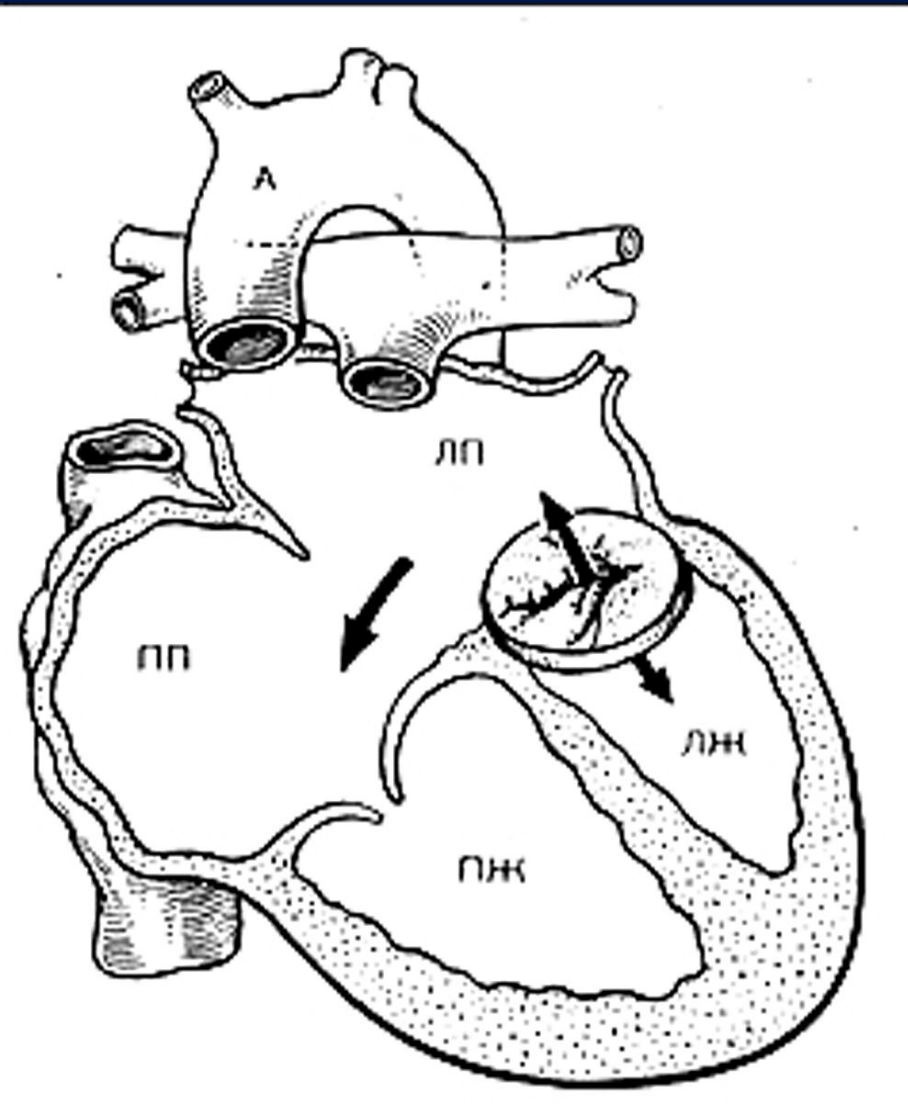


Кафедра госпитальной хирургии № 1  
СПбГМУ

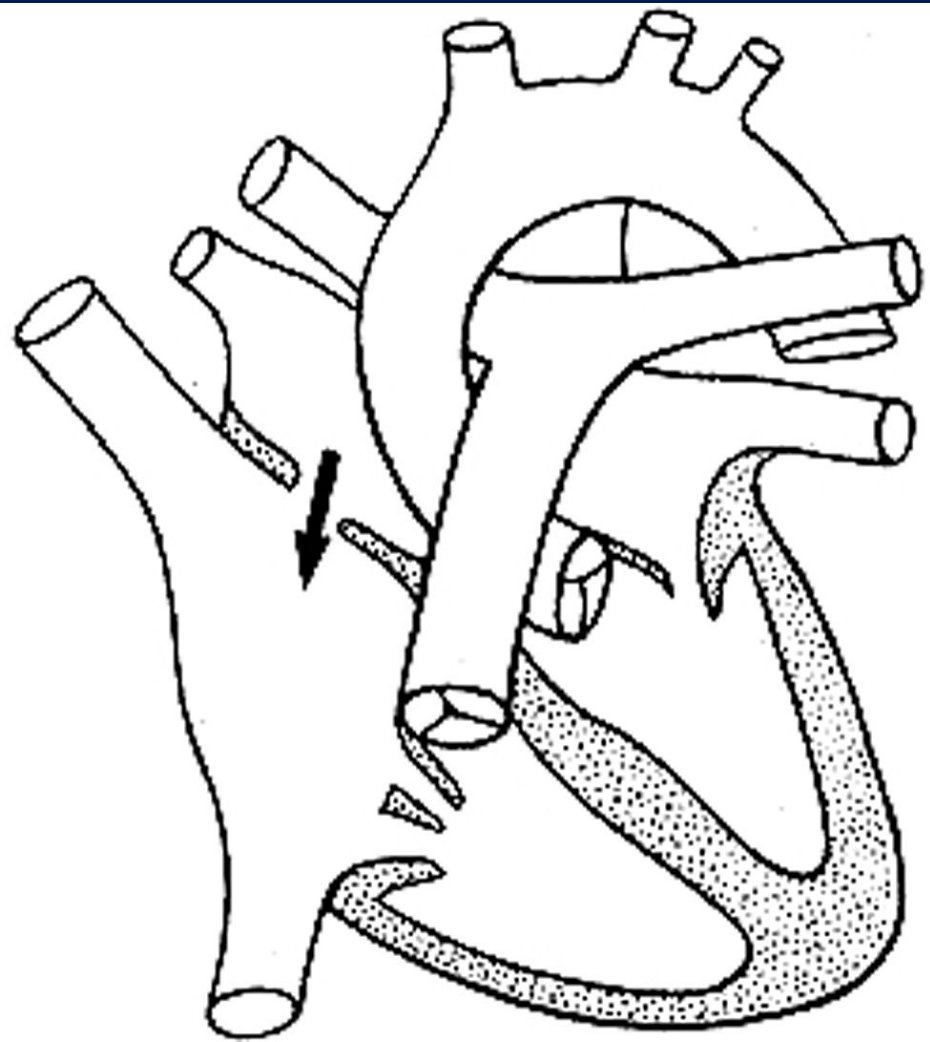
Врожденные  
пороки сердца (№ 2)

# Первичный ДМПП (в 10%)



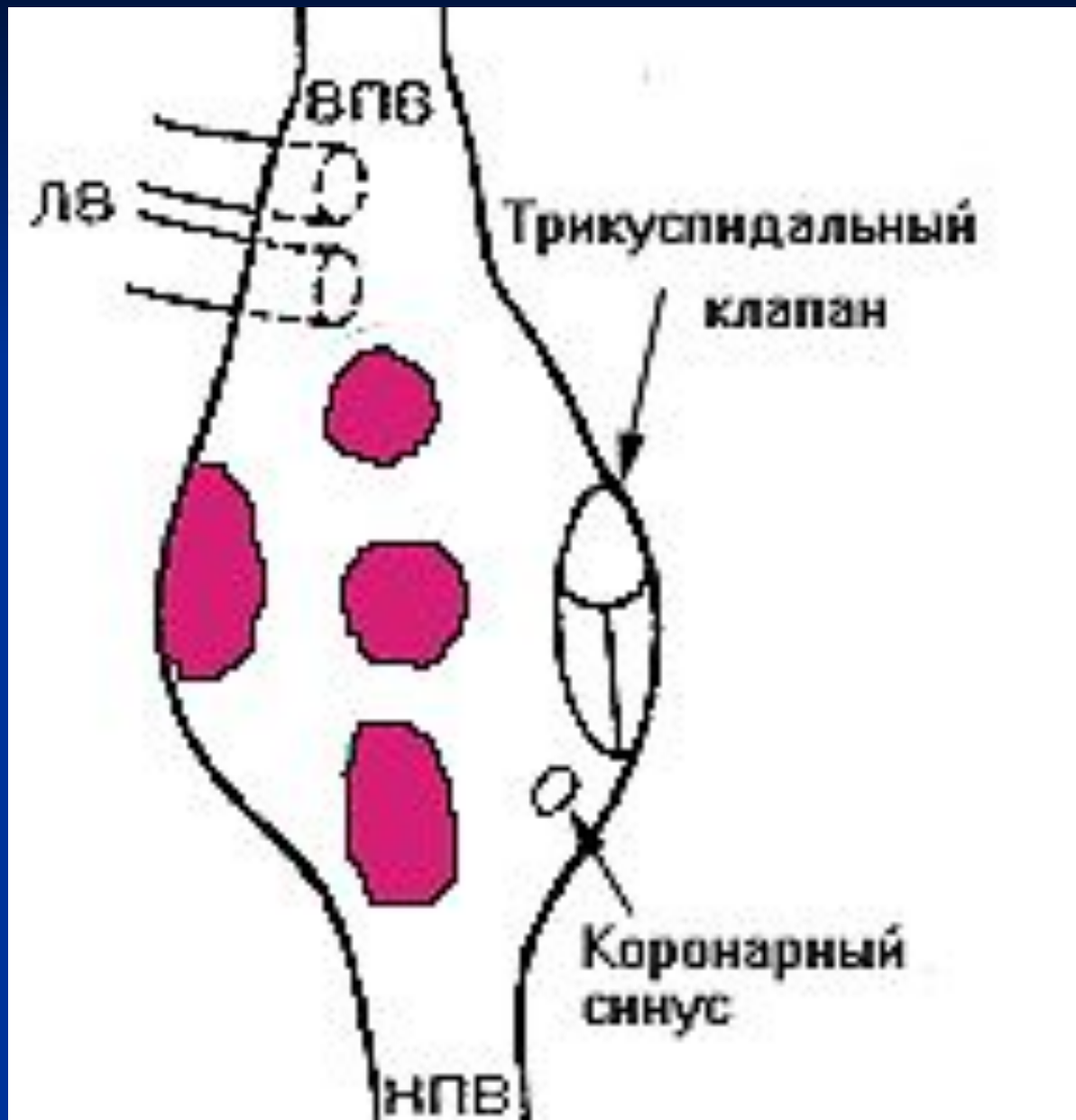
- Возникает вследствие незаращения первичного сообщения между предсердиями и аномалии развития первичной МПП
- Дефект располагается в нижнем отделе МПП непосредственно над атриовентрикулярными отверстиями
- Часто сочетается с расщеплением септальной створки МК или ТК

