

Литература

1. Бадалян Л.О., Скворцов И.А.// Ж. неврол. и психиатрии им. С.С.Корсакова.– 1980.– №10.– С.1441–1445.
2. Баканов М.И. и др.// Рос. педиатр. ж.– 2003.– №4.– С.19.
3. Барашнев Ю. и др.// Акуш и гинек.– 1990.– №11.– С. 49.
4. Барашнев Ю., Кулаков В.// Акуш. и гинек.–1994.– №6.– С. 3.
5. Барашнев Ю.И.// Рос. вест. перинатол. и педиатрии.– 1997.– № 6.– С.7–13.
6. Барашнев Ю.И.// Рос. вест. перинатол. и педиатрии.– 1999.– №1.– С.7–13.
7. Володин Н.Н. и др.// Педиатрия.– 1998.– №5.– С.15–19.
8. Бадалян Л.О. и др. Клиническая электронейромиография.– М., 1986.
9. Куренков А.Л.// Рос. вест. перинатол. и педиатрии.– 2002.– № 3.– С.32–36.
10. Kimura J. Electrodiagnosis in diseases of nerve and muscle: principles and practice.– Oxford.– 2001.– P.586–596.

THE CLINICO-FUNCTIONAL CHARACTERISTICS OF NEUROLOGIC DISORDERS IN CHILDREN IN THE AGE 3-12 MONTHS OLD HAVING SYNDROME OF DISORDERS AND MOTOR NEUROLOGICAL ABNORMALITIES

E.I. SHKARENKOVA, T.V. SAMSONOVA

Summary

Dynamical complex examination in 82 children with perinatal hypoxia of brain was executed in the age 3-12 months old. Parameters of electrodiagnostic datas and production neurotrophic factors production were studied in dynamics on the background of treatment. Control group was composited in 19 healthy children in the same age.

**Key words:** hypoxia, motor neurological abnormalities

УДК 616.131-007.331-098

СПОСОБ БЕЗОПАСНОЙ РЕСТЕРНОТОМИИ ПРИ РЕОПЕРАЦИИ ПО ЗАМЕНЕ КОНДУИТОВ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ПОРОКОВ КНОТРУНКУСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОНДУИТА

И. А. ЮРЛОВ, Э.М. ДЕИГХИДИ\*

Количество осложнений, в т.ч. и летальных, при повторных операциях на сердце тесно связано с выполнением доступа. Причиной этому служит массивный спаечный процесс, развивающийся в средостении после первичной операции, который приводит к спаянию сердца, крупных магистральных сосудов и кондукта с задней поверхностью грудины. Особенно это выражено у детей вследствие большей реактивности организма, а также невозможности ушить перикард после операции для предотвращения сращений. В кардиохирургической практике при сложных врожденных пороках сердца, таких как пороки конотрункуса, известен метод изоляции сердца и крупных сосудов (кондукта) от задней поверхности грудины, путем подшивания к краям перикарда синтетической заплата. Способ позволяет изолировать от грудины все анатомические структуры и выполнить безопасную рестернотомию. Однако большая площадь инородного тела (синтетическая заплата), как показал опыт нашего Центра, во многих случаях вызывает интенсивный спаечный процесс в переднем средостении, при этом заплата плотно прирастает к сердцу и сосудам, что значительно удлиняет время кардиолиза и не исключает травму сердца и крупных магистральных сосудов.

Так как смертность по причине кровотечения вследствие рестернотомии может достигать 10%, нами был предложен способ безопасной и быстрой рестернотомии.

