

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГЕАНГИОМ СЛОЖНОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Галибин И. Е., Шафранов В. В., Васильева О.Ю.
Детская городская клиническая больница № 13
им. Н.Ф. Филатова, Москва, Россия.

Гемангиома — доброкачественное сосудистое новообразование, наиболее часто встречающееся у детей раннего возраста и характеризующееся быстрым ростом в первый год жизни ребенка, а так же прорастанием в окружающие ткани и их повреждением, что приводит к сильным косметическим дефектам. Среди всех опухолей детского возраста на долю ангиом приходится более 60 % от всего количества.

Клиническое течение ангиом — процесс достаточно сложный и требует постоянного наблюдения и внимания. Чем меньше ребенок, особенно в первый год, тем более внимательно необходимо следить за состоянием роста.

Лечение обширных и глубоких гемангиом сложной анатомической локализации, а так же других «гиперваскулярных» образований (пороков развития сосудов) представляет значительные трудности.

Большой объем, ранний возраст до 1 года, расположение опухоли чаще всего в околоушной области, на лице, на шее и быстрый рост — все это требует комбинированного лечения врожденных сосудистых образований у детей раннего возраста.

Традиционные хирургические вмешательства в ряде случаев не эффективны и сопровождаются массивными кровотечениями и повреждениями нервных стволов, восстановление которых представляет большие трудности. Все это заставляет искать новые, более эффективные и безопасные способы лечения этой группы больных.

Применение алгоритма диагностических исследований в предоперационном периоде помогает правильно оценить гемодинамические показатели, определить наличие питающего сосуда, при помощи компьютерной томографии определить анатомическую локализацию с пространственностью и ангиоархитектонику (3D реконструкция). Это, а также проведение ангиографии (эндоваскулярная эмболизация) позволяет правильно выбрать адекватный подход в лечении этих сложных больных.

С помощью диагностической ангиографии, которая является «золотым стандартом» в диагностике данной патологии, во всех ситуациях были выявлены мощные артериальные стволы, питающие ангиомы (бассейн наружной сонной артерии), создающие благоприятные условия для роста гемангиомы, а так же способствующие мощному тепловому и структурному сопротивлению при использовании криогенного, СВЧ-

криогенного и СВЧ—деструктивного способов лечения.

Все это привело к мысли применить комбинированный подход в лечении ангиом, в частности, использовать фактор выбора закрытой или открытой эндоваскулярной эмболизации с применением СВЧ-деструкции в лечении таких больных.

Уровень влияния эндоваскулярной окклюзии — тканевая микроциркуляция опухоли. На этом уровне происходит резкое уменьшение кровотока, снижение теплового сопротивления на 75-85%, что, в свою очередь, способствует получению максимального эффекта разрушения патологической ткани с помощью СВЧ-криодеструкции и СВЧ-деструкции опухоли, без применения агрессивных хирургических способов лечения.

Таким образом, становится очевидным, что эмболизация (эндоваскулярная окклюзия) блокирует на 85% микроциркуляцию в опухоли, создавая условия для успешной реализации в лечении ангиом современных технологий — криогенный, СВЧ-криогенный, СВЧ-метод и хирургические вмешательства, но уже выполненные в совершенно других условиях.

Наш опыт лечения за последние 5 лет (135 детей от 2 мес. до 1 года) показал высокую эффективность предложенного комбинированного способа лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ ЗОТАРОЛИМУС-ПОКРЫТЫХ СТЕНТОВ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Ганюков В.И., Тарасов Р.С., Бохан Н.С.,
Шилов А.А., Шушпанников П.А., Моисеенков Г.В.,
Барбараш О.Л., Барбараш Л.С.
УРАМН НИИ Комплексных проблем сердечно-
сосудистых заболеваний СО РАМН,
Кемерово, Россия

Цель исследования. Оценить госпитальные и ближайшие результаты имплантации зотаролимус-покрытых стентов («Endeavor Resolute») больным острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы. Исследуемую группу составили 43 пациента с клиникой ОКС: у 22 больных (51%) диагностирован инфаркт миокарда (ИМ) с элевацией сегмента ST (STEMI), у 9 (21%) имелись критерии ИМ без элевации сегмента ST (non-STEMI), тогда как 12 (28%) страдали нестабильной стенокардией (НС). Восемь пациентов имели сахарный диабет (18,6%). Общее количество имплантированных стентов — 47. Средняя длина стентированного сегмента составила $18,6 \pm 5,7$ мм, средний диаметр — $3,16 \pm 0,5$ мм. Всем исследуемым пациентам назначалась двойная антиагрегантная терапия (аспирин и клопидогрель) в течение 12 месяцев. Оценивались госпитальные и ближайшие

результаты ($5,29 \pm 4$ мес. после чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ)). Конечными точками (MACE) были: смерть, ИМ, реваскуляризация целевого стеноза (TVR).

