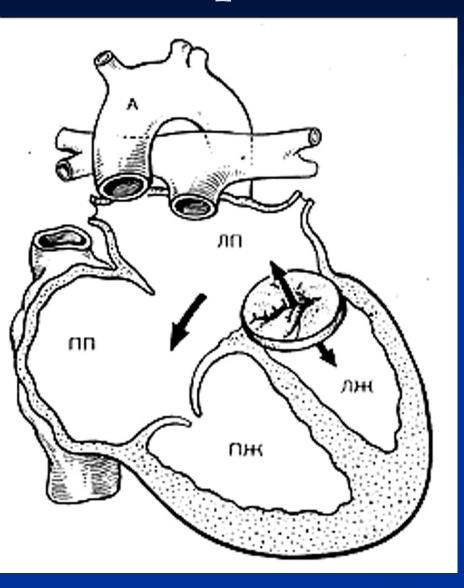
Кафедра госпитальной хирургии № 1 СПбГМУ

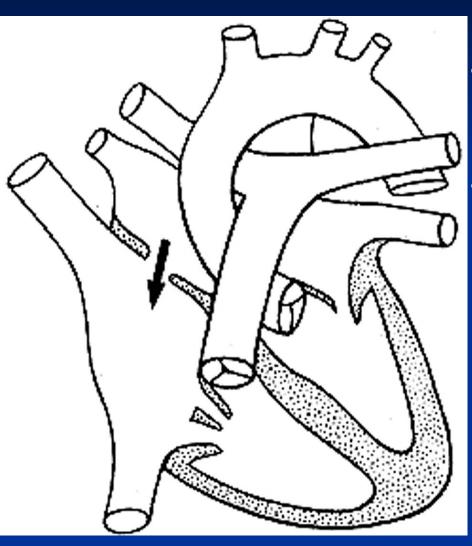
Врожденные пороки сердца (№ 2)

Первичный ДМПП (в 10%)



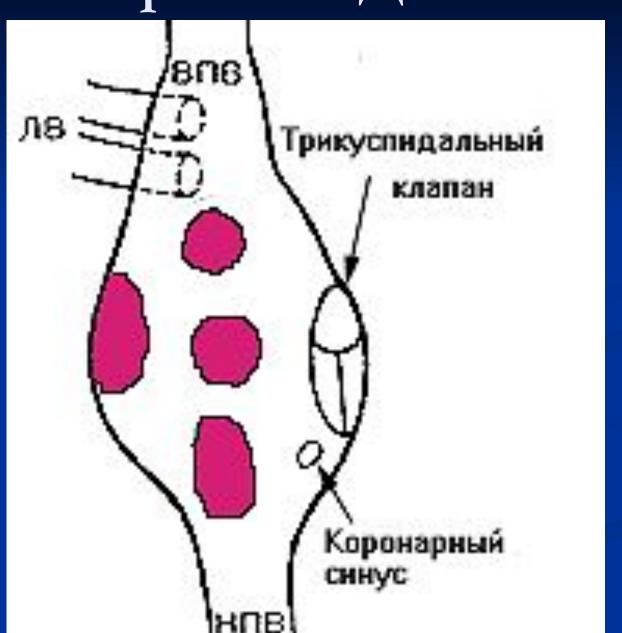
- Возникает вследствие незаращения первичного сообщения между предсердиями и аномалии развития первичной МПП
- •Дефект располагается в нижнем отделе МПП непосредственно над атриовентрикулярными отверстиями
- Часто сочетается с расщеплением септальной створки МК или ТК

Вторичный ДМПП (в 90%)



- Возникает вследствие аномалии развития вторичной МПП
- Дефект всегда имеет нижний край МПП, отделяющий его от уровня атриовентрикулярных клапанов