# Вторичный ДМПП (в 90%)



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

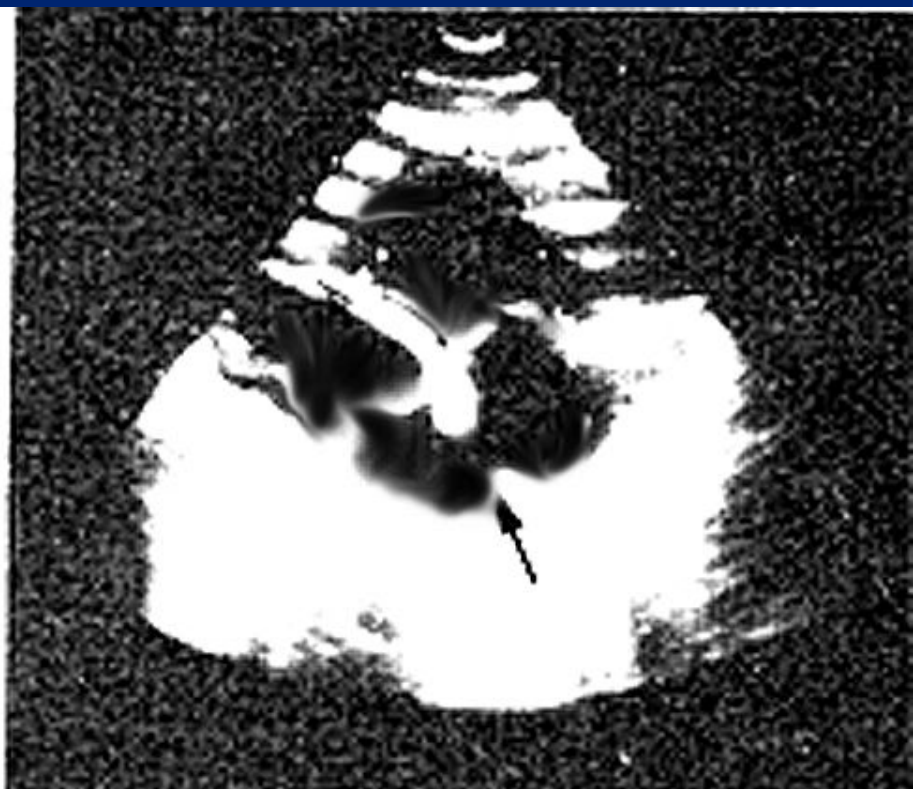
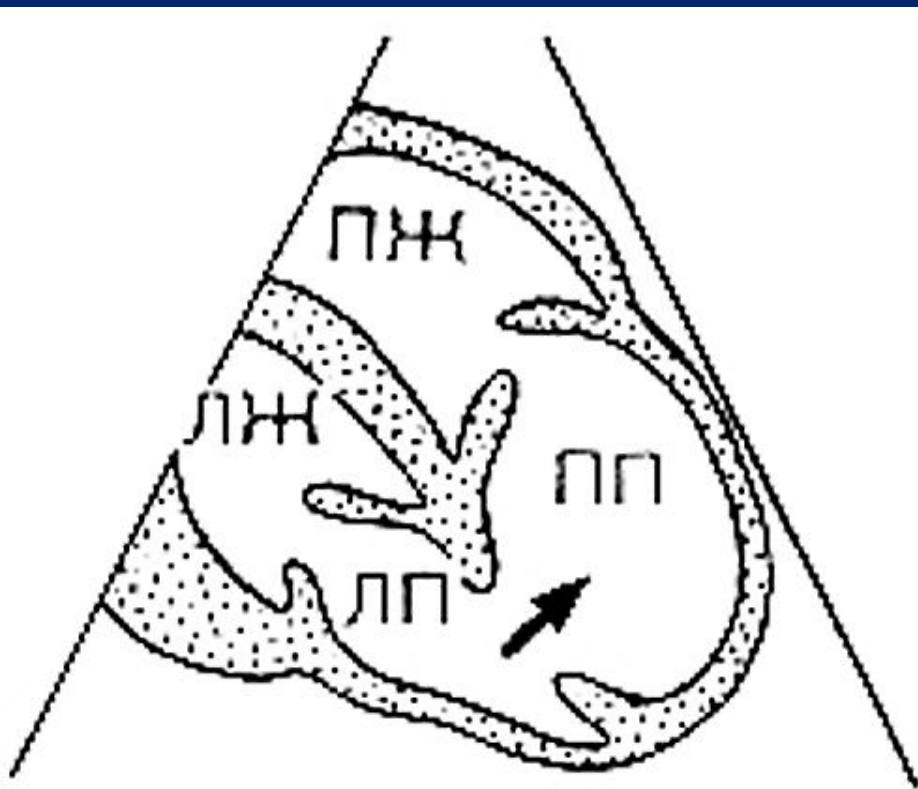
# Вторичные ДМПП



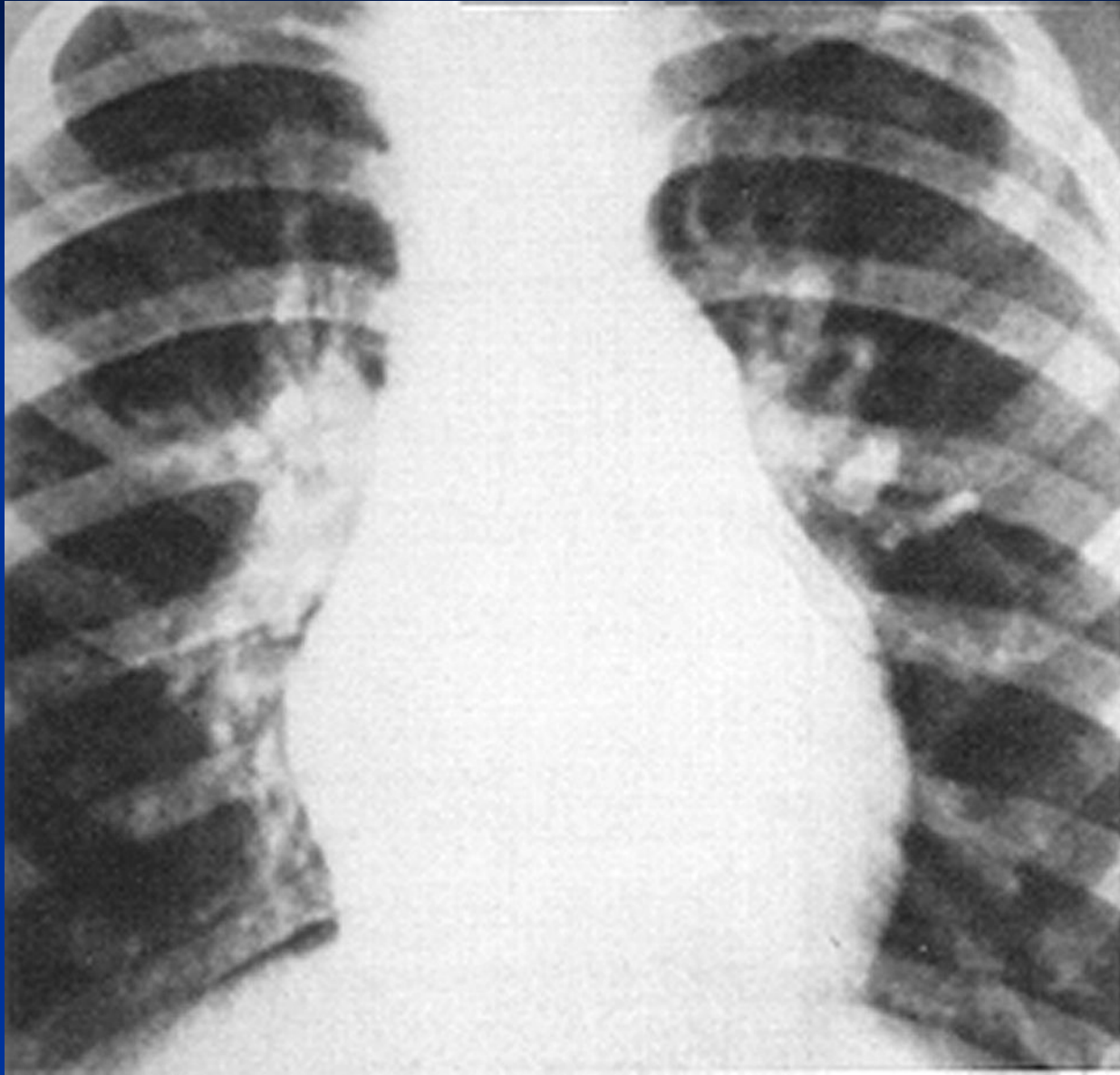
# Клиника ДМПП

- Жалобы: на повышенную утомляемость, одышку, сердцебиение при физической нагрузке по сравнению со сверстниками
- В анамнезе 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

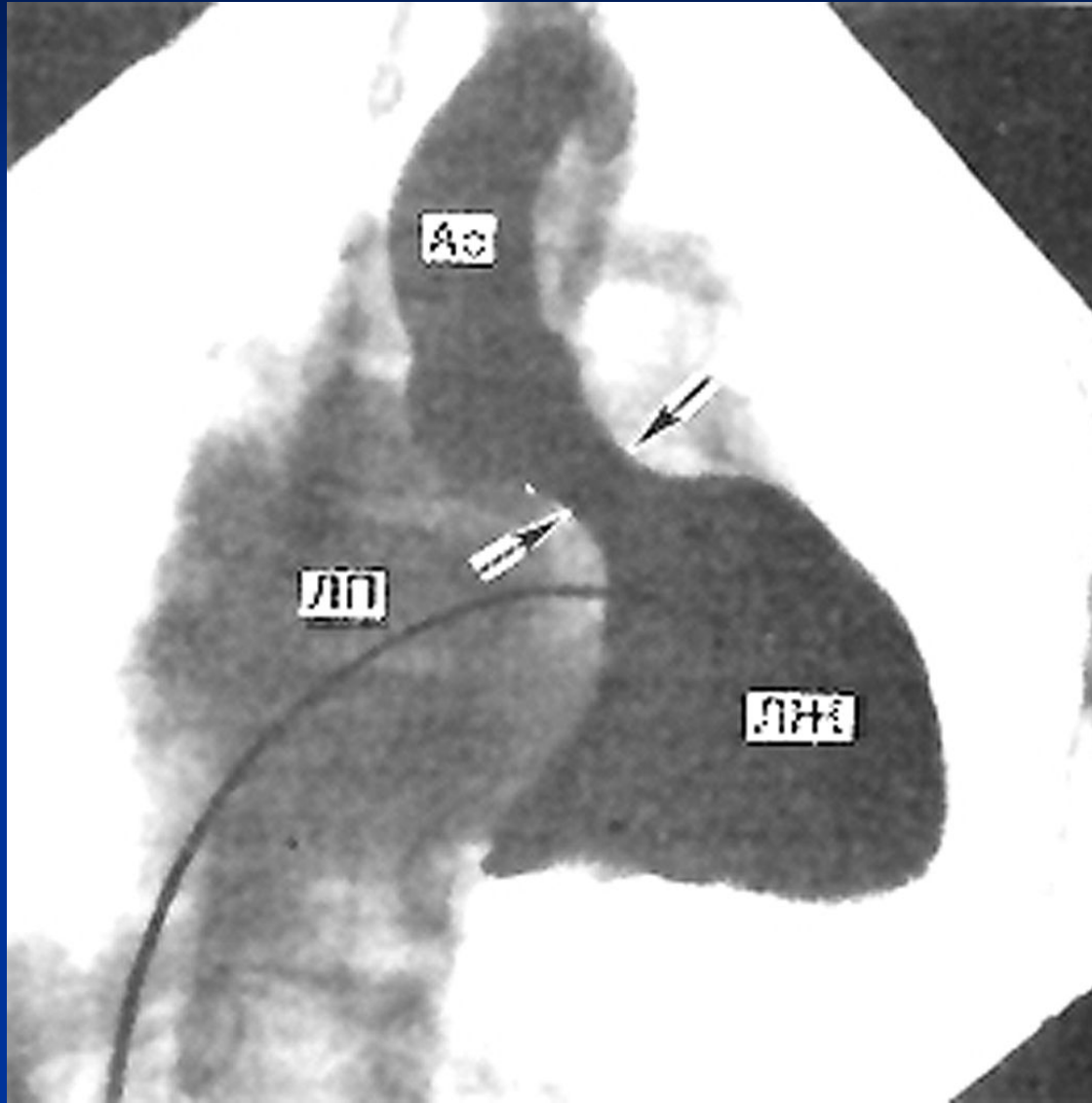
# ЭХО-КГ, 4-х камерное сечение. Вторичный ДМПП



# Рентгенограмма сердца больного с ДМПП и ЛГ

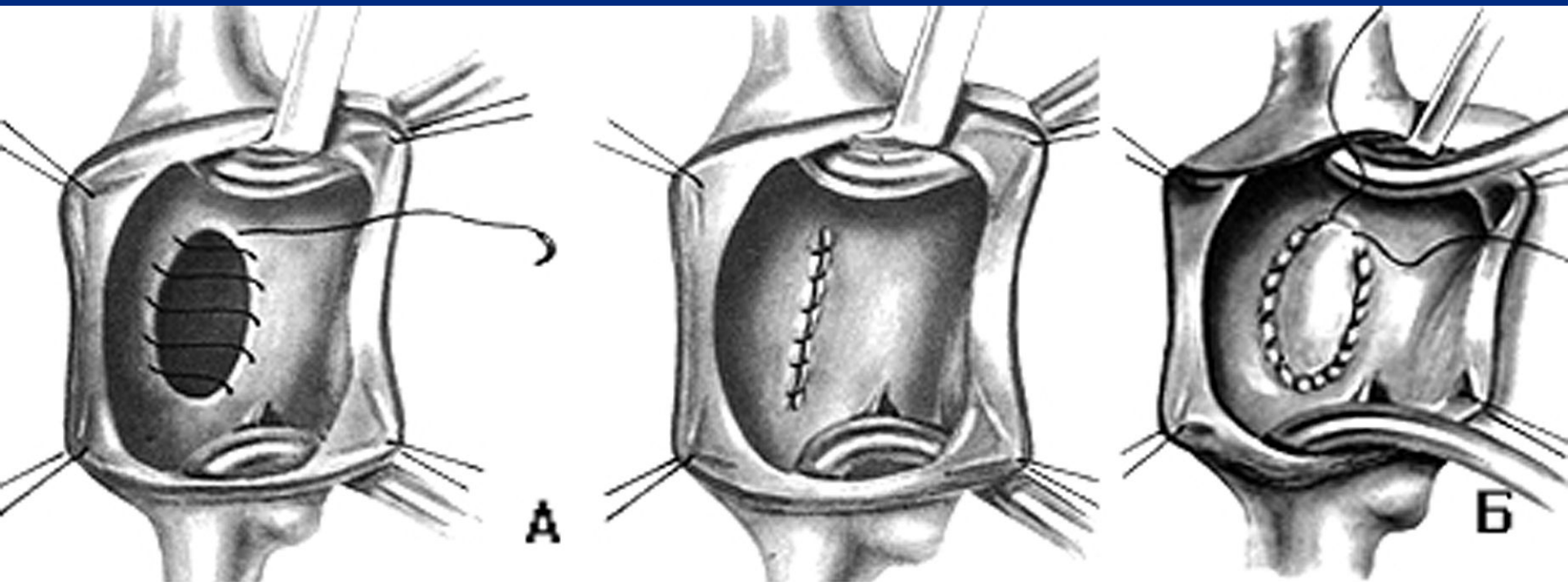


# Левосторонняя вентрикулография при первичном ДМПП

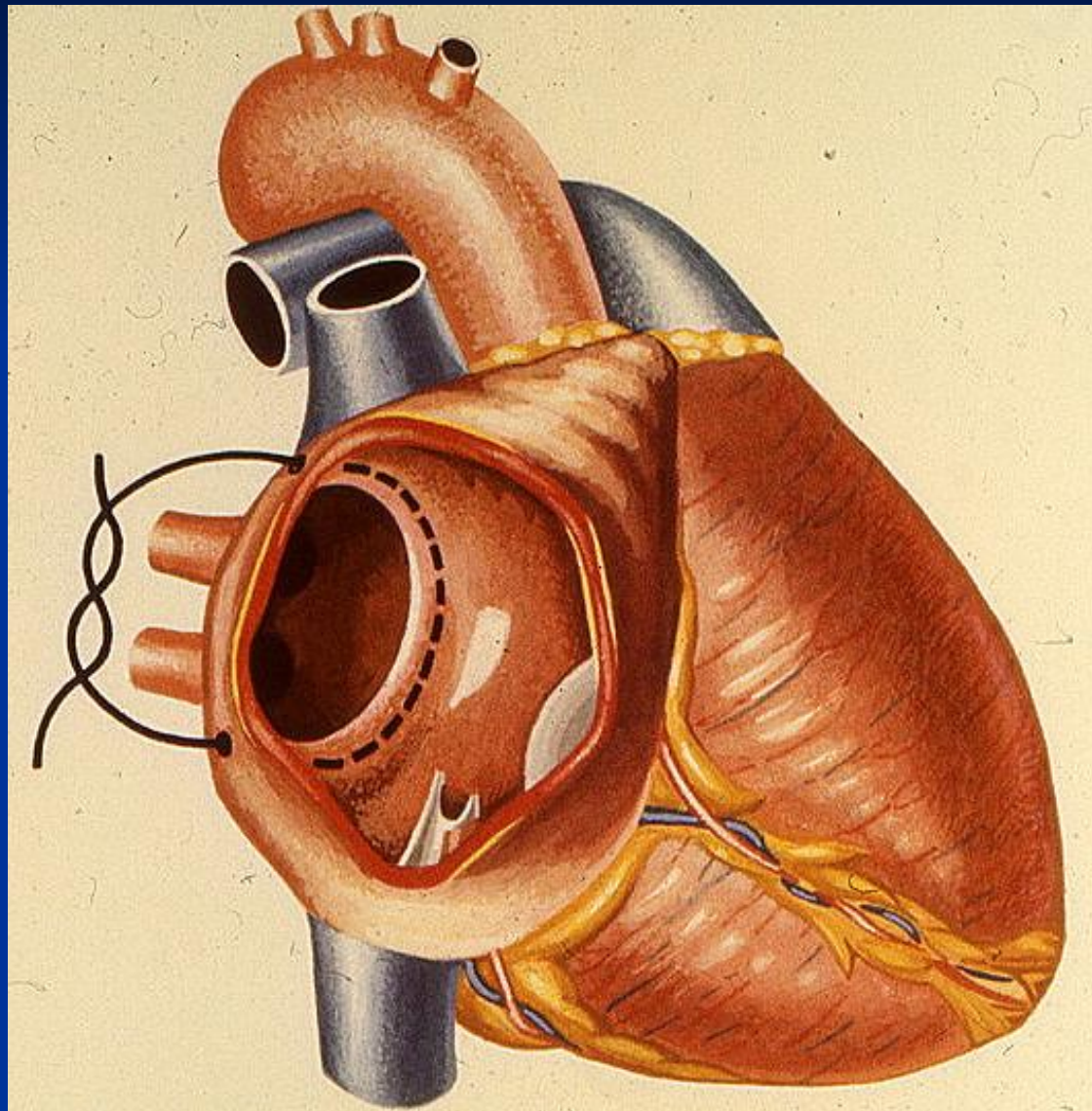




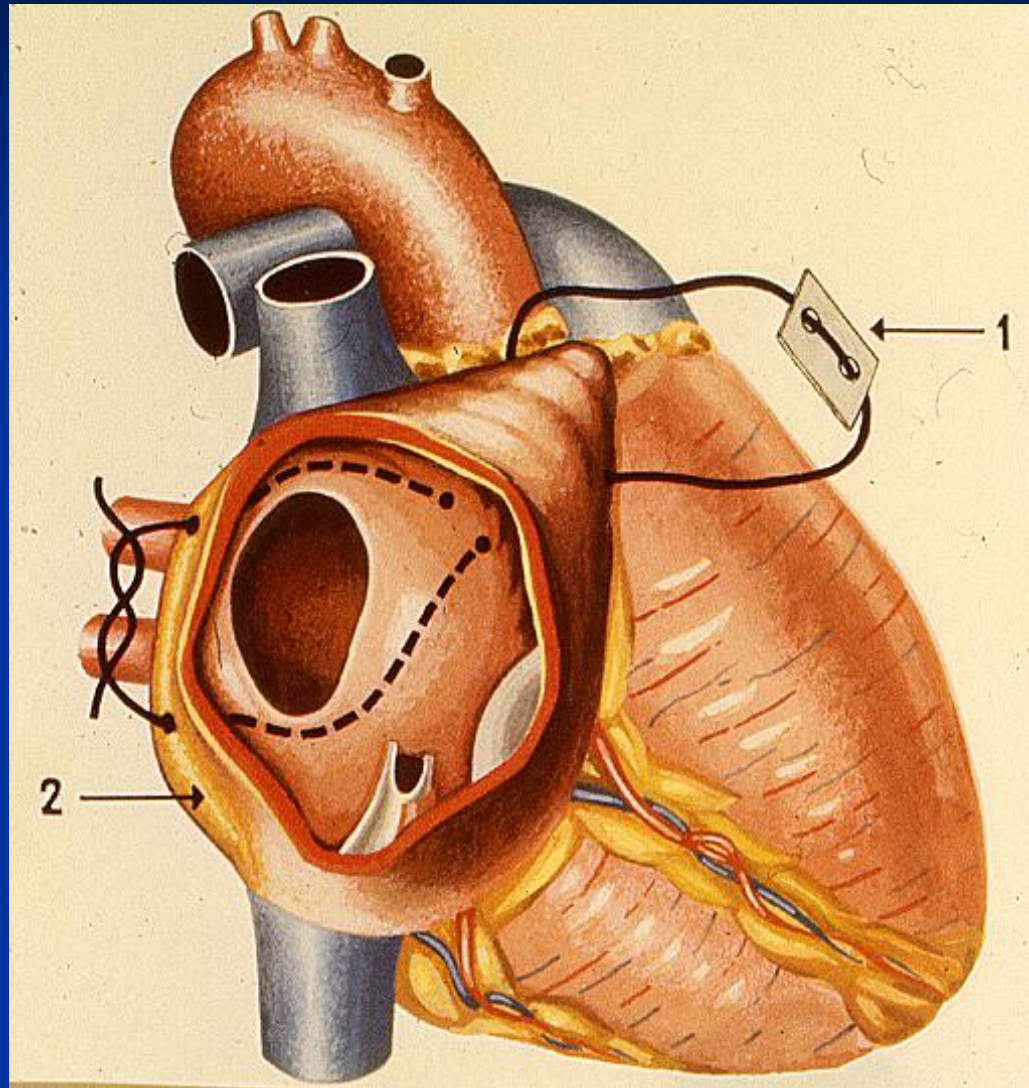
# Ушивание (А) и пластика (Б) вторичного ДМПП