При выполнении первичной операции, при восстановлении целостности грудины, после наложения на нее швов под грудину, на всю ее длину, проводится полая синтетическая трубка из биологически инертного материала, например сосудистый протез. У детей предпочтительнее использовать протезы, обладающие свойством растягиваться, например, марки «Гор-Текс», что позволяет, не смотря на рост ребенка, долгое время осуществлять защиту сердца и крупных магистральных сосудов при рестернотомии. Длина протеза зависит от длины грудины, а диаметр

может меняться от 8 до 12 мм. В трех или четырех местах (в зависимости от длины грудины) накладывают швы: грудина – синтетическая трубка – грудина. Сначала производят завязывание швов на грудине, а затем – швов, которые были проведены через протез, таким образом, достигается четкая фиксация протеза срединно, по задней поверхности грудины. Подкожно-жировая клетчатка и кожа сшиваются по стандартной методике (рис 1).

При выполнении повторной операции, после рассечения кожи и подкожно-жировой клетчатки выделяют нижний и верхний края синтетической трубки, проводят в нее пилу Джигли или ножницы и производят рестернотомию. Синтетическая трубка выделяется из спаек и удаляется. Учитывая небольшой размер протеза, по сравнению с синтетической заплатой, его легко освободить из спаек и удалить. В отделении хирургического лечения врожденных пороков сердца у детей раннего возраста НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН выполнены две успешные операции, приведем описание одной из них.

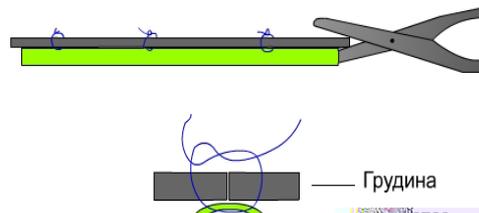


Рис. 1. Схема способа безопасной рестернотомии

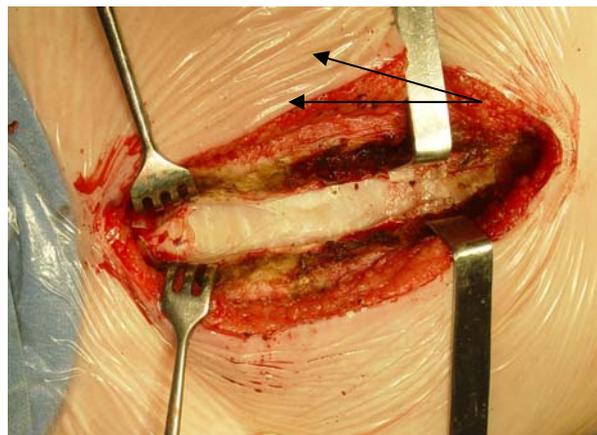


Рис. 2. Вид операционной раны; стрелками указан рассеченный синтетический протез, располагающийся под грудинами

Пациентка Д. возраст 1 год 1 мес. поступила в отделение с диагнозом отхождение аорты и легочной артерии от правого желудочка. Пациентке выполнена радикальная операция по методике Растелли с имплантации кондукта между правым желудочком и легочной артерией в условиях искусственного кровообращения. После наложения швов на грудину, под нее был проведен сосудистый протез «Экофлон» Ø10 мм, затем в 3-х местах были наложены швы: грудина – сосудистый протез – грудина. Первым этапом были завязаны швы на грудине, а вторым – швы на грудине, проведенные через протез. Достигнута четкая фиксация протеза срединно, по задней поверхности грудины. Подкожно-жировая клетчатка ушита непрерывным швом, целостность кожи восстановлена непрерывным косметическим швом. Спустя 5 лет пациентке сделана повторная операция по методике Danielson по замене передней стенки кондукта. При рестернотомии был выделен нижний полюс протеза «Экофлон», проверена его проходимость до верхнего края. Рестернотомия выполнена с помощью пилы Джигли, которая проведена в сосудистый протез под грудинами (рис 2); удалось избежать повреждения органов переднего средостения. Время рестернотомии – 5 мин, что сопоставимо с первичной стернотомией. Далее протез «Экофлон» был выделен и удален. Это подтверждает возможность использования метода безопасной рестернотомии при повторных операциях по замене кондукта с помощью сосудистого протеза на практике.

\* НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН