



В. В. Бойко, О. В. Бучнева,
Д. А. Куликова,
Л. Р. Бобронникова

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
им. В. Т. Зайцева НАМНУ»,
г. Харьков

Харьковский национальный
медицинский университет

© Коллектив авторов

НАШ ОПЫТ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПРОСТЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Резюме. Адекватное терапевтическое ведение хирургических пациентов — ведущий фактор в снижении уровня осложнений. В статье приведены схемы медикаментозного лечения детей с простыми врожденными пороками сердца, применяемые в отделении кардиохирургии.

Ключевые слова: дети, врожденные пороки сердца, схемы терапевтического лечения.

Введение

На протяжении последних десятилетий отмечается неуклонный рост заболеваемости и выявляемости врожденной патологии, среди которой ведущую роль занимают врожденные пороки сердца (ВПС) [1, 2, 5]. Успехи хирургии ВПС, не в последнюю очередь, обусловлено развитием фармацевтической промышленности. Однако вопреки такой тенденции перечень применяемых препаратов у детей с простыми врожденными пороками сердца остается достаточно скудным [3, 4, 6, 7].

Цель работы

Оптимизировать медикаментозное ведение детей с простыми ВПС в пред и послеоперационном периоде.

Материалы и методы исследований

На базе ГУ «ИЗНХ им. В. Т. Зайцева НАМН Украины» в кардиохирургическом отделении за последние 5 лет было прооперировано 375 детей с «простыми» врожденными пороками сердца. Из них 166 мальчиков и 209 девочек в возрасте от 0 до 18 лет.

Проанализированы результаты лечения пациентов со следующей изолированной патологией: открытый артериальный проток (ОАП), дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) и дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), коарктация аорты. Все пациенты были госпитализированы в плановом порядке, на фоне полного инфекционного благополучия. Больные, переведенные из других стационаров, в том числе на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) не учитывались.

Средний предоперационный койко-день составил 2 дня, послеоперационный — 9 суток. Были выписаны домой 91 % пациентов и 9 % — переведены в другие стационары.

Результаты исследований и их обсуждение

Группа пациентов с ОАП (101 человек) в 99,7 % случаев в предоперационном периоде терапию не получали. Были переведены из палаты интенсивной терапии на 0–1 сутки по-

сле операции. У пациентов, которым выполнено оперативное лечение — закрытие ОАП открытым способом, антибактериальная терапия назначалась в качестве профилактики интраоперационно и однократно в палате интенсивной терапии в возрастных дозировках. Группой выбора были цефалоспорины второй генерации. В последующем, за время пребывания в стационаре, антибактериальная терапия не назначалась. В качестве анальгетиков применяли нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС) в комбинации: парацетамол и ибупрофен в возрастных дозировках каждые 4 часа, чередуя вышеперечисленные в течение 3–4 дней с постепенной отменой. После закрытия ОАП эндоваскулярно НПВС не применяли. После закрытия ОАП при помощи дуктального окклюдера назначали аспирин в дозировке 5 мг/кг один раз в сутки после еды в течение 6 месяцев.

Группа пациентов с дефектом межпредсердной перегородки (82 человека) в 28 % случаев имела предоперационную терапию в виде сочетания лазикса, верошпирона в различных вариациях доз (назначения зависели от рекомендаций направившего учреждения). В послеоперационном периоде антибактериальную терапию назначали идентично с таковой при ОАП и лишь 3 % случаев требовали замены на антибактериальную терапию, в зависимости от вида обострившегося сопутствующего заболевания. Диуретики назначали в стандартных дозировках: лазикс 1 мг/кг х 2 раза в сутки, верошпирон из расчета 0–10 кг — 6,25 мг каждые 12 часов, 11–20 кг — 12,5 мг каждые 12 часов, 21–40 кг — 25 мг каждые 12 часов, более 40 кг — 25 мг каждые 8 часов. Длительность применения 30 суток. НПВС применяли по такой же схеме как и при ОАП, только более длительным курсом — первые 3 суток два препарата (парацетамол, ибупрофен), затем еще 2 суток один.