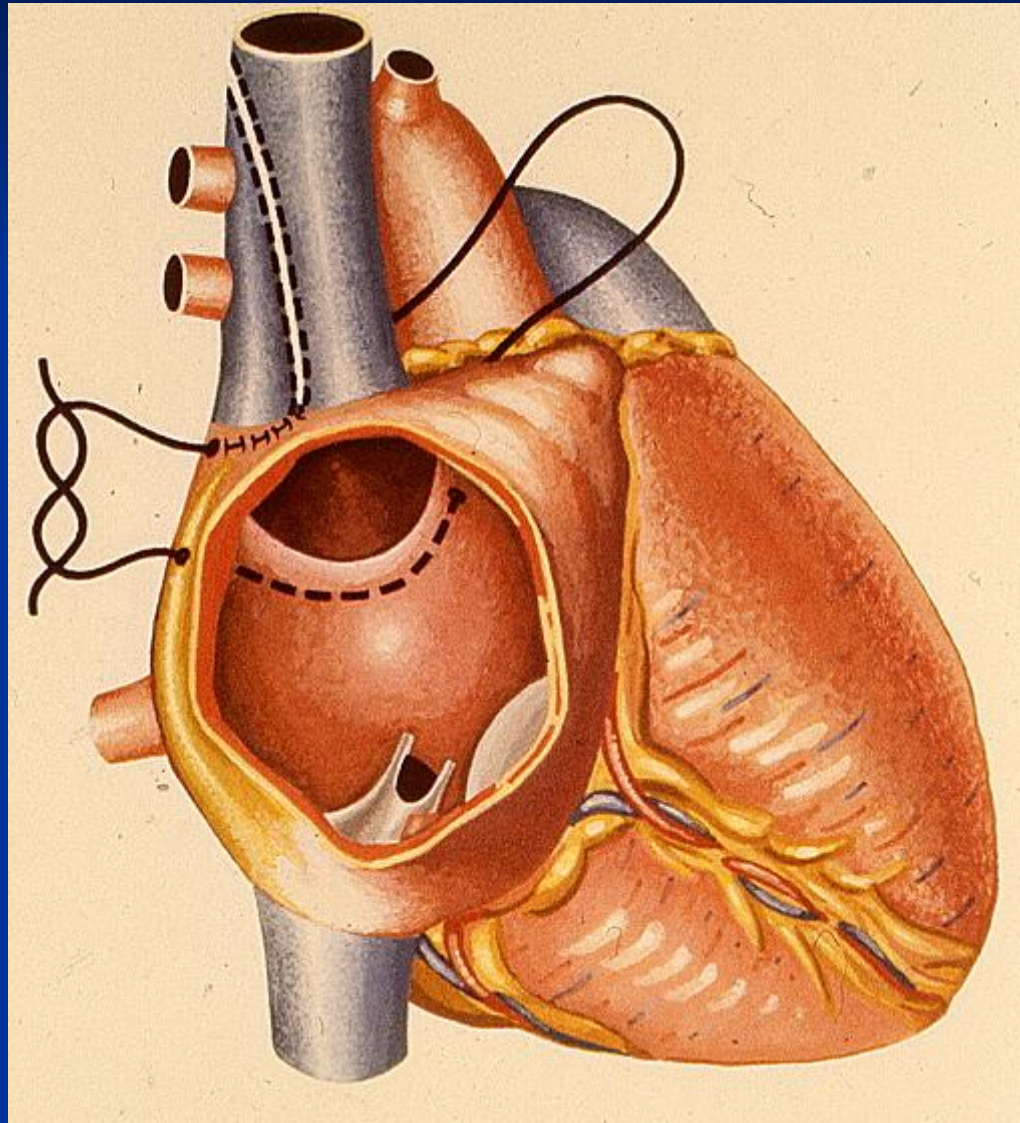
# Заккрытие заднего ДМПП



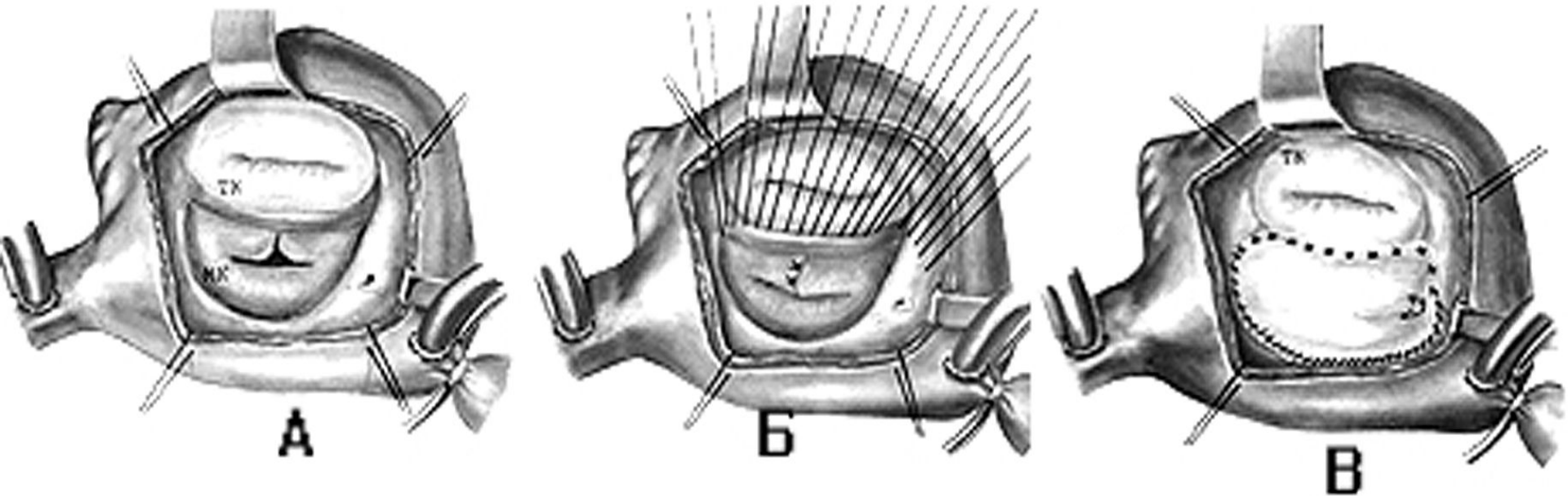
# Заккрытие центрального ДМПП



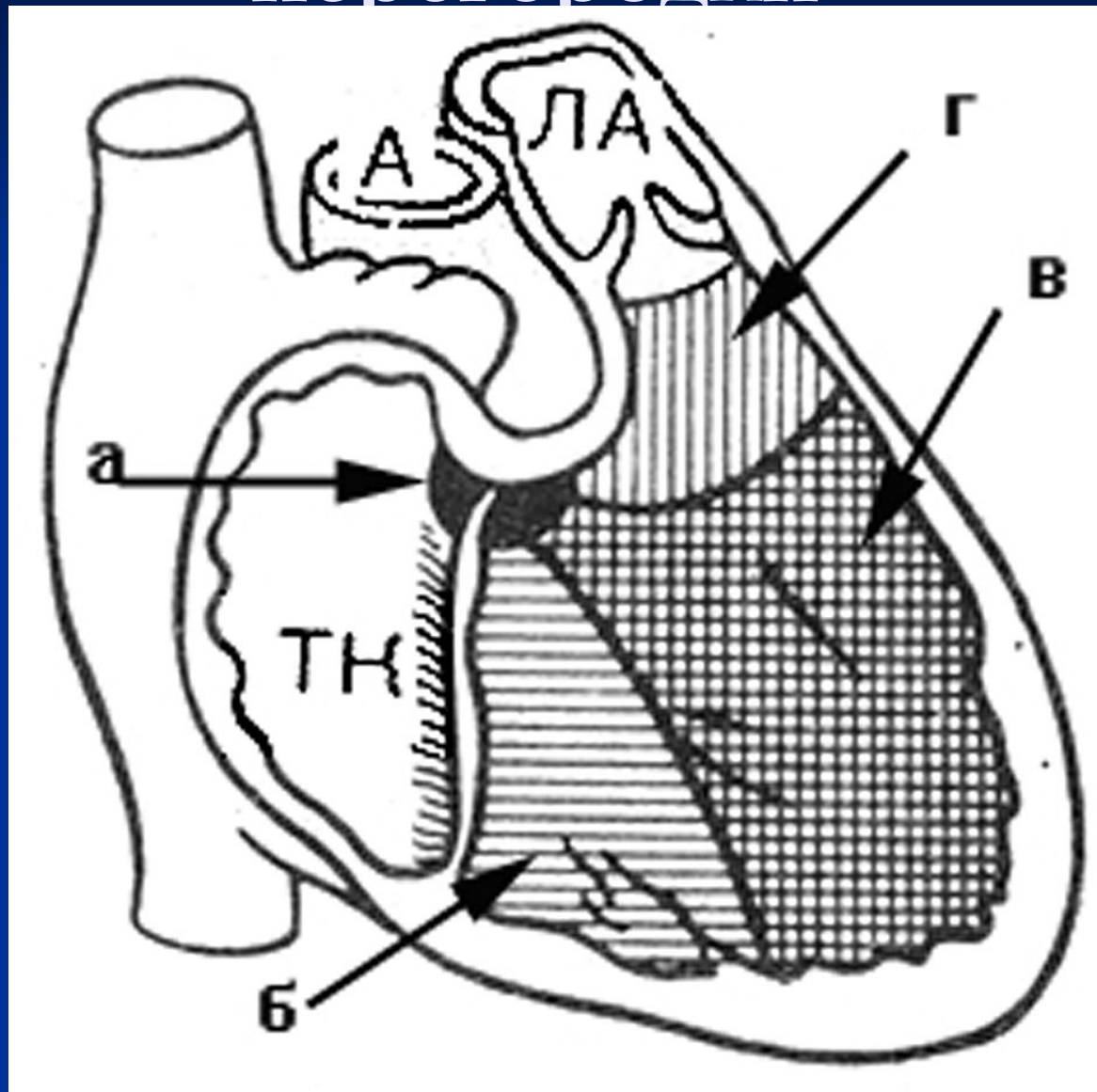
# Закрытие ДВС с аномальным дренажом правых легочных вен



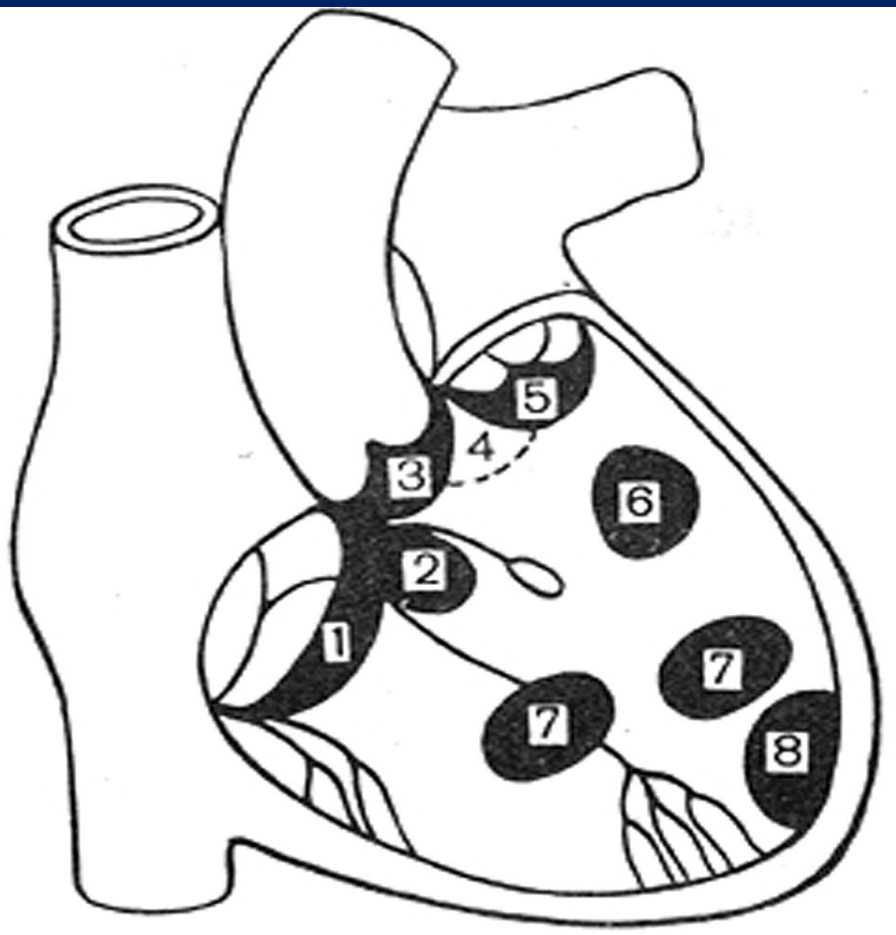
# Ушивание расщепленной створки митрального клапана через дефект и пластика первичного ДМПП



# Анатомия межжелудочковой перегородки

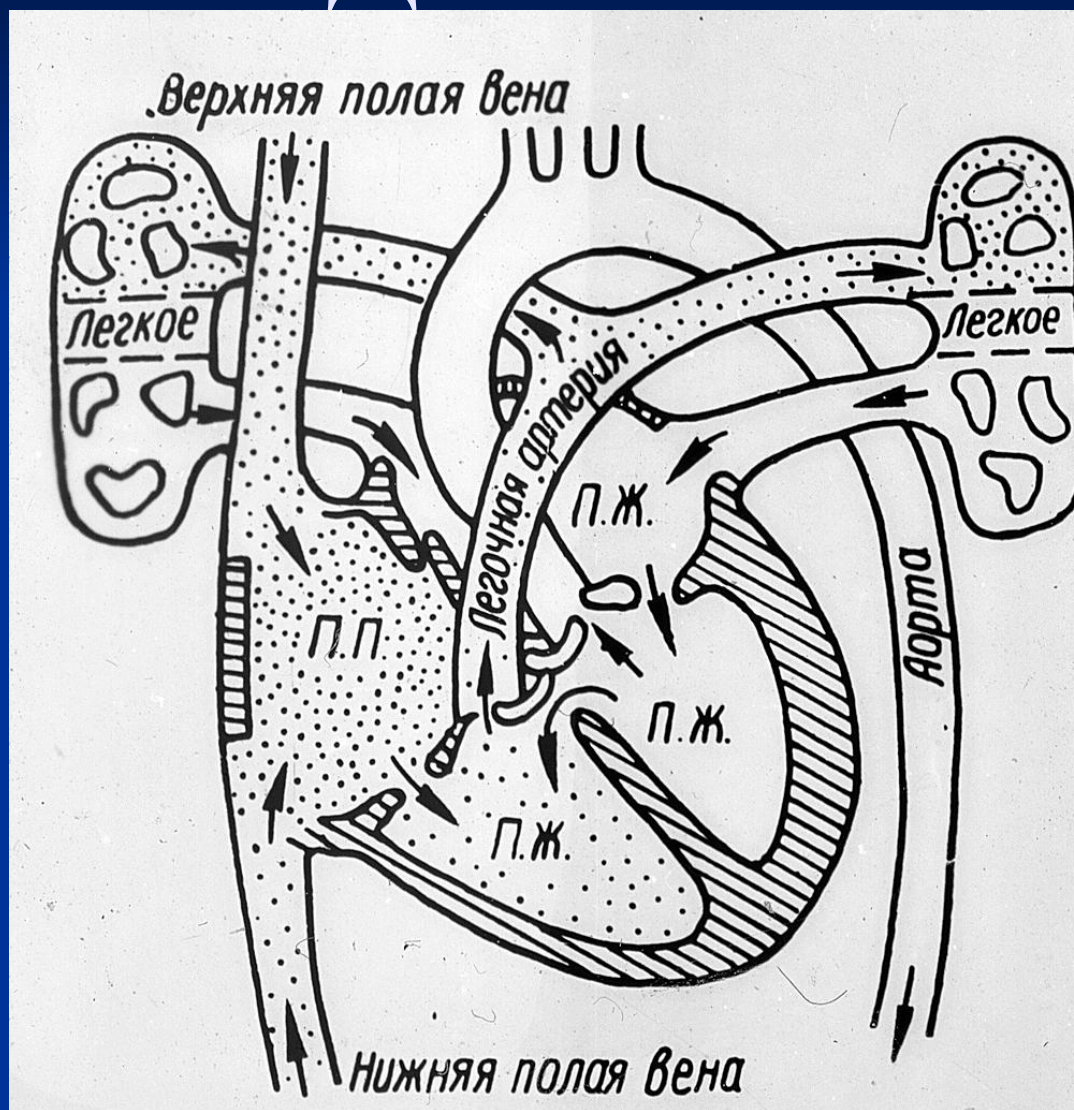


# Классификация ДМЖП по локализации (S. Milo и соавт., 1980)



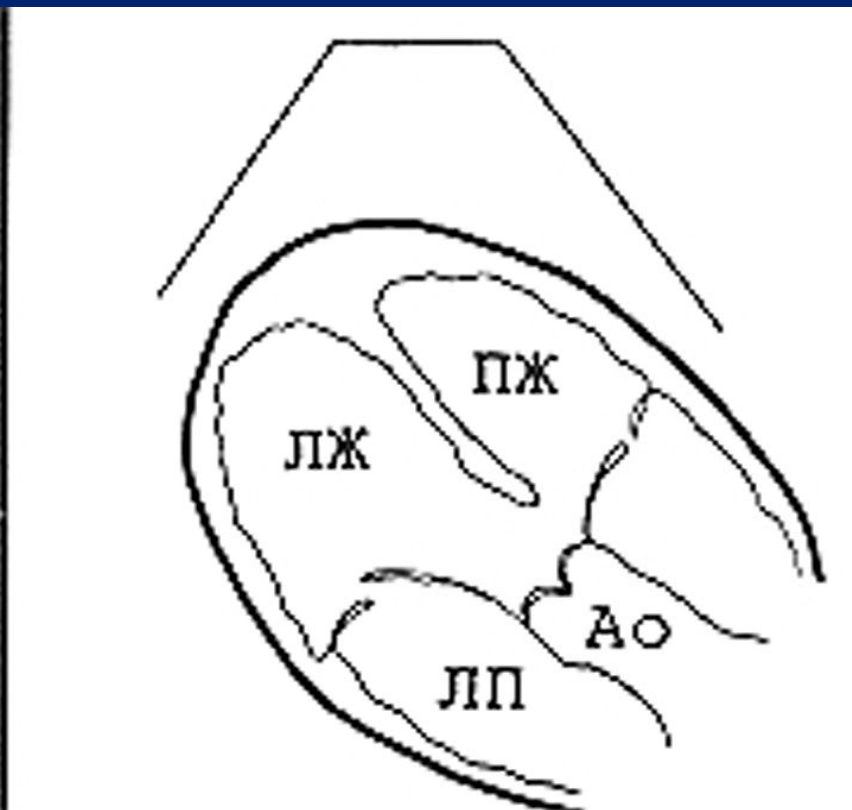
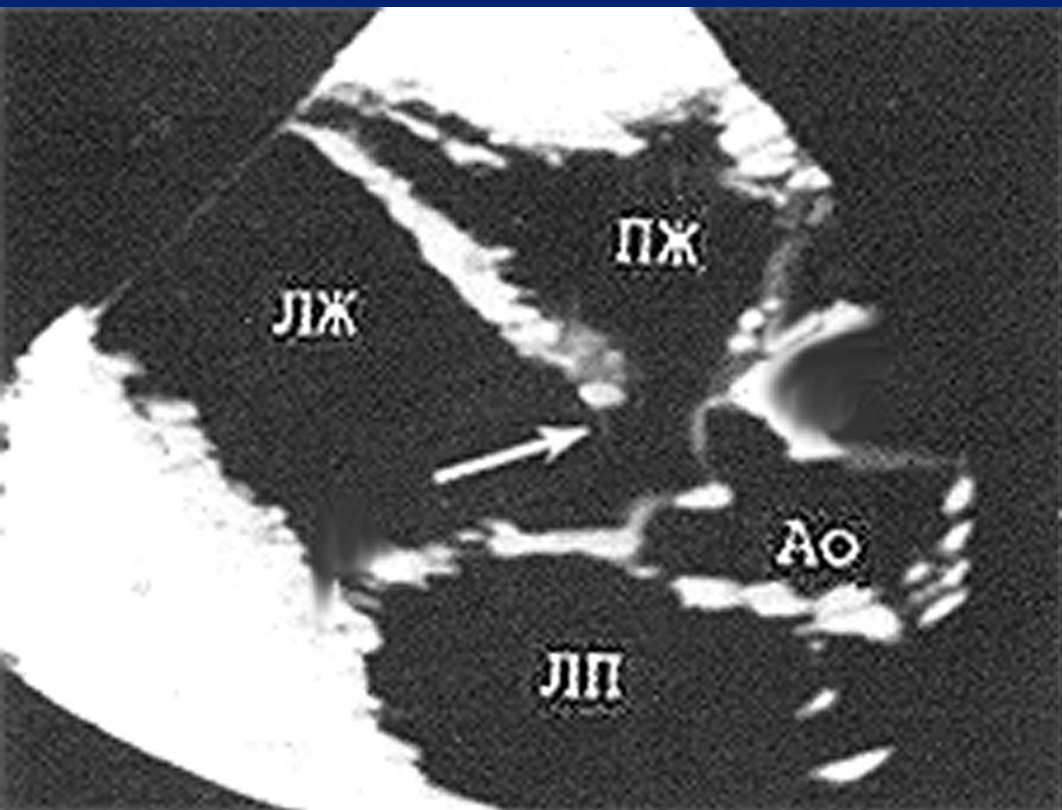
- перимембранозный дефект – приточный, трабекулярный, инфундибулярный
- отточный дефект – субартериальный, мышечный
- мышечный дефект – приточный, трабекулярный

# Нарушение гемодинамики при ДМЖП





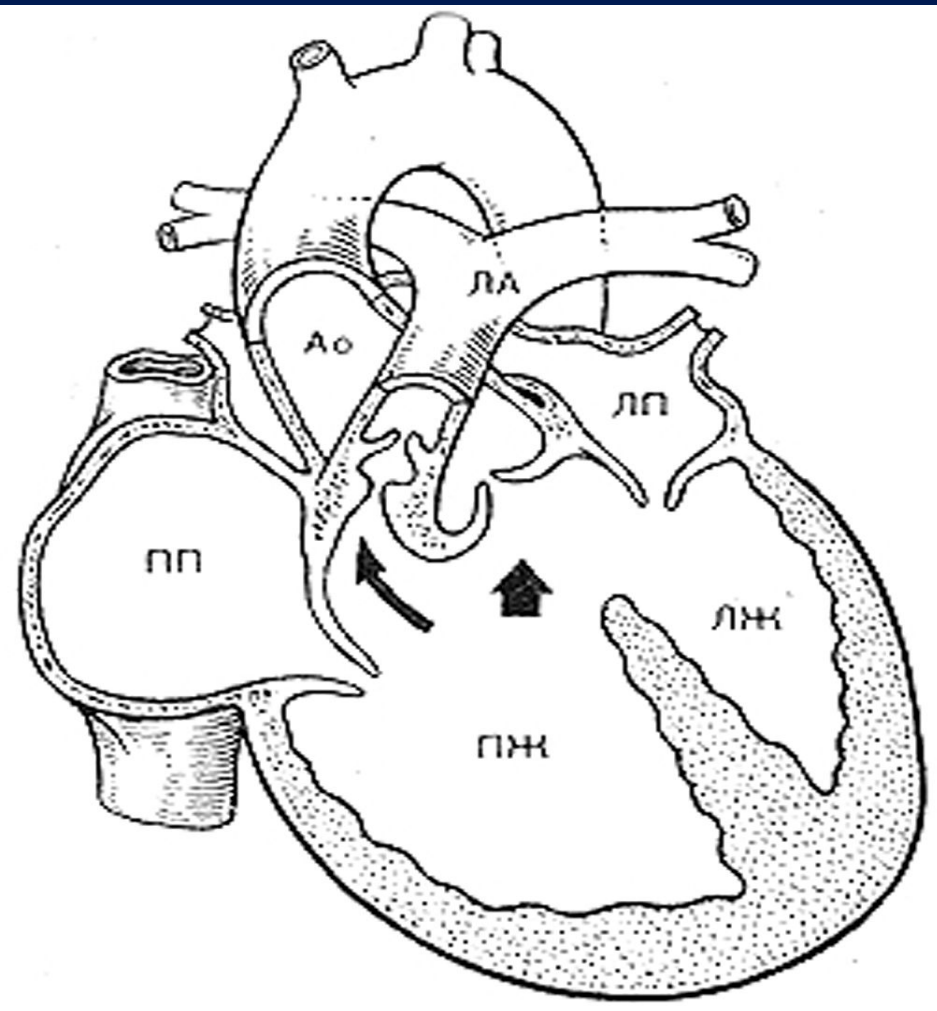
# Двухмерной ЭХО-КТГ в проекции пяти камер лоцируется ДМЖП



# 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 одышно-цианотическими приступами в возрасте от 6 до 24 месяцев.

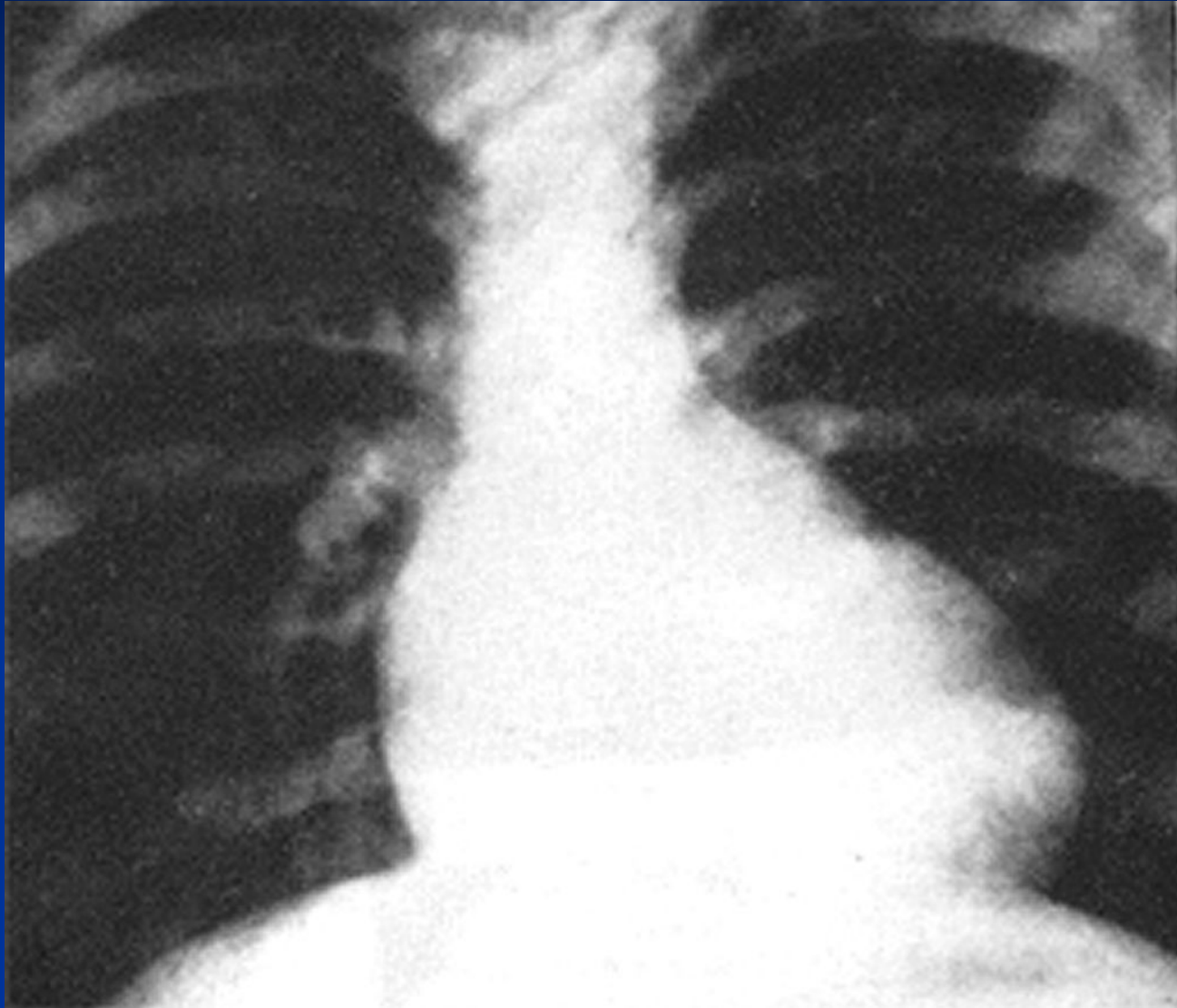
## Крайне тяжелая форма.

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

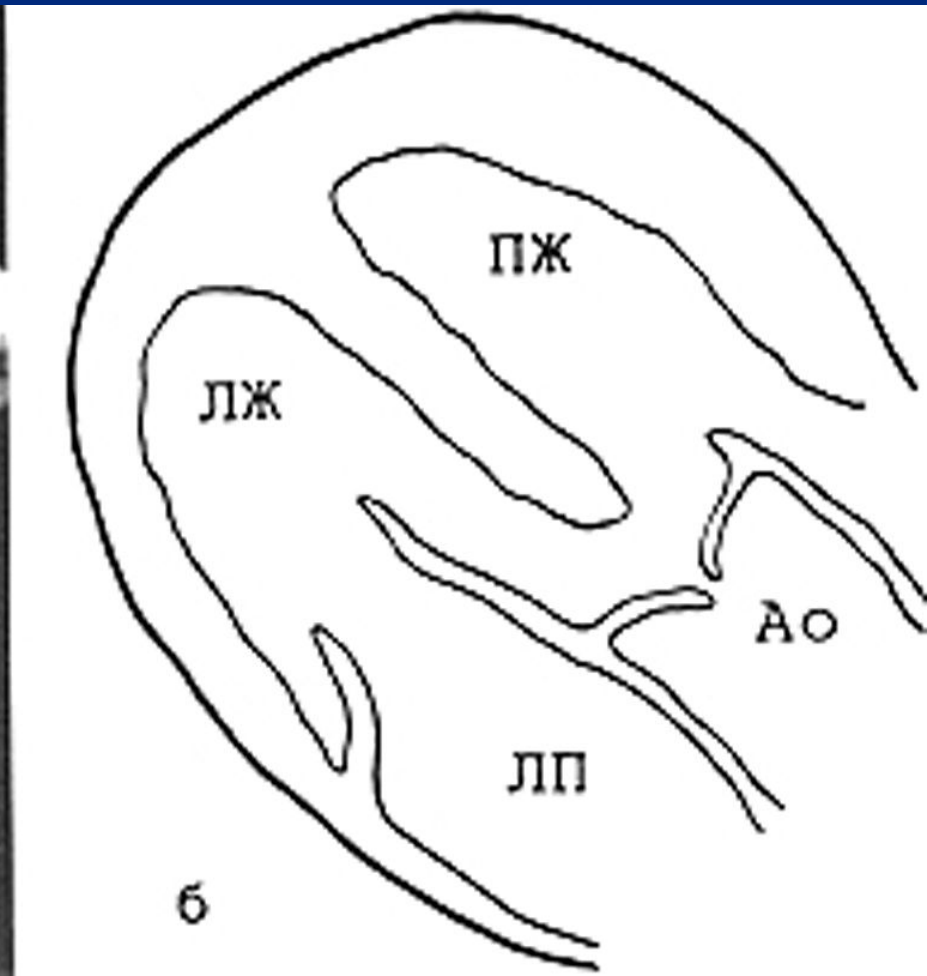
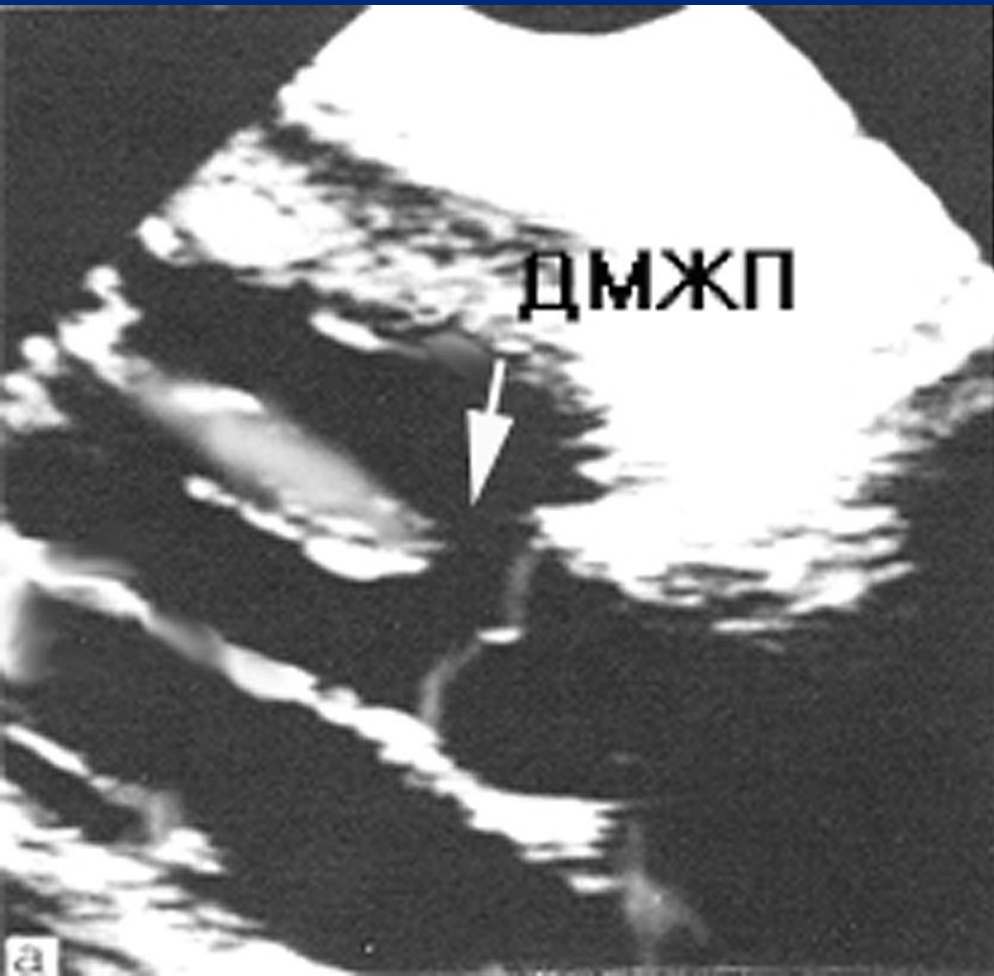
# «Присаживание на корточки» больных с тетрадой Фалло



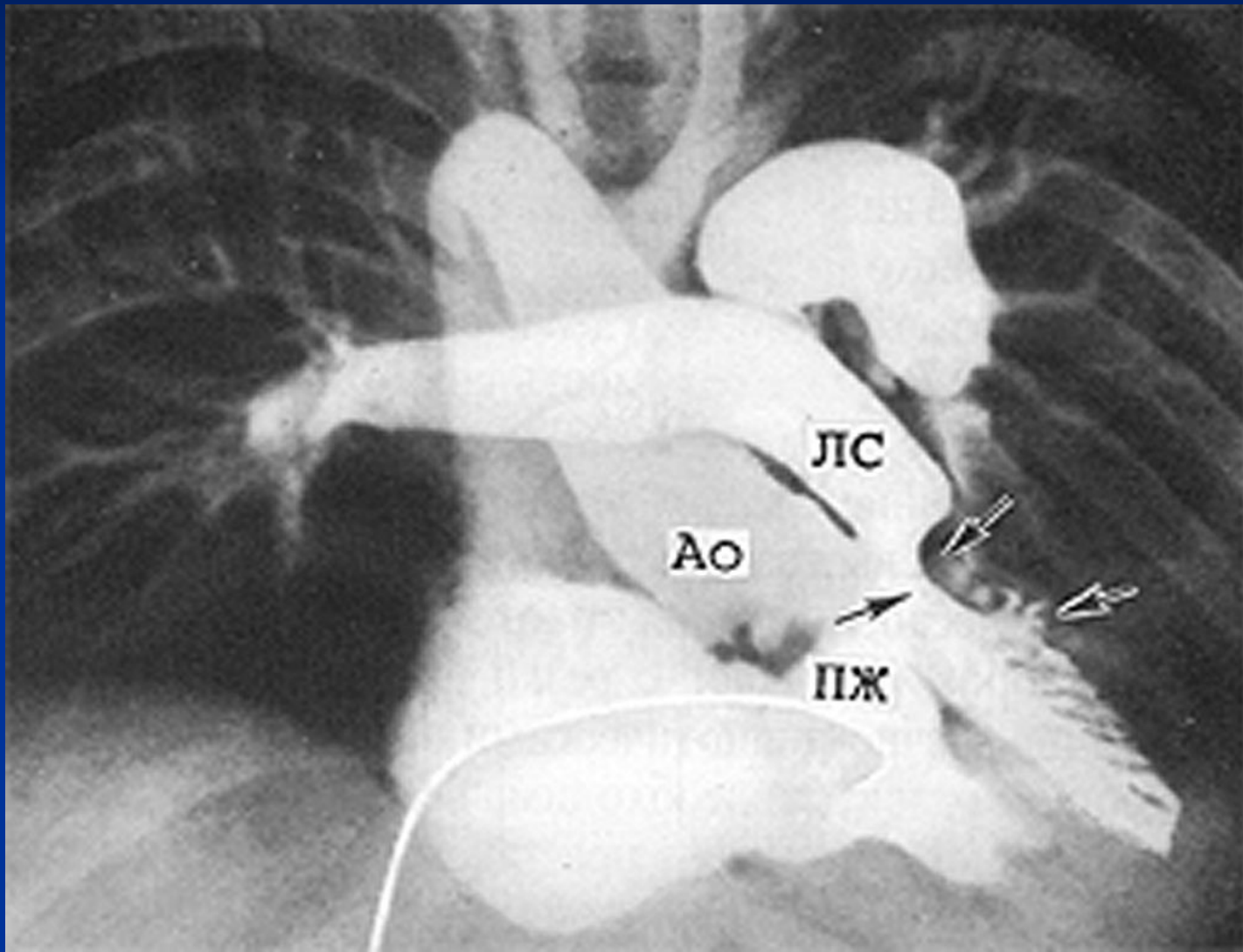
# Рентгенограмма сердца больного с тетрадой Фалло



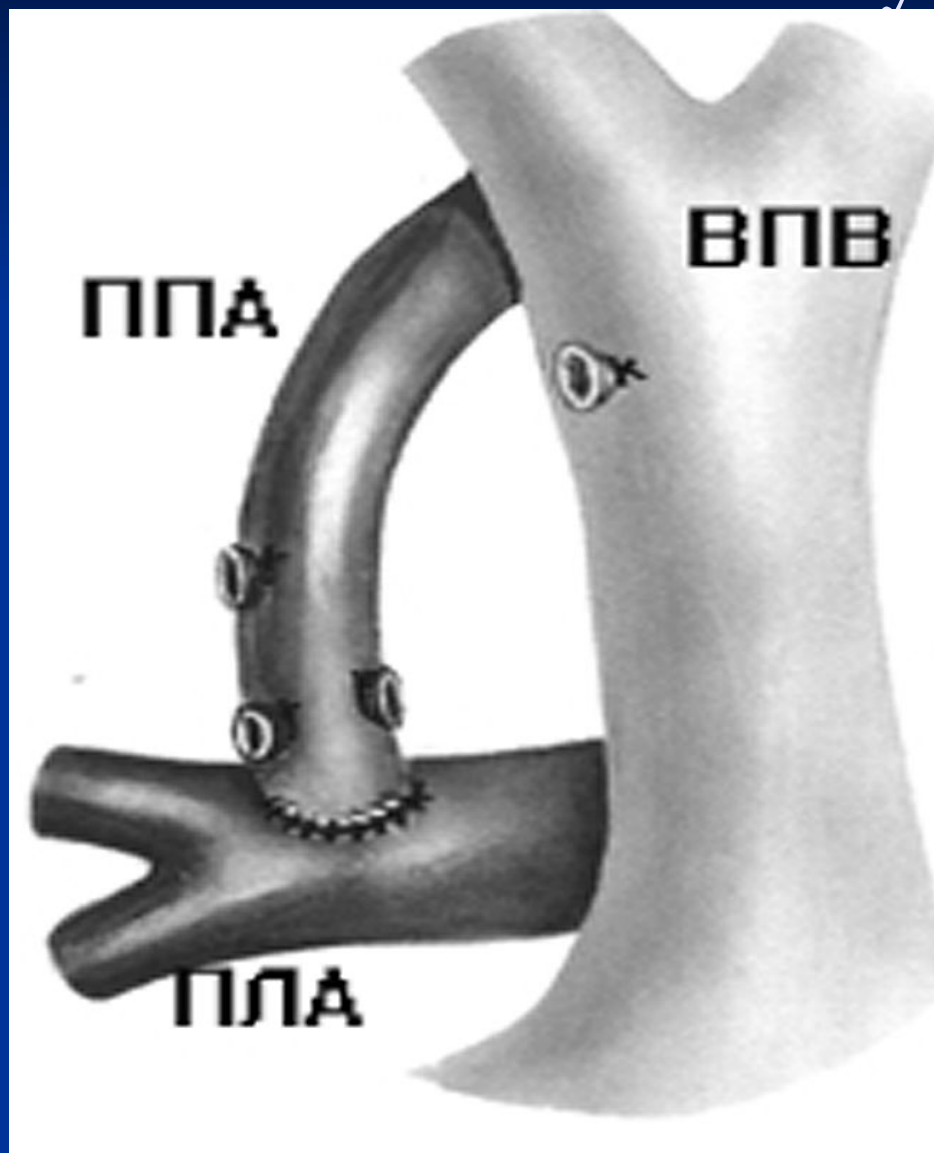
# Тетрада Фалло при двухмерном сканировании в проекции пяти камер



# Правосторонняя вентрикулография при тетраде Фалло

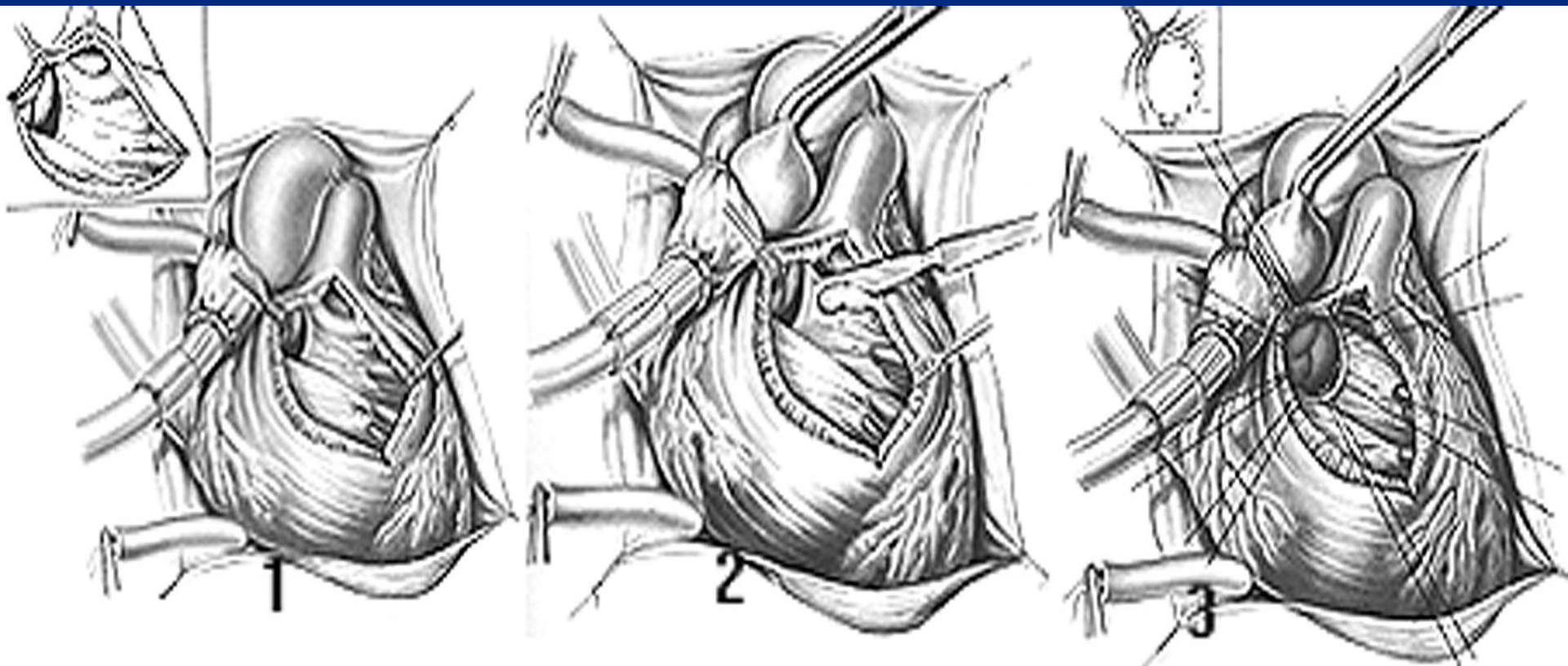


# Подключично-легочный анастомоз по Блелок-Тауссиг





# Этапы радикальной операции по поводу тетрады Фалло



# Пластика ВОПЖ и ЛА моностворчатым биопротезом

