

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИОБРЕТЕННОЙ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Евдокимов А.Н.¹, Александров А.В.², Рыбченко В.В.¹, Хагуров Р.А.², Смолянкин А.А.²

¹Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

²Детская городская клиническая больница имени им. Н.Ф.Филатова, Москва

Актуальность. Приобретенная сосудистая патология, возникающая в следствии травмы или ятрогенных повреждений встречается редко, меньше 1 % от всех пациентов с педиатрической травмой. Даже за рубежом базы данных по сосудистой травме не обладают полнотой. Травма сосудов у детей наблюдалась редко и была значительно меньше чем у взрослых. Так у 0,6 % детей младше 16 лет наблюдалось повреждение магистральных сосудов, а у пациентов старше 16 лет эти повреждения встречались в 1,6 %.

Материалы и методы. За 5 лет нами пролечено 32 ребенка с ложными аневризмами магистральных сосудов и артериовенозными фистулами (АВФ), из которых 60 % с аневризмами и 40 % с АВФ. Возрастная группа от 1 года до 16 лет, из которых 67 % мальчики и 43 % девочки. Ятрогенные повреждения составили 60 %, последствия травмы 40 %. В группе последствий травм 98 % составили повреждения после пенетрирующих повреждений острыми предметами (колото-резанные раны, пулевые ранения) и всего 2 % после травм тупым предметом. Самой частой жалобой пациентов являлось наличие припухлости или опухолевидного образования в области травмы, операции или установки катетера. Всем больным на этапе обследования проводились инструментальные методы: УЗИ с доплером, МСКТ с в/в контрастированием. Наиболее характерными являются посткатетеризационные АВФ с локализацией в области локтевой ямки, области плеча, подколенной области, паховой области, области шеи. Больным с данной патологией мы проводили ангиографическое исследование, с помощью которого возможно оценить анатомию фистулы и объем сброса, который будет влиять на кровоснабжение и отток крови от дистально расположенных органов и тканей. Зачастую наблюдался характерный для данной группы больных симптом обкрадывания. Также во время ангиографического исследования в 23 процентах случаев при АВФ проводилось малоинвазивное лечение: склерозирование или закрытие шунта с помощью окклюдера. При невозможности малоинвазивного лечения выполняется оперативное вмешательство суть которого заключается в выделении фистулы и ее перевязки или удалении. Всем детям с ложной аневризмой выполнялось оперативное лечение- удаление аневризмы. В 37 %, в связи с дефектом артерии на протяжении, нам приходилось выполнить операцию с использованием аутовенозной пластики артерии. Всем больным в послеоперационном периоде проводилась инфузионная терапия, гепаринотерапия, физиотерапия. Результаты лечения контролировались с помощью УЗИ, МСКТ и ангиографии. В 100 % случаев пациенты были вылечены полностью. Рецидивов и осложнений не наблюдалось.

Выводы. Благодаря квалификации и опыту врачей отделения микрохирургии, наличие современного оборудования, а также своевременной маршрутизации нам удается достичь высоких результатов в лечении детей с приобретенной сосудистой патологией.