В случае закрытия септальным окклюдером (12 пациентов) необходимости в применении диуретиков и НПВС не отмечалось. Терапию в этих случаях ограничивали профилактическим курсом антибактериальной терапии на 1



сутки и назначение аспирина в течение 6 месяцев в дозировке 5 мг/кг один раз в сутки после еды.

Группа пациентов с ДМЖП (117 человек) в 82 % случаев получала терапию перед оперативным лечением, которая, как правило, состояла из комбинации диуретиков (лазикса, верошпирона) и каптоприла. В послеоперационном периоде назначение антибактериальной терапии варьировалось от тяжести состояния и времени нахождения в отделении интенсивной терапии. Диуретики назначали в вышеперечисленных стандартных дозах. Применение каптоприла основывалось исключительно на данных о состоянии давления в системе легочной артерии и контроле артериального давления. НПВС применяли по схеме перечисленной выше.

Группа пациентов с коарктацией аорты (75 пациентов) имела значительно более вариабельную схему назначения медикаментозных препаратов. Это связано, прежде всего, с трудностью в диагностике ВПС. Данная группа пациентов была условно разделена на подгруппы в соответствии с применяемыми схемами лечения.

В 1-ю подгруппу (53 пациента) были включены дети старше 1 месяца, оперированные традиционными «открытыми методами», у которых впервые выявлена коарктация аорты и сохранена фракция выброса левого желудочка (ЛЖ). В предоперационном периоде терапию не получали. В послеоперационном периоде: антибактериальная терапия профилактиче-

ским курсом, НПВС в максимальных дозах, -блокаторы курсом от 14 дней и более.

Пациенты, оперированные традиционным методами, с коарктацией аорты со сниженной фракцией выброса ЛЖ составили 2-я подгруппа (19 человек). Особенностью этой подгруппы пациентов была необходимость длительного применения дигоксина в послеоперационном периоде под строгим контролем ультразвукового исследования. Терапию в предоперационном периоде подбирали строго индивидуально.

Дети, которым лечение коарктации аорты выполнено эндоваскулярно при помощи установки стента вошли в 3-ю подгруппу (3 пациента). Терапия предоперационного периода не была схематичной. В послеоперационном периоде применяли комбинацию всей вышеперечисленной терапии ситуационно с обязательным применением аспирина.

Систематизированная схема периоперационного медикаментозного лечения больных представлена в таблице.

У 18 % пациентов были отмечены такие осложнения как экссудативный перикардит и плеврит. В этих случаях в проводимую терапию вносили изменения в виде назначения (продления) диуретика, НПВС, аспирина, антигистаминного препарата и коротким курсом гормональной терапии. Длительность терапии варьировали от результатов ультразвукового исследования.

В некоторых случаях дополнительно назначали бронходилататоры и препараты, способствующие разжижению мокроты. Относитель-

Таблица

Схема медикаментозного лечения детей с простыми ВПС

	Количество пациентов	Антибактериальная терапия (цефуроксим)	Лазикс / фуросемид	Спиронолактон/ верошпирон	Каптоприл	Дигоксин	Парацетамол	Ибупрофен	β-блокаторы	Аспирин
ОАП эндоваскулярное закрытие спиралью	24	+	-	-	-	-	-	-	-	-
ОАП эндоваскулярное закрытие окклюдером	3	+	-	-	-	-	-	-	-	+
ОАП – перевязка, клипирование открытым способом	74	+	-	-	-	-	+	+	-	-
Вторичный ДМПП эндоваскулярное закрытие окклюдером	12	+	-	-	-	-	-	-	-	+
ДМПП ушивание / пластика в условиях ИК	70	+	+	+	-	-	+	+	-	-
ДМЖП в условиях ИК	117	+	+	+	+/-	-	+	+	-	-
Коарктация аорты с сохраненной функцией ЛЖ	53	+	+/-	+/-		-	+	+	+/-	-
Коарктация аорты со сниженной функцией ЛЖ	19								+/-	-
Коарктация аорты — стентирование	3	+	+/-	+/-		+/-	+/-		+/-	+

но анальгезуючої терапії у дітей старше 4 лет в деяких випадках застосовували додаткові знеболюючі заходи. В термін 3-6 місяців після ендovasкулярної корекції ВПС у 2 пацієнтів відзначено носове кровотеча, внаслідок застосування аспірина, що вимагало тимчасового зниження дозування з позитивним ефектом.

Висновки

Незважаючи на різноманітність лікарських засобів, застосовуваних в сучасній кардіохірургії, перелік необхідних медикаментів

в періопераційному періоді лікування простих ВПС обмежується цефуроксимом, фуросемидом, спіронолактоном, каптоприлом, лігексинамом, НПВС і β -блокаторами.

Відсутність необхідності тривалої антибіотичної терапії було підтверджено відсутністю інфекційних ускладнень за нашими клініко-лабораторними даними.

Застосовувані нами схеми лікування прості в застосуванні і ефективні, дозволили мінімізувати лікарську навантаження і уникнути небажаних і побічних ефектів застосованих препаратів.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и лечение неотложных состояний у детей : Учебное пособие, 2-е изд., доп. / А. П. Волосовец, Н. В. Нагорная, С. П. Кривоустов [и др.]. — Донецк: Заславский А.Ю., 2010. — 160 с.
2. Туманян М. Р. Первичная диагностика врожденных пороков сердца и тактика ведения новорожденных и детей первого года жизни с патологией сердечно-сосудистой системы: методические рекомендации / М.Р. Туманян, Е. Д. Беспалова. — М.: Изд-во НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2004. — 24с.
3. Conservative treatment for patent ductus arteriosus in the preterm. / Vanhaesebrouck S., Zonnenberg I., Vandervoort P. et al. // Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. — 2007. — Vol. 92, N 4. — P. 44–47.
4. Khalil A. Essential of Pediatric Cardiology / A. Khalil // 2-nd edition New Dehi. — India., 2011. — 414 p.
5. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group / W. Wilson, K. A. Taubert, M. Gewitz [et al.] // Circulation. — 2007. — Vol. 116, N 15. — P. 36–54.
6. Surgical treatment of patent ductus arteriosus: a new historical perspective / Н. Kaemmerer, Н. Meisner, J. Hess, J. K. Perloff // Am J Cardiol. — 2004. — Vol. 94, N 9. — P. 153–154.
7. Wyszynski D. F. Congenital heart defects / D. F. Wyszynski, A. Correa – Villasenor, T. P. Graham // Oxford University Press. — 2010. — 540 p.

НАШ ДОСВІД
ПЕРІОПЕРАЦІЙНОГО
ВЕДЕННЯ ДІТЕЙ
З ПРОСТИМИ
ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ
СЕРЦЯ

*В. В. Бойко, О. В. Бучнева,
Д. А. Куликова,
Л. Р. Бобронікова*

OUR EXPERIENCE
IN THE PERIOPERATIVE
MANAGEMENT OF
CHILDREN WITH SIMPLE
CONGENITAL HEART
DISEASE

*V. V. Boyko, O. V. Buchnieva,
D. A. Kulikova,
L. R. Bobronnikova*

Резюме. Адекватне терапевтичне ведення хірургічних пацієнтів є провідним фактором у зниженні рівня ускладнень. У статті наведені схеми медикаментозного лікування дітей з простими вродженими вадами серця, які застосовуються у відділенні кардіохірургії.

Ключові слова: діти, вроджені вади серця, схеми терапевтичного лікування.

Summary. Appropriate therapeutic management of surgical patients is a major factor in reducing complications. The paper presents the scheme of therapeutic treatment of children with simple congenital heart disease, used in cardiac surgery department.

Key words: children, congenital heart disease, the scheme of therapeutic treatment.