре нижняя министрнотомия является рутинной для коррекции многих пороков сердца и обязательной для пациентов с септальными дефектами, особенно теми, которые не подошли для эндоваскулярного закрытия из-за анатомических особенностей.



Рис. 5. Общий вид операционного поля во время основного этапа



Рис. 6. Послеоперационный шов через 2 месяца



Рис 7. Послеоперационный рубец у пациентов в отдаленном периоде

