

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ СЕКЦИИ ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ РАДИОЛОГИИ МОСКОВСКОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАДИОЛОГОВ

Председатель секции: проф. Ю.Д. Волынский

Зам. председателя: д.м.н., проф. Б.Д. Долгушин, д.м.н., проф. Л.С. Коков

Секретарь: М.А. Зеленов

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ОТ 19 СЕНТЯБРЯ 2006 ГОДА

Председатель: профессор Ю.Д. Волынский

ДЕМОНСТРАЦИЯ

ДЕМОНСТРАЦИЯ РЕБЕНКА С ГЕАНГИОМОЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

**Ю.А. Поляев, А.В. Мосин, Т.А. Гассан,
А.А. Мыльников, А.И. Голенищев, Р.В. Гарбузов, С.В. Щенев**

*Российская детская клиническая больница Россздрава,
Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения*

С 2003 года в РДКБ наблюдался ребенок с редкой патологией Фатерова соска.

Больной Г., 1,5 лет поступившей в клинику детской хирургии по месту жительства с диагнозом: хроническая анемия неясного генеза. Из анамнеза известно, что до года ребенок рос и развивался без особенностей. В возрасте 1,5 лет при плановом обследовании в общем анализе крови были выявлены изменения в виде железодефицитной анемии. Ребенок направлен в детскую клинику, где ему было проведено полное гастроэнтерологическое и гематологическое обследование, при котором патологии со стороны ЖКТ и органов кроветворения не было выявлено. При попытке консервативного лечения положительного эффекта не получено, в связи с чем ребенок был направлен в РДКБ, с направляющим диагнозом хроническая железодефицитная анемия неясного генеза: для дополнительного обследования и лечения. После консультации гематолога и онколога заболева-

ние крови не выявлено. Но в общем анализе крови по-прежнему сохраняются признаки хронической постгеморрагической анемии с раздражением эритроцитарного роста. Так как гематологический диагноз был снят, дальнейшее обследование было направлено на выявление дивертикула Меккеля как наиболее частой причины анемии неподдающейся консервативной терапии. Радиоизотопный метод подтвердил наличие дивертикула. Ребенку была выполнена лапароскопическая резекция дивертикула. Но, все равно, в раннем послеоперационном периоде сохранялись явления анемии. Поэтому при повторной эндоскопии на высоте кровотечения в желудке и 12-перстной кишке было обнаружено большое количество сгустков, которые не дали детально осмотреть 12-ти перстную кишку. В связи с этим предпринято уточнение диагноза, проведено УЗДГ исследование, при котором была подтверждена сосудистая природа выявленного образования с активным кровото-

ком. Ребенок был взят на ангиографическое исследование, на высоте кровотечения. Был выявлен очаг гиперваскуляризации в области желудочно-двенадцатиперстной артерии, аналогичные данные получены при суперселективном исследовании. Дополнительного притока к образованию не выявлено. В связи с высокой чувствительностью стенки кишки к ишемии и невозможностью полной окклюзии питающей артерии, решено установить спираль Гиантурко с целью ограничения притока крови к данному образованию, чем создать условия регрессии сосудистой мальформации. Послеоперационный период протекал без осложнений со стороны ЖКТ, в удовлетворительном состоянии ребенок выписан домой. В ближайшее время показатели крови нормализовались. Признаков ЖