

Учредитель и издатель
НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН
Лицензия на издательскую деятельность
ЛР № 03847 от 25.01.2001 г.

Все права защищены. Ни одна часть
этого издания не может быть занесе-
на в память компьютера либо вос-
произведена любым способом без
предварительного письменного раз-
решения издателя.

Ответственность за достоверность
информации, содержащейся
в рекламных материалах, несут
рекламодатели

Адрес редакции
119991, Москва, Ленинский пр., 8
НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН,
отдел интеллектуальной
собственности

Телефон редакции (495) 236-92-87
Факс (495) 236-99-76
E-mail: izdinsob@runext.ru
http: //www.bakulev.ru

Свидетельство о регистрации средства
массовой информации ПИ № 77-14992
от 03.04.2003 г.

Зав. редакцией Юшкевич Т. И.
Телефон (495) 237-88-61

Лит. редактор, корректор
Иваниченко М. В.

Компьютерная верстка и обработка
графического материала
Симкина Т. Б.

Номер подписан в печать 12.04.2006

Отпечатано в НЦССХ
им. А. Н. Бакулева РАМН,
119991, ГСП Москва,
Ленинский просп., 8
Тел. (495) 237-92-87

Детские болезни сердца и сосудов
2006. № 1. 1-80
ISSN 1810-0686

Подписной индекс 84550

Научный центр
сердечно-сосудистой хирургии
им. А. Н. Бакулева РАМН



ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И СОСУДОВ

CHILDREN'S HEART
AND VASCULAR DISEASES

1. 2006

Рецензируемый научно-практический журнал
Выходит 1 раз в два месяца

Основан в 2004 г.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор Л. А. БОКЕРИЯ
Зам. главного редактора К. В. ШАТАЛОВ
Ответственный секретарь Е. Н. БАСАРГИНА

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ «ДЕТСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ»

Бокерия Л. А., Ступаков И. Н., Гудкова Р. Г. Заболеваемость и врожденные пороки системы кровообращения у детей (распространенность и коррекция)

3

Нурмеев И. Н., Вахитов Ш. М., Миролюбов Л. М., Ахунзянов А. А. Использование непараметрических критериев статистики в практической медицине

11

ИСТОРИЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ

Бокерия Л. А., Подзолков В. П., Глянцев С. П., Кокшениев И. В., Логинов Д. Т. История хирургии тетрады фалло. Часть 2. Эволюция методов радикального хирургического лечения. Современное состояние проблемы

14

ОБЗОРЫ

Заргинава Г. Хирургическая анатомия синдрома гипоплазии левого сердца в аспекте его хирургической коррекции

27

Горбатилов К. В., Некрасов Д. А., Плотников М. В., Шабанова Л. В., Захаров А. М. Естественное течение дефекта межжелудочковой перегородки

40

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Петрушенко Д. Ю., Миролюбов Л. М., Калиничева Ю. Б., Сабирова Д. Р., Иванашкин А. Ю., Бикташева Л. З., Мустафин А. А. Операция Мюллера в лечении сложных врожденных пороков сердца

44

Горбатилов К. В., Некрасов Д. А., Плотников М. В., Шабанова Л. В. Ятрогенная недостаточность трехстворчатого клапана после коррекции дефекта межжелудочковой перегородки

47

Бокерия Л. А., Горбатилов К. В., Зеленикин М. А., Ким А. И., Купряшов А. А. Патогенез относительной недостаточности трехстворчатого клапана у пациентов с дефектом межжелудочковой перегородки и ее влияние на результаты коррекции порока

50

Басаргина Е. Н., Белова Н. Р., Иванов А. П. Кардиомиопатии с преимущественным (изолированным) поражением правого желудочка у детей

54

Бокерия Л. А., Диасамидзе К. Э., Ким А. И., Шаталов К. В., Самсонова Н. Н., Лобачева Г. В., Серегин К. О., Климович Л. Г. Результаты применения рекомбинантного активированного фактора свертывания VII в кардиохирургии детского возраста

59

Булнина Е. Г., Ровда Ю. И. Клинико-психологические особенности подростков с различными формами первичной артериальной гипертензии

62

Осипов Д. В., Миролюбов Л. М. Доклиническая диагностика варикозной болезни нижних конечностей у подростков

65

МЕТОДИКИ

Иванашкин А. Ю., Миролюбов Л. М., Бикташева Л. З., Мустафин А. А., Петрушенко Д. Ю. Продленная эпидуральная анальгезия – метод послеоперационного обезболивания при коррекции врожденного порока сердца в условиях искусственного кровообращения у детей

69

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Бокерия Л. А., Шаталов К. В., Арнаутова И. В., Василевская И. В., Сокольников М. В., Гусарова Ю. В., Квасников Б. Б., Лобачева Г. В., Тимченко Л. И., Плахова В. В. Хирургическое лечение врожденной недостаточности обоих атриовентрикулярных клапанов в раннем детском возрасте

73

и педиатра по месту жительства с обязательным контролем в НЦССХ им. А. Н. Бакулева через 6 мес после операции.

Трансторакальное эхокардиографическое исследование, выполненное при выписке, показало хорошую сократительную способность левого желудочка (ФВ ЛЖ – 65%) с уменьшением его линейных размеров и объемных характеристик и удовлетворительную запирающую функцию обоих атриовентрикулярных клапанов: регургитация на МК составила до 2+, на ТК – до 1,5+.

Пациент обследован в Центре через 9 мес после вмешательства. Состояние мальчика расценено как хорошее: ребенок активен, жалоб со стороны родителей нет. Аускультативно сохраняется небольшой систолический шум слева от грудины (интенсивность – 2/6) с р. maximum на верхушке. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги.

По данным инструментального обследования также отмечена положительная динамика в виде уменьшения размеров сердца (КТИ, по данным рентгенографии, – 58%). Эхокардиографическое исследование, выполненное в отдаленные сроки после операции, показало дальнейшее сокращение линейных размеров (КДР – 3,7 см, КСР – 2,1 см) и объемных характеристик ЛЖ (КДО – 65 мл/м²), хорошую сократимость миокарда ЛЖ (ФВ – 65%), расчетное давление в правом желудочке – 32 мм рт. ст. При оценке функции атриовентрикулярных клапанов как в митральной, так и в трикуспидальной позициях сохраняется регургитация до 1,5+. На момент обследования ребенок из медикаментозного лечения получает: тромбо-АСС – 50 мг 1 раз в день, варфарин в дозе 1 таблетка (2,5 мг) 1 раз в день под контролем

показателей свертывающей системы крови (ПТИ – 44%, МНО – 3,2), кардиотрофики (элькар) – по 20 капель 2 раза в день курсами (1 раз в 3 мес).

Приведенные нами клинические примеры методов хирургической коррекции врожденной недостаточности обоих атриовентрикулярных клапанов у маленьких пациентов наглядно демонстрируют современные возможности кардиохирургии в выполнении столь сложных операций, а также в выживании этого тяжелого контингента больных. Демонстрируя эти два случая, мы не стремимся делать каких-либо далеко идущих выводов. Каждый из этих методов имеет свои преимущества и недостатки. Так, наряду с полным устранением недостаточности клапанов при их протезировании, эти пациенты являются кандидатами на выполнение повторных операций ввиду невозможности имплантации им протеза большого диаметра, а кроме того, обречены на пожизненный прием антикоагулянтов. В то же время, выполняя клапаносохраняющую операцию (даже при сохранении остаточной регургитации на клапане), хирурги отодвигают сроки повторного вмешательства (если возникает необходимость) на более старший возраст и освобождают больного от длительного приема антикоагулянтов и опасностей, связанных с этим. Несомненно, что окончательное мнение о предпочтительности выбора того или иного метода хирургического лечения патологии атриовентрикулярных клапанов в раннем детском возрасте можно будет составить лишь при накоплении большего клинического опыта и, конечно же, при сравнении результатов в отдаленные сроки после операции.

Поступила 09.03.2006