Результаты. непосредственный успех ЧКВ отмечен в 42 случаях (97,6%), (успешная реваскуляризация симптом-связанной артерии с сохранением кровотока на уровне TIMI III). Лишь у одного пациента STEMI после ЧКВ в инфаркт-зависимой артерии имел место кровоток TIMI II. В госпитальном периоде отмечено два случая тромбоза стента, обусловившие развитие повторного ИМ (4,8%) и необходимость TVR (MACE 9,6%). В подгруппе STEMI частота тромбоза стентов и ИМ в госпитальном периоде составила 9,1% против 0% в подгруппах пациентов non-STEMI и НС ($p < 0.05$). Ближайшие результаты ЧКВ ($5,29 \pm 4$ мес.) отслежены у 31 пациента (72%). Ни в одном случае не наблюдалось таких осложнений, как смерть, ИМ или необходимость экстренной реваскуляризации (MACE 0%).

Заключение.

1. У пациентов с ОКС зотаролимуc-покрытые стенты показали удовлетворительные результаты, как в госпитальном (MACE=9.6%), так и в ближайшем интервале наблюдения ($5,29 \pm 4$ мес.) (MACE 0%).
2. Подгруппа больных STEMI является наиболее угрожаемой по частоте таких госпитальных осложнений, как тромбоз стента и ИМ в госпитальном периоде после имплантации зотаролимуc-покрытых стентов в сравнении с подгруппой пациентов non-STEMI и НС ($p < 0.05$).

ОПЫТ ЭКСТРЕННОЙ БАЛЛОННОЙ АТРИОСЕПТОСТОМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С КРИТИЧЕСКИМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Карташян Э.С., Тарасов Р.С., Ганюков В.И.,
Моисеенков Г.В., Барбараш Л.С.
УРАМН НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН,
Кемерово, Россия

Введение. Организация экстренной помощи новорожденным с критическими врожденными пороками сердца (ВПС) является одной из приоритетных задач для центров с возможностью выполнения эндоваскулярных и хирургических методов лечения данной группы больных. Ниже представлен анализ госпитальных результатов экстренной баллонной атриосептостомии (БАСС) у новорожденных в Кузбасском кардиоцентре.

Материал и методы. С февраля по июль 2010 г. (6 мес.) в Кузбасском кардиоцентре БАСС выполнена шести новорожденным, что стало первым опытом экстренного эндоваскулярного лечения пациентов с критическими ВПС. В четырех

случаях вмешательство проведено по поводу транспозиции магистральных сосудов (ТМС), существующей на фоне дефекта межжелудочковой перегородки (ДМЖП) и открытого артериального протока (ОАП), по одному случаю – в связи с тотальным аномальным дренажем легочных вен в сочетании со стенозом выводного тракта левого желудочка и ОАП и при атрезии трикуспидального клапана при ДМПП и ОАП, соответственно. Средний гестационный возраст составил $37 \pm 1,15$ нед. Диагноз ВПС был установлен на основании клинических данных и результатов эхокардиографии (ЭхоКГ). Соотношение пациентов мужского и женского пола было равным. Средний возраст больных составил $10,5 \pm 14,58$ (1-38) дней, при этом возраст большинства новорожденных ($n=4$) не превышал четырех суток. Средняя масса тела новорожденных – $2,78 \pm 0,4$ (2,46-3,45) кг. Во всех случаях в качестве сосудистого доступа использована бедренная вена, куда устанавливался интратрадиусер диаметром 6 F. В четырех случаях для БАСС применялись баллонные катетеры диаметром и 9,5 и 13,5 мм, тогда как у двух пациентов лишь баллонные катетеры диаметром 13,5 мм. Среднее количество тракций баллонным катетером при выполнении БАСС составило $4,6 \pm 2,4$ (3-9).

Результаты. Непосредственный успех процедуры отмечен во всех случаях (формирование дефекта межпредсердной перегородки при отсутствии осложнений). На операционном столе отмечено возрастание сатурации (SpO_2) с $84 \pm 1,22\%$ (82-85) до $91 \pm 4,2\%$ (85-95) ($p=0,02$). Трех новорожденным после выполнения БАСС была рекомендована радикальная коррекция порока в отсроченном периоде, трем – операция выполнена в срочном порядке. Один из пациентов, подвергшийся радикальной коррекции в срочном порядке (операция артериального переключения, закрытие ДМЖП и лигирование ОАП) умер на операционном столе. Таким образом, госпитальная летальность новорожденных с критическими ВПС после БАСС составила 0%. Летальность среди трех новорожденных после БАСС и экстренной радикальной хирургической коррекции – 33%. Общая госпитальная летальность среди 6 пациентов – 16,6%.

Заключение. Первый опыт выполнения экстренной БАСС у новорожденных с критическими ВПС продемонстрировал безопасность, удовлетворительные результаты и клиническую эффективность в госпитальном периоде.

ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ДОСУТОЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТЬЮ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЦЕНТРЕ, ВЫПОЛНЯЮЩИМ ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Ганюков В.И., Тарасов Р.С., Бохан Н.С.,
Шушпанников П.А., Моисеенков Г.В., Барбараш
О.Л., Барбараш Л.С.