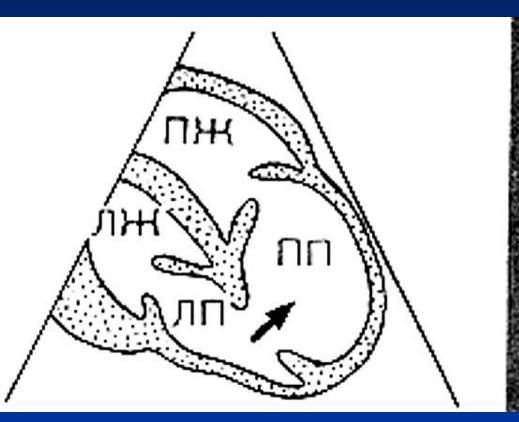
Вторичные ДМПП

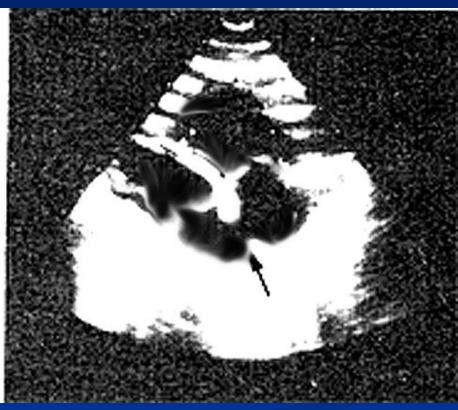


Клиника ДМПП

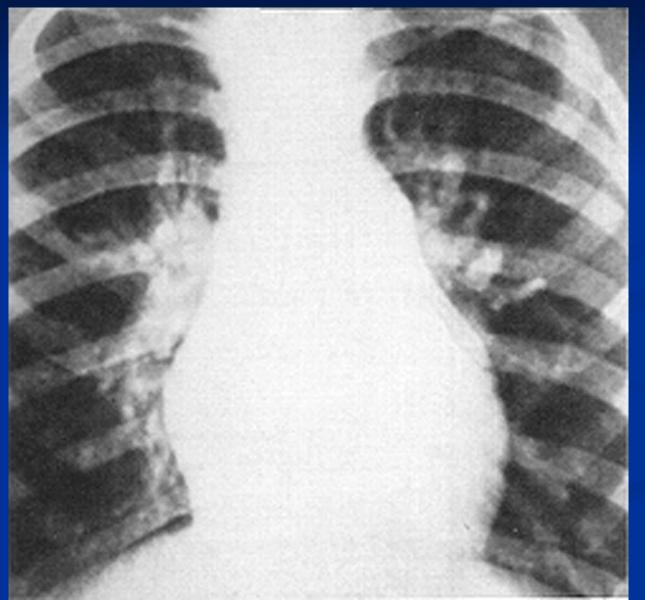
- Жалобы: на повышенную утомляемость, одышку, сердцебиение при физической нагрузке по сравнению со сверстниками
- <u>В анамнезе</u> почти у 2/3 больных отмечаются повторные бронхиты и пневмонии
- При объективном осмотре отмечается отставание в физическом развитии, бледность кожных покровов, «сердечный горб» у детей старшего возраста
- При пальпации определяется усиленный эпигастральный толчок (при первичном ДМПП также усиленный верхушечный толчок)
- Аускультативно во втором межреберье слева от грудины (в проекции легочной артерии) выслушивается умеренной интенсивности систолический шум, расщепление 2 тона. При первичном ДМПП на верхушке сердца также выслушивается систолический шум митральной недостаточности

