

\*\*\*

## АНЕВРИЗМА ЛЁГОЧНОЙ ВЕНЫ И ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО

Тимирбулатова А.Х., Матуева И.С.

Научный руководитель: Л.Б.-А. Гацаева

Чеченский государственный университет имени А.А. Кадырова, Грозный, Россия

**Ключевые слова:** дети; врождённый порок сердца; тетрада Фалло; осложнения; диагностика

**Актуальность.** Тетрада Фалло является одним из распространённых цианозных врождённых пороков сердца (8–13%). Установлено, что только хирургическая коррекция может исключить нарастающую гипоксию и перегрузку правых отделов сердца. Однако в отдалённом послеоперационном периоде могут развиваться тяжёлые осложнения. Данный случай актуален развитием у больной редкого осложнения — аневризмы лёгочной вены после радикальной коррекции тетрады Фалло.

**Описание клинического случая.** Больная, 17 лет, с синдромом Дауна и гипотиреозом поступила в отделение кардиологии с жалобами на массивные отёки, кашель с вязкой мокротой, одышку в покое, диарею. Из анамнеза известно, что в возрасте 1 мес у больной был выявлен врождённый порок сердца (ВПС): общий атриовентрикулярный канал (АВК), тетрада Фалло. В возрасте 2 лет девочке была выполнена радикальная коррекция ксеноперикардальной заплатой с пластикой правого и левого компонента общего клапана; иссечение инфундибулярного стеноза лёгочной артерии с пластикой выходного отдела правого желудочка, кольца и ствола лёгочной артерии ксеноперикардальной заплатой. Через 10 лет после операции у девочки появились выраженные признаки хронической сердечной недостаточности, неоднократно получала стационарное лечение. По инициативе родителей 22.09.2025 была проведена компьютерная томография органов грудной клетки с внутривенным контрастированием, при которой выявлены правосторонний гидроторакс, кардиомегалия, справа anomальное расширение лёгочной вены с компрессией нижнедолевого бронха, лёгочная гипертензия, гипоплазия дуги аорты и её нисходящего отдела, свободная жидкость в брюшной полости. С этими данными обратились к кардиологу, рекомендовано стационарное лечение. При поступлении общее состояние больной тяжёлое. Телосложение гиперстеническое, повышенного питания. Масса тела 81 кг, рост 150 см. Индекс массы тела 36 кг/м<sup>2</sup> — ожирение 2 степени. Микрополиадения. Массивные отёки. Частота дыхания — 25 в мин, ЧСС — 86 уд/мин, SpO<sub>2</sub> — 96%, артериальное давление — 90/60 мм рт. ст. В лёгких проводные хрипы. Тоны сердца — звучные, во всех точках аускультации грубый систоло-диастолический шум. Живот уве-

личен в размере за счёт выраженного подкожно-жирового слоя и асцита, пальпация печени затруднена. Мочеиспускание не затруднено. В отделении выполнены общие анализы крови и мочи без особенностей. На ЭКГ синусовый ритм, бифасцикулярная блокада. При УЗИ органов брюшной полости: гепатоспленомегалия, асцит. При УЗИ плевральных синусов: гидроторакс с обеих сторон. При ЭхоКГ: ВПС состояние после радикальной коррекции тетрады Фалло, неполная форма АВК. Дилатация правого желудочка и левого предсердия. Расщепление передней створки митрального клапана с недостаточностью 3 степени. Аортальная регургитация 1,5 степени. Трикуспидальная регургитация 2 степени. Сократительная функция миокарда левого желудочка снижена. При холтеровском мониторировании ЭКГ — эпизоды синусовой аритмии, выраженные в ночные часы, эпизоды удлинения интервала PQ до 240 мс, за сутки зарегистрировано 2686 желудочковых и 726 предсердных экстрасистол. На фоне проведённой диуретической терапии, коррекции гипохлоремии у больной отмечена положительная динамика: регресс отёчного синдрома, купирование ортопноэ, уменьшение кашля и отделяемой мокроты.

**Заключение.** Представленный клинический случай свидетельствует о том, что радикальная коррекция ВПС не исключает развития в отдалённом периоде хронической сердечной недостаточности, клапанной дисфункции и жизнеугрожающих аритмий. Выявленная аневризма лёгочной вены является редким и серьёзным осложнением, усугубляющим течение заболевания и требующим мультидисциплинарного подхода для определения дальнейшей тактики.

\*\*\*