

ИСКА раздутым баллоном) отмечен у 238 (95,2%) больных. Восстановление исходного ритма после завершения протокола градуальной реперфузии было достигнуто у 187 (74,8%) пациентов.

Заключение. Методика «адаптационной градуальной реперфузии» может быть рекомендована, как дополнительный метод, позволяющий улучшить прогноз при лечении ОИМ с применением интервенционных вмешательств.

КАТЕТЕРНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Плеханов В.Г., Золтоев Д.А., Святова Н.Д., Рокотянский А.Н.

Центр кардиохирургии и интервенционной кардиологии

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница», Иваново, Россия

Введение: Транскатетерные методы коррекции врожденных пороков сердца (ВПС) позволяют значительно уменьшить травматичность вмешательства, сокращают время пребывания больного в стационаре, полностью исключают косметические дефекты, неизбежные после традиционных операций на сердце.

Целью данной работы являлась оценка эффективности эндоваскулярных методов лечения наиболее распространенных ВПС: вторичный дефект межпредсердной перегородки (ДМПП), изолированный стеноз легочной артерии (ИСЛА) и коарктация аорты (КоАо).

Материал и методы: В центре кардиохирургии и интервенционной кардиологии ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница» транскатетерная коррекция ВПС выполнена у 56 больных. Баллонная вальвулопластика выполнена 12 пациентам с ИСЛА в возрасте 8 ± 4 лет; средний градиент ЛА/ПЖ = $56,5 \pm 21,5$ мм рт. ст. Для баллонной дилатации было отобрано 13 пациентов с неполной формой КоАо и 1 больной с рекоарктацией аорты, развившейся спустя 8 лет после прямой истмопластики, возраст $12,5 \pm 4,5$ лет; средний градиент давления по данным внутрисердечной манометрии составлял $42,5 \pm 12,5$ мм рт. ст. У 30 пациентов в возрасте от 3 до 34 лет с вторичным ДМПП (диаметр потока: 5 – 24 мм) выполнено эндоваскулярное закрытие дефекта окклюдером Амплатца.

У трех пациентов с ИСЛА для дилатации использовался один баллон-катетер с диаметром, превышающим размеры клапанного кольца легочной артерии (ЛА) $\approx$ в 1,2 раза. У девяти больных применялась методика одновременного раздувания двух баллонов с суммарным диаметром $\approx$ в 1,4 раза превышавшим размеры клапанного кольца ЛА. Из 14 пациентов с коарктацией (рекоарктацией) аорты дилатация одним баллоном проведена двоим, остальные вмешательства выполнены с использованием 2 баллонов (соотношение диаме-

тров 1: 1). Имплантация окклюдеров Амплатца (№ 7 - № 24) осуществлялась чрезбедренным доступом под контролем флюороскопии (Angiosnar Plus, «Сименс», Innova 3100, «Дженерал Электрик») и эхокардиографии (Aplio XJ, «Тошиба»).

Результаты: У всех больных с ИСЛА вальвулопластика была эффективной: по данным интраоперационной манометрии эндоваскулярная дилатация в зоне клапанного стеноза привела к значительному снижению градиента давления (с $56,5 \pm 21,5$ мм рт. ст. до $16,5 \pm 4,5$ мм рт. ст.) В группе больных, оперированных по поводу коарктации (рекоарктации) аорты, градиент давления также существенно уменьшился (с $42,5 \pm 12,5$ мм рт. ст. до $7,0 \pm 7,0$ мм рт. ст.), одновременно отмечено выраженное усиление пульсации бедренных артерий и появление пульсации на артериях стоп, подтвержденное данными контрольной реовазографии. У всех пациентов после транскатетерной окклюзии ДМПП по данным интраоперационной эхокардиографии (Эхо-КГ) зафиксировано прекращение сброса крови на уровне МПП. Эхо-КГ контроль осуществлен у всех больных на вторые сутки после вмешательства. У одной пациентки 4 лет с большим дефектом (24 мм) контрольная эхокардиография выявила частичное смещение окклюдера, что послужило поводом для проведения операции на открытом сердце. В условиях искусственного кровообращения после удаления окклюдера выполнена хирургическая коррекция - ушивание ДМПП с использованием заплаты. Послеоперационный период без особенностей.

Заключение. Транскатетерные методы лечения наиболее распространенных ВПС обладая рядом преимуществ по сравнению с традиционными операциями, являются высокоэффективными и при соблюдении показаний могут быть рекомендованы в качестве метода выбора в комплексном лечении этой категории больных.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ОККЛЮЗИИ В ПАТОЛОГИИ ВЕН ТАЗА У ДЕТЕЙ

Поляев Ю.А., Гарбузов Р.В., Мыльников А.А.
Российская Детская Клиническая больница,
отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, Москва, Россия

Введение: патология вен таза у детей остается сложной и неоднозначной проблемой в педиатрии. Сегодня многие специалисты не уделяют должного внимания этой проблеме, а ведь не подлежит сомнению, что большинство заболеваний вен имеет наследственный характер с началом манифестации в детском или подростковом возрасте.