ЭХО-КГ, 4-х камерное сечение. Вторичный ДМПП





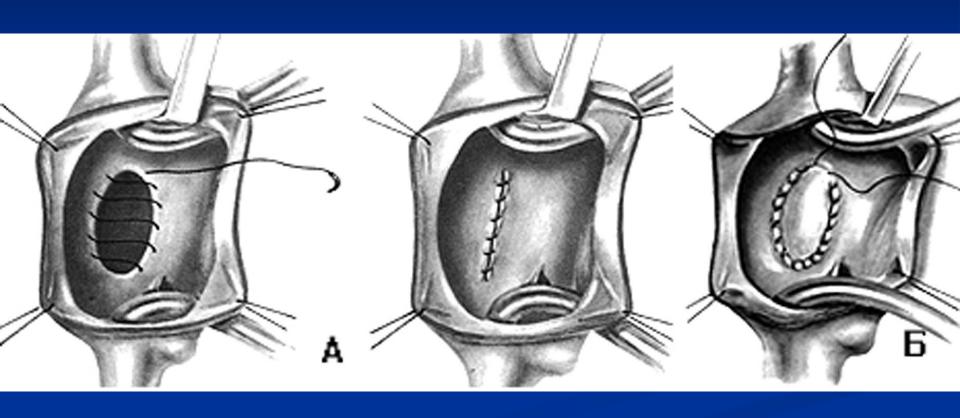
Рентгенограмма сердца больного с ДМПП и ЛГ



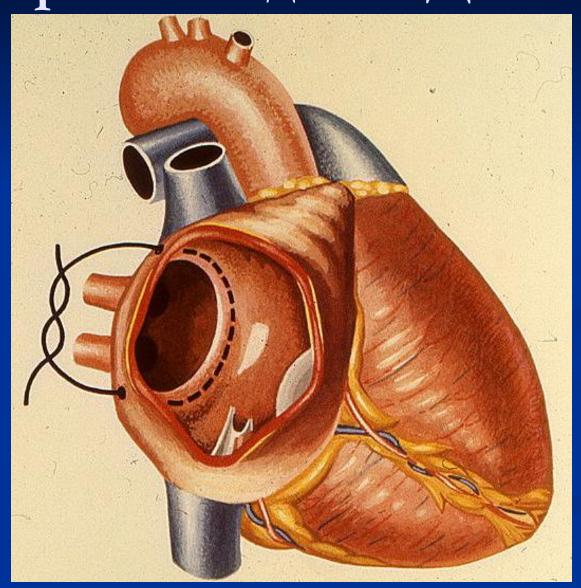
Левосторонняя вентрикулография при первичном ДМПП



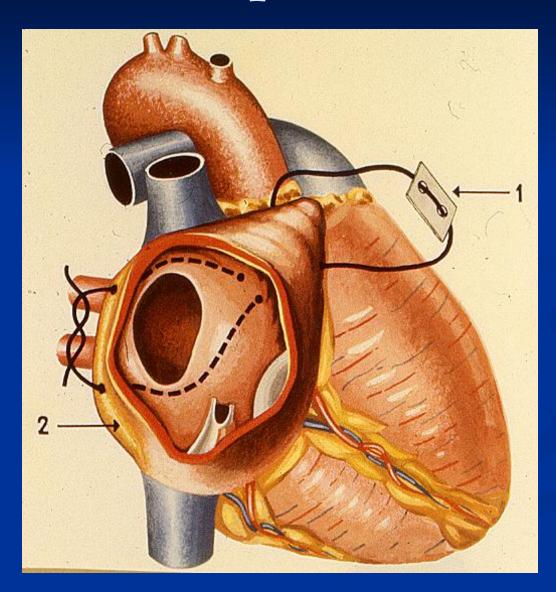
Ушивание (A) и пластика (Б) вторичного ДМПП



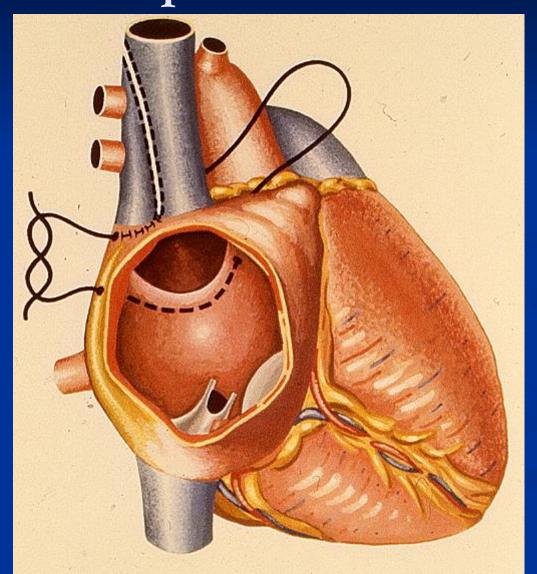
Закрытие заднего ДМПП



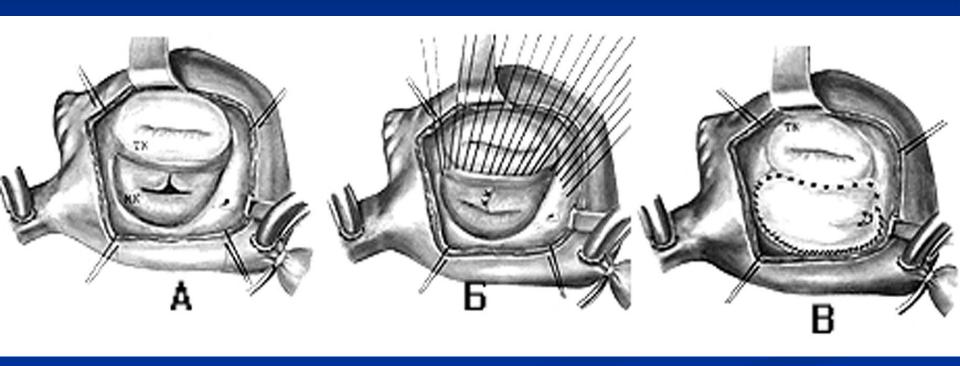
Закрытие центрального ДМПП



Закрытие ДВС с аномальным дренажом правых легочных вен

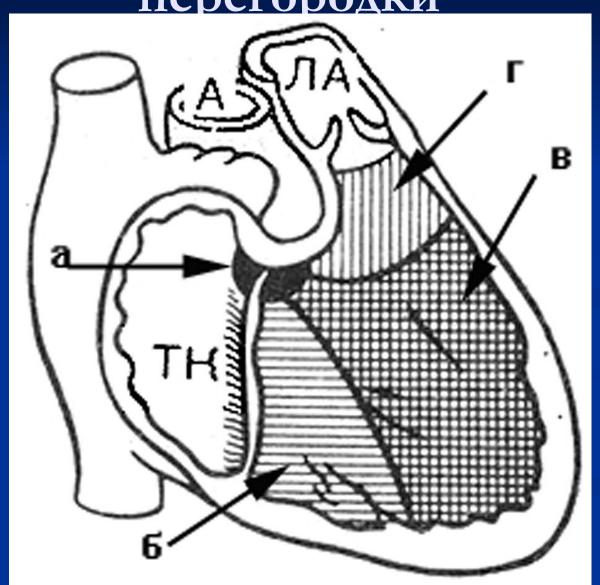


Ушивание расщепленной створки митрального клапана через дефект и пластика первичного ДМПП

