

Эндоваскулярное лечение каротидно-кавернозных соустьев**Усманов Х.Х., Абдукадыров А.А., Абдуллаев Ф.Х.***Центральный госпиталь МВД, г. Ташкент, Республика Узбекистан***Цель исследования:** оценить эффективность эндоваскулярного метода лечения каротидно-кавернозных соустьев.**Материал и методы.** За период с 2008 по 2013 г. в Центральном госпитале МВД РУз было прооперировано 32 больных с каротидно-кавернозными соустьями (ККС). Мужчин было 25, женщин – 7. Возраст больных варьировал от 7 до 65 лет. Основную массу составили пациенты в возрасте от 30 до 40 лет. У 25 пациентов в анамнезе присутствовала черепно-мозговая травма различной степени тяжести, от сотрясения головного мозга до перелома основания черепа с ушибом головного мозга тяжелой степени. В 7 случаях определить причину возникновения ККС не представилось возможным. Сроки поступления пациентов варьировали от нескольких часов до 3 мес, что свидетельствовало о несвоевременной диагностике ККС в других стационарах. Хотя клинические проявления ККС очень характерны, больным на догоспитальном этапе выставлялся диагноз опухоли, абсцесса и гематомы ретрокулярной области. Окончательный диагноз мы устанавливали после церебральной ангиографии. Эндоваскулярное разобщение ККС производилось с использованием сбрасываемых баллонов и микроспиралей фирмы "Balt".**Результаты.** В 26 случаях удалось выключить соустье с сохранением проходимости внутренней сонной артерии (реконструктивная операция). В остальных 6 случаях произведены окклюзия внутренней сонной артерии на уровне соустья (деконструктивная операция). Причиной деконструктивных операций явились большой размер соустья (практически на весь диаметр внутренней сонной артерии) или щелевидное соустье. При деконструктивных операциях мы ни в одном случае не наблюдали ишемических нарушений. В одном случае ККС не выключено в связи с миграцией спирали, что привело к ишемическим нарушениям. В 29 случаях наблюдался полный регресс клинических проявлений ККС. В 2 случаях у пациентов наблюдаются неполное исчезновение экзофтальма и частичное сохранение глазодвигательных нарушений (при деконструктивных операциях).**Вывод.** Таким образом, эндоваскулярное разобщение ККС является единственным и надежным методом лечения, позволяющим достичь хороших результатов при минимальных осложнениях.**Ранняя инвазивная стратегия лечения больных инфарктом миокарда без подъема сегмента ST****Филатов А.А., Лебедева А.Ю., Клыков Л.Л., Крылов В.В., Арефьев М.Н., Зайцев Д.Г., Матюшков Н.С., Варфоломеев С.И., Сницарь А.В., Соловьев А.С.***ГБУЗ "ГКБ №15 им. О.М. Филатова ДЗ г. Москвы"***Цель исследования:** обоснование эндоваскулярного лечения у больных с ИМ б/п ST в первые сутки от начала болевого приступа.**Материал и методы.** С 2011 г. в отделении РХМД было обследовано 346 больных ИМ без подъема сегмента ST в сроки от первых трех часов до 15 сут от начала болевого синдрома. Было 193 (55%) мужчины и 153 (45%) женщины, средний возраст составил $64 \pm 2,7$ года. В ГКБ № 15 им. О.М. Филатова использовали две тактики инвазивной стратегии лечения больных ИМ без подъема сегмента ST: отсроченная инвазивная – после 24 ч до 15 сут с момента госпитализации и ранняя инвазивная стратегия – до 24 ч от начала заболевания.**Результаты.** У первой группы больных использовалась следующая тактика инвазивного лечения. Пациент госпитализировался в АРО. При нерезидивировании болевого синдрома и отсутствии динамики на ЭКГ больной переводился в отделение кардиологии вне зависимости от величины ферментов. Проведение коронароангиографии выполнялось в плановом

порядке у 273 (78%) больных. Рецидивирование приступов стенокардии до проведения коронароангиографии и эндоваскулярного лечения (в отделении кардиологии) выявлено у 168 (61%) пациентов. 18 (6,6%) больным потребовалось проведение экстренной коронароангиографии в связи с рефрактерностью к медикаментозной терапии. Эндоваскулярные процедуры выполнены у 218 (79%) больных. Развитие трансмурального инфаркта миокарда до проведения коронароангиографии выявлено у 6 (2,2 %) больных. АКШ проведено 37 (14%) больным.

Вторая группа больных: всем больным инфарктом миокарда без подъема сегмента ST проводили коронароангиографию в течение первых суток госпитализации в АРО, а при рецидивировании болевого синдрома в течение двух часов. Количество больных 73. Эндоваскулярные процедуры выполнены у 47 (64%) больных. АКШ рекомендовано 21 (29%) больному.

Выводы. 1. Ранняя инвазивная стратегия снижает частоту постинфарктной стенокардии у пациентов ИМ без подъема сегмента ST. 2. Применение ранней инвазивной стратегии у пациентов ИМ без подъема сегмента ST снижает риск возникновения ОМИ с подъемом сегмента ST.**Стратегия эндоваскулярного лечения аритмий, сочетающихся с врожденными пороками сердца у детей****Хамнагадаев И.А.^{1,3}, Коков Л.С.^{2,4}, Школьникова М.А.³, Термосесов С.А.¹, Ильич И.Л.³, Миклашевич И.М.¹**¹ ФГБУ "Московский НИИ педиатрии и детской хирургии" МЗ РФ, г. Москва² ГБУЗ "НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы"³ ГБУЗ "ГКБ №12 ДЗ г. Москвы"⁴ ГБОУ ВПО "Первый МГМУ им. И.М. Сеченова" МЗ РФ**Цель:** оценить рациональность стратегии интервенционного лечения аритмий, сочетающихся с врожденными пороками сердца у детей.**Материал и методы:** С 2008 по 2011 г. в Московском НИИ педиатрии и детской хирургии проведено эндоваскулярное лечение нарушений ритма сердца и проводимости у 1531 больного в возрасте от 1 года до 17 лет. У 65 больных (4,2%), составивших основную группу (25 пациентов женского пола), нарушение ритма сердца и проводимости сочеталось с врожденными пороками сердца (ВПС), поддающимися эндоваскулярной коррекции. Тахикардия (ТА) в основной группе диагностирована у 52 пациентов, брадикардия (БА) – у 13 больных. Группа сравнения: 60 человек, из них 22 женщины, с сопоставимым возрастным и половым составом, а также аналогичными видами аритмий без сочетаний с ВПС. Всем пациентам проведена электрокардиография (ЭКГ) в 12 стандартных отведениях, 24-часовой мониторинг ЭКГ, трансторакальная эхокардиография. Всем больным проведено интервенционное лечение в рентгенооперационной. Контрольные точки исследования: непосредственный технический успех и продолжительность вмешательства, эффективная доза, осложнения.**Результаты.** В основной группе 52 больным с ТА (синдром Вольфа–Паркинсона–Уайта – 38 пациентов, пароксизмальная атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия – 5 пациентов, фокусная предсердная тахикардия – 9 пациентов) выполнена радиочастотная абляция (РЧА) субстрата аритмии в сочетании с эндоваскулярной окклюзией межпредсердного дефекта (МД) (46 пациентов) или открытого артериального протока (ОАП). У 13 больных с БА во всех случаях отмечено сочетание с МД. В данной подгруппе больных во всех случаях выполнена имплантация системы постоянной эндокардиальной стимуляции в сочетании с эндоваскулярной окклюзией МД. У 2 больных с синдромом Вольфа–Паркинсона–Уайта диагностирована коронаро-легочная фистула. РЧА субстрата аритмии в большинстве случаев выполнялась до эндоваскулярной коррекции ВПС в связи с тем, что МД мог быть использован как доступ в левые отделы сердца. Непосредственный технический успех составил 100%. Время вмешательства, а также