Материал и методы: в РДКБ проведено эндоваскулярное лечение 1600 мальчиков с варикоцеле и 12 девочек с варикозной болезнью вен малого таза (оварикоцеле). Показаниями к проведе-

нию ретроградной эндоваскулярной окклюзии (РЭО) левой внутренней яичковой вены (ЛВЯВ) у мальчиков было клиническое варикоцеле II-III степени по Dubin. Проведенные исследования показали неуклонное нарастание гемодинамических расстройств в рено-тестикулярном бассейне с течением времени, диаметр яичковой вены в старшей возрастной группе (20-29 лет) больше, чем в группе 12-летних подростков в 1,7 раз ($t=7,3$). Обязательно проводилась флеботонометрия, измерялся градиент давления между левой почечной и нижней полой венами. Пациентам с градиентом давления, не превышающим 10 мм рт. ст., проводили РЭО, причем были выделены такие анатомические варианты ЛВЯВ, которые отличались особенностями проведения РЭО ЛВЯВ. Вены до 5 мм, особенно при визуализации сателлитных вен, окклюзировались 3% раствором тетрадецила сульфата натрия (ТСН). Вены с диаметром более 5 мм окклюзировались с применением спиралей и ТСН в виде Foam-form. Правостороннее варикоцеле встретилось в 1,9 % случаев. Особенности в проведении РЭО не было. В послеоперационном периоде отмечалось отсутствие клинических проявлений с улучшением показателей RI по УЗДГ. Количество рецидивов составило 2,6%. У девочек показаниями к проведению РЭО были полименорея, меноррагия, гиперплазия эндометрия. РЭО проводилось с применением спиралей и ТСН в виде Foam-form. В послеоперационном периоде у всех девочек нормализовалась менструация и купировалась гиперплазия эндометрия. Сроки наблюдения составили до 1 года.

Заключение: РЭО является эффективным и безопасным методом лечения патологии гонадных вен у детей и позволяет предупредить более серьезные гемодинамические расстройства в рено-гонададном бассейне в будущем.

ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ АРТЕРИАЛЬНЫЙ И ВЕНОЗНЫЙ КРОВОТОК. КОРРЕЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Попова Е.В., Иванова Н.Е., Иванов А.Ю., Панунцев В.С., Комков Д.Ю., Панунцев Г.К., Разоренова Т.С.
ФГУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова, Санкт-Петербург, Россия

Введение: по современным стандартам в диагностический комплекс для больных с вертебробазилярной недостаточностью обязательно входит ультразвуковое исследование артерий шеи и головного мозга, с определением скоростных параметров по ним. В последние годы, с постепенным совершенствованием УЗИ оборудования и накопления информации о физиологии мозгового кровообращения, отмечается все больший интерес и к показателям венозного кровотока

головного мозга. Однако недостаток информации об особенностях венозного кровообращения препятствует клинической интерпретации полученных данных. Проведен анализ взаимосвязи между показателями интракраниального артериального и венозного кровотоков у больных с вертебробазилярной недостаточностью

Материал и методы: обследовано 78 больных с недостаточностью кровообращения в вертебробазилярном бассейне, из них мужчин - 27, женщин - 51. Средний возраст больных составил 48,6 лет (от 18 до 77 лет). В клинической картине чаще выявлялись статическая и динамическая атаксия легкой и умеренной степени выраженности, пирамидная симптоматика (анизорефлексия, диссоциация рефлексов по оси, пирамидная недостаточность, легкие гемипарезы), нистагм, синдром Горнера, нерезкие расстройства зрения (ограничение зрения вверх, ослабление конвергенции) и изменения поля зрения, несколько реже отмечались признаки нарушения функции черепных нервов (V, VIII, IX, X).

24 больных имели в анамнезе ОНМК в ВББ, 13 больных перенесли ТИА в ВББ, у 41 больного острых эпизодов, связанных с дисциркуляцией в ВББ, не отмечено.

Всем больным проводился стандартный диагностический комплекс: осмотр невролога, нейроофтальмолога, отоневролога, лабораторные методы диагностики, ЭЭГ, МРТ, триплексное сканирование артерий и вен головы и шеи. Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате Siemens SonoLine Versa plus, датчиками 2,5 и 7,5 МГц.

При интракраниальном обследовании лоцировались передние (ПМА), средние (СМА), задние мозговые (ЗМА), основная (ОА) и позвоночные (V4) артерии и вены Розенталя (ВР).

Для определения взаимосвязи параметров артериального и венозного кровотока использовался корреляционный анализ по Spearman с помощью пакета программ Statistica 6,0. Достоверными считались показатели с $p < 0,05$, достоверность на уровне тенденции рассматривалась при $p \leq 0,1$.

Результаты: при сопоставлении скоростных показателей по СМА и ВР нами не получено достоверных корреляций. Аналогичная картина была отмечена при сравнении кровотоков по ПМА и ВР.

При изучении показателей кровотока в ВББ нами получено достоверные корреляции между ЛСК по ОА и скоростными показателями (максимальная и средняя линейная скорости) вены Розенталя (по Spearman r - от 0.006 до 0.016).

Также получена отчетливая корреляционная зависимость между пиковой систолической скоростью по ЗМА и показателями кровотока по правой ВР. Взаимосвязь со скоростью кровотока по левой ВР просматривалась только на уровне тенденции.