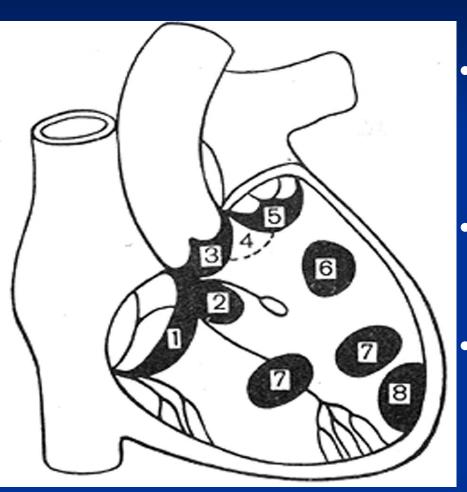


Анатомия межжелудочковой

перегородки

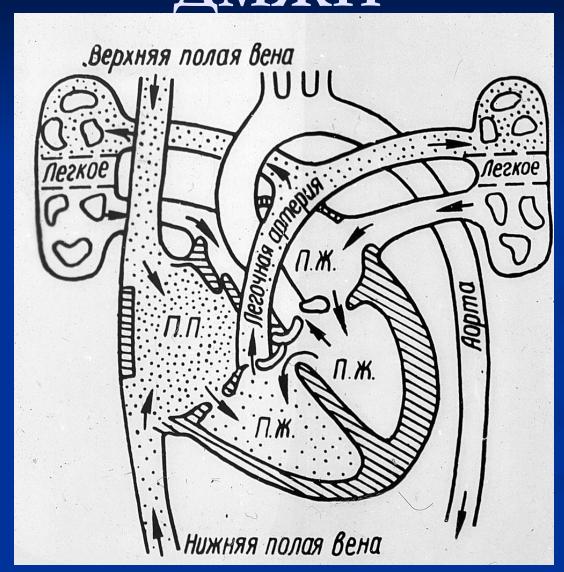


Классификация ДМЖП по локализации (S. Milo и соавт., 1980)

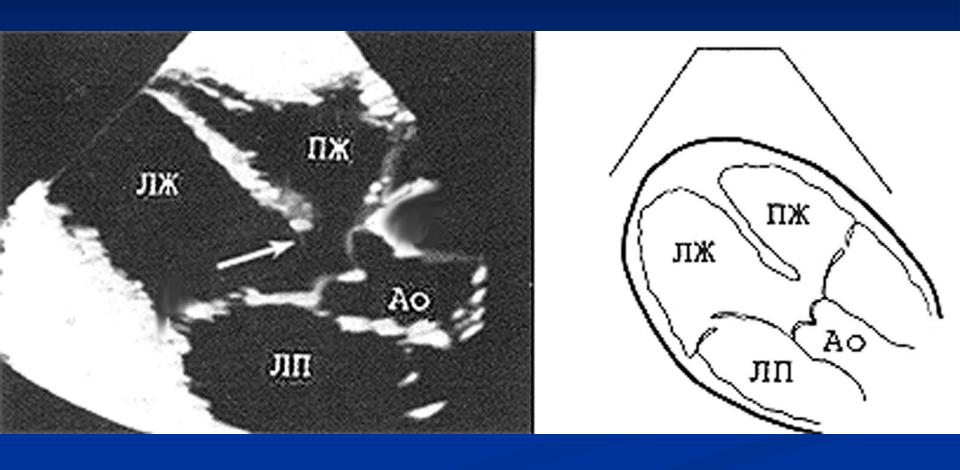


- <u>перимембранозный дефект</u> приточный, трабекулярный, инфундибулярный
- <u>отточный дефект</u> субартериальный, мышечный
- <u>мышечный дефект</u> приточный, трабекулярный

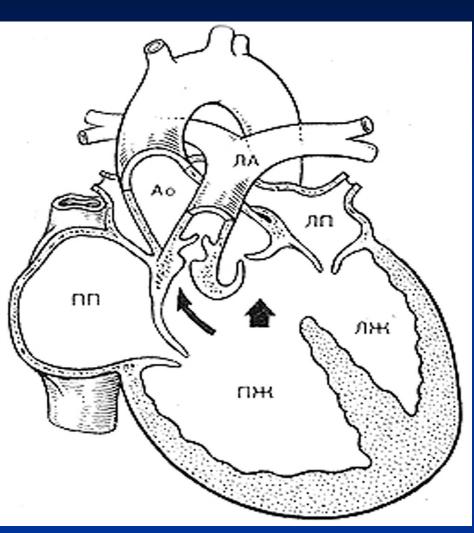
Нарушение гемодинамики при ДМЖП



Двухмерной ЭХО-КГ в проекции пяти камер лоцируется ДМЖП



Тетрада Фалло



Анатомические компоненты:

- стеноз выходного отдела ПЖ и\или гипоплазия легочной артерии
- большой ДМЖП, равный по диаметру устью корня аорты
- декстрапозиция корня аорты (фактически отходящего от обоих желудочков)
- врожденная гипертрофия ПЖ

Клинические формы тетрады Фалло

Бледная тетрада (10-30%)

Умеренный цианоз, как правило, появляется у этих больных при нагрузке и в возрасте старше 10 лет.

Тетрада с поздним цианозом

(в возрасте 6-10 лет)

Классическая форма тетрады

Цианоз появляется, когда ребенок начинает ходить или бегать.

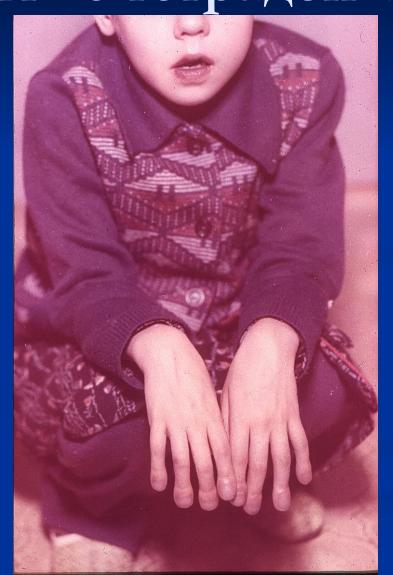
Тяжелая форма тетрады

с одышечно-цианотическими приступами в возрасте от 6 до 24 месяцев.

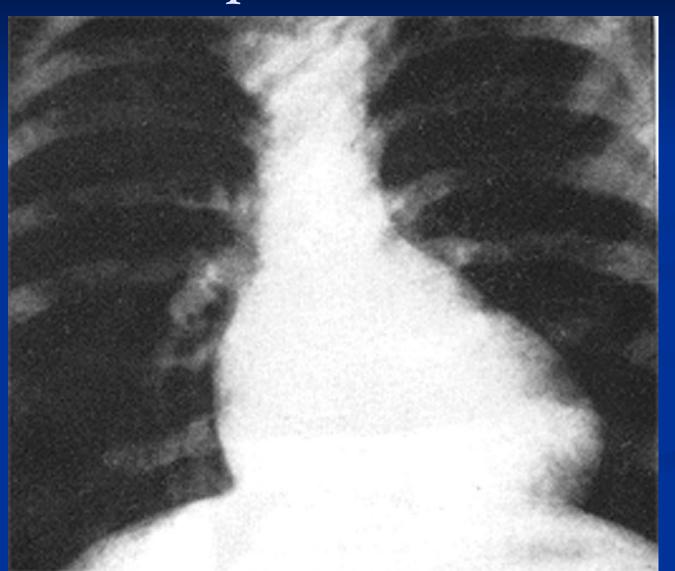
Крайне тяжелая форма.

Цианоз, одышка, тахикардия с рождения и быстро нарастают; развиваются гипоксические приступы и правожелудочковая недостаточность

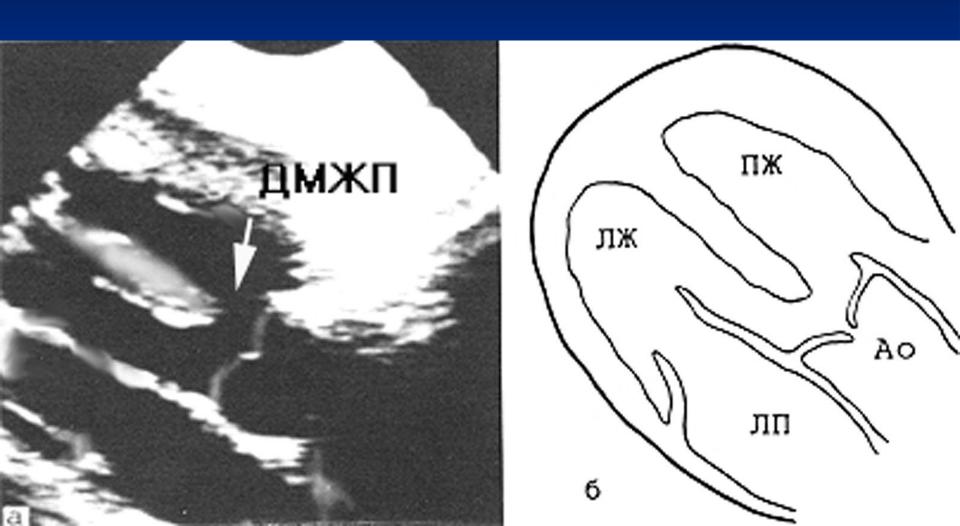
«Присаживание на корточки» больных с тетрадой Фалло



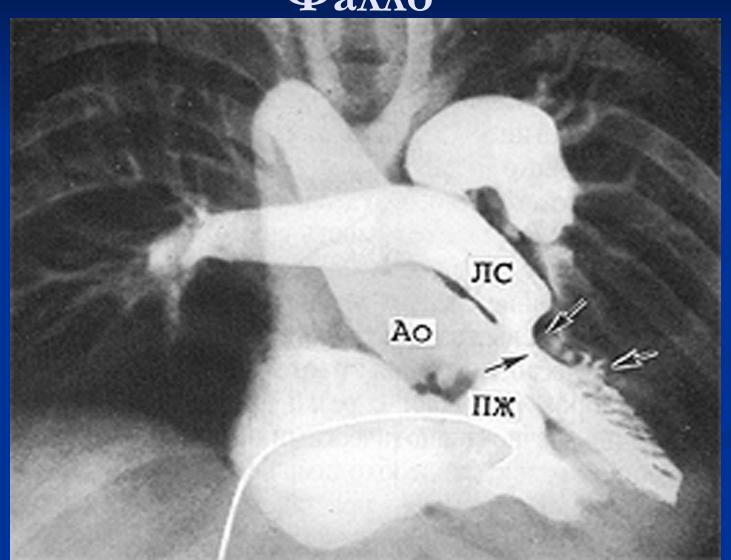
Рентгенограмма сердца больного с тетрадой Фалло



Тетрада Фалло при двухмерном сканировании в проекции пяти камер



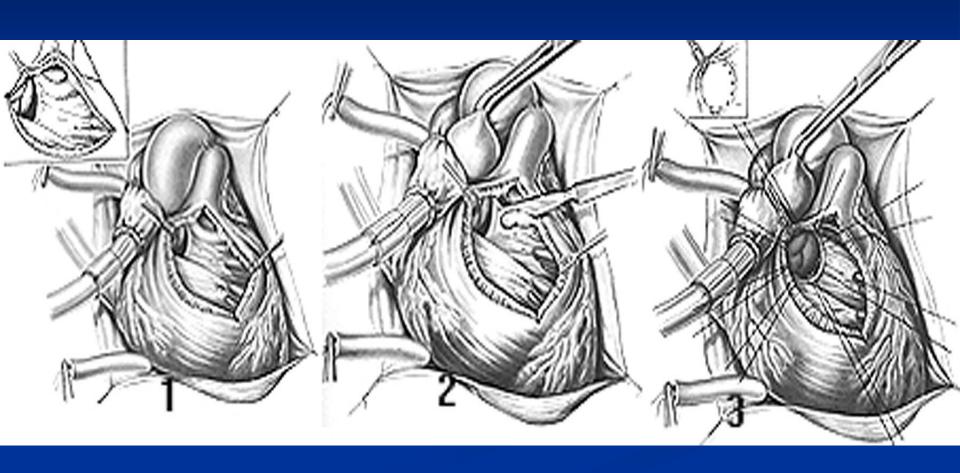
Правосторонняя вентрикулография при тетраде Фалло



Подключично-легочный анастомоз по Блелок-Тауссиг



Этапы радикальной операции по поводу тетрады Фалло



Пластика ВОПЖ и ЛА моностворчатым биопротезом

