

ОПЫТ ЭФФЕКТИВНОГО ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ СОСУДИСТЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ЛЕГКИХ

Шевченко Н. С., Савчук А. И., Черноглаз П. Ф., Жук А. Ю.,
Гарипов А. С., Дроздовская В. В.

Республиканский научно-практический центр детской хирургии,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Артериовенозная мальформация сосудов легких является достаточно редкой патологией, которая характеризуется весьма разнообразной клинической картиной: от повышенной утомляемости до значительного снижения сатурации, сердечной недостаточности легочных кровотоков и даже неврологической симптоматики, обусловленной эпизодами парадоксальной эмболии.

Цель: представить опыт РНПЦ детской хирургии в лечении патологии сосудов легких.

Материал и методы. Случай 1. Мужчина, 20 лет. Поступил в РНПЦ детской хирургии с жалобами на одышку при ходьбе, кашель с прожилками крови в мокроте. Ранее пациент перенес однократный эпизод профузного кровотечения с кровопотерей до 700 мл. В анамнезе нижняя лобэктомия справа и атипичная резекция верхней доли справа по поводу сосудистой мальформации. При ангиопульмонографии в проекции средней доли определяется аневризма легочной артерии шаровидной формы с неровными, зубчатыми контурами, диаметром 4,5-5 см. В шейку аневризмы имплантирован окклюдер для ДМЖП LifeTech™ HeartR™ диаметром 10 мм. На контрольной ангиопульмонографии – контрастирования аневризмы нет, сосуды системы легочной артерии слева без стенозирования. Послеоперационный период протекал благоприятно. Эпизодов кровохарканья или кровотечений не было.

Случай 2. Женщина, 53 года. Поступила в РНПЦ детской хирургии с жалобами на утомляемость, одышку при нагрузке. В анамнезе хирургическое лечение по поводу абсцесса головного мозга, судорожная активность, менингит. При выполнении

компьютерной томографии органов грудной клетки определяется артериовенозная мальформация в нижней доле левого легкого. При осмотре – цианоз кожных покровов. Уровень сатурации в покое около 72-76%. При ангиопульмонографии от нижнедолевой ветви левой легочной артерии определяется практически мгновенный сброс контраста в полость размерами 66×30 мм через несколько афферентных сосудов, наибольший из которых диаметром около 7-8 мм с дренированием в систему легочных вен. В зону наибольшего афферента имплантирован окклюдер для ДМЖП LifeTech™ Cera™ диаметром 6 мм. Другой, гемодинамически значимый афферент диаметром около 1,5-2 мм успешно эмболизирован спиралью СООК™. После закрытия приводящих артерий у пациентки резко повысилась сатурация до 92-95%, исчез цианоз кожных покровов. Послеоперационный период протекал гладко. Пациентка выписана домой. Через 1 месяц была проведена контрольная ангиопульмонография: антеградного потока по ранее закрытым афферентам нет. Сатурация крови в пределах нормальных значений.

Случай 3. Мужчина, 31 год. Находился на стационарном лечении в РНПЦ неврологии и нейрохирургии по поводу повторного инфаркта мозга. В анамнезе инфаркт головного мозга шестью месяцами ранее, по поводу которого получал консервативную терапию. В настоящую госпитализацию – повторный инфаркт головного мозга в левой гемисфере мозжечка. На КТ-ангиографии заподозрена артериовенозная мальформация в нижней доле левого легкого. У пациента также наблюдалась наследственная геморрагическая телеангиоэктазия Рандю-Ослера-Вебера. При ангиопульмонографии от ветвей второго-третьего порядков нижней доли слева определяются множественные фистулы, дренирующиеся напрямую в систему легочных вен. Диаметр наиболее крупной из них около 4,5-4,7 мм, диаметр других фистул колебался от 1 до 2,3 мм. Выполнена эмболизация наиболее значимых афферентов спиральями СООК™ диаметром 5 мм, длиной 4 и 5 мм. При контрольной ангиопульмонографии – отсутствие прямого контрастирования системы легочных вен в артериальную фазу. В послеоперационном периоде осложнений не отмечено.

Обсуждение и выводы. Артериовенозные мальформации легких – довольно редкая патология, по данным разных авторов, составляет 2-7 случаев на 100000 населения. Подавляющее большинство из них врожденные. Источником афферентных артерий могут служить как непосредственно сосуды системы ЛА, так и межреберные и бронхиальные ветви грудной аорты. Отток может осуществляться в легочные вены и вены большого круга кровообращения. Наиболее частыми осложнениями АВМ являются нарушения мозгового кровообращения, инфекционные осложнения (эндокардит, абсцесс головного мозга), кровотечения, сердечная недостаточность.

Согласно данным литературы и нашего опыта, наиболее эффективным методом лечения подобного порока является эндоваскулярная окклюзия (эмболизация) питающих сосудов спиральями, окклюдерами, высвобождаемыми баллонами. Вероятность успеха рядом авторов оценивается в 92-99% с последующим регрессом патологических изменений. Осложнения данной операции минимальны, о послеоперационной летальности литературных данных нет.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С УЩЕМЛЕННЫМИ ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

Шейбак В. М., Ротко Н. В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г.Гродно,
Республика Беларусь

Введение. Ущемленная паховая грыжа представляет опасность развития некроза стенки кишки, кишечной непроходимости, перитонита. Риск ущемления и странгуляции при паховой грыже существенно выше у детей первых трех месяцев жизни и колеблется, по данным разных авторов, от 28 до 31%, к 6 месяцам данный показатель снижается до 15-24%.

Цель: проанализировать результаты лечения ущемленных паховых грыж у детей раннего возраста.