

ную аортальную недостаточность. В 16 случаях выявлен кальциноз аортального клапана различной степени выраженности. Внутриворчатый кальциноз, когда кальцинаты располагались очагами внутри створок (I степень), имел место у 8 больных, в 5 случаях было обнаружено грубое обызвествление створок и комиссур (II степень), в 3-х случаях выявлен массивный кальциноз клапана с переходом на фиброзное кольцо, митрально-аортальный контакт и стенку аорты (III степень). Окклюзия аорты составила в среднем $194,6 \pm 7,4$ мин. Среднее время искусственного кровообращения – $278,4 \pm 16,8$ мин.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Разрушение аортального корня деструктивным кальцинозом или с образованием абсцесса являлось показанием для формирования аутографта с широким мышечным лоскутом (до 10 мм), позволяющим выполнить пластику дефектов основания аорты. Несоответствие диаметров фиброзных колец у детей и нарушение непрерывности фиброзного кольца аортального клапана у взрослых требовало выполнять укрепление имплантационного шва полоской из ксеноперикарда с целью профилактики дилатации неоаорты и появления аортальной регургитации. Реконструкция пути оттока из правого желудочка выполнялась с использованием биологических кондуитов, диаметр которых был выше расчетного на 40 % у детей, и 20 % у взрослых, что впоследствии обеспечивало удовлетворительные гемодинамические условия.

Поражение корня аорты у взрослых пациентов с аортальными пороками обусловило изменение стандартной технологии имплантации легочного аутографта. Важно подчеркнуть, что во всех случаях ключ к успеху операции Росса – в «атравматичном» заборе легочного аутографта. Помня о существующей опасности повреждения септальной ветви левой коронарной артерии при манипуляциях на инфундибулярном отделе межжелудочковой перегородки, после углубления в миокард на 2–3 мм, плоскость выделения следует вести почти параллельно легочному стволу. В позицию легочного ствола у наших пациентов были имплантированы следующие типы биокондуитов: «Кемерово-

АБ-Моно», «Кемерово-АБ-Композит», «БиоЛАБ-КС/АС (Москва), БиоЛАБ-КС/ПТ (Москва). С целью профилактики обструкции пути оттока правого желудочка у 32 пациентов при имплантации биокондуита использовалась широкая треугольная заплатка из ксеноперикарда, позволяющая сформировать пологую подклапанную приточную часть кондуита. В настоящее время проводится клиническое испытание разработанного в нашем Институте способа фиксации оплетки кольца биокондуита к межжелудочковой перегородке с помощью «разметочно-армирующего шва».

При воспалительном перерождении эластичных тканей аортального корня и превращении их в кальциевые глыбы требуются особые приемы формирования неоаорты. Техника декальцинации при экстравальвулярном кальцинозе имеет цель создать условия для надежной имплантации и фиксации аутографта, защитить большой круг кровообращения и коронарные артерии от кальциевой эмболии, предупредить повреждение проводящей системы сердца. В этих случаях декальцинация нами проводилась с упором на максимально возможное сохранение основания аортальных створок, сохранение фиброзного кольца, зоны митрально-аортального контакта, области фиксации легочного аутографта. В случае разрушения (а не кальцификации) тканей аортального корня, когда есть абсцессы фиброзного кольца и окружающих тканей, тактика хирурга при процедуре Росса должна быть направлена на радикальное иссечение пораженных структур с целью создания условий для надежной фиксации легочного аутографта к полноценным тканям.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Успех операции протезирования аортального клапана легочным аутографтом (операция Росса) определяется строгим соблюдением протокола операции, который имеет отличия у пациентов взрослого и детского возраста. Функция легочного аутографта в позиции аортального клапана в детском возрасте, при прочих равных условиях, зависит от соответствия диаметров фиброзных колец аорты и легочной артерии, а у взрослых пациентов – от сохранности тканей аортального корня.

А.М. Караськов, С.И. Железнев, Е.В. Ленко, В.Г. Стенин, К.О. Барбухатти*, И.И. Тихонова, А.А. Иванов, А.Н. Архипов

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИИ РОССА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С РАЗРУШЕНИЕМ ТКАНЕЙ КОРНЯ АОРТЫ

*НИИ патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина МЗ РФ (Новосибирск)
Краевая клиническая больница № 4 – Центр грудной хирургии (Краснодар)

Известно, что длительное существование врожденных и приобретенных аортальных поро-

ков в подавляющем большинстве случаев осложняется инфекционным эндокардитом и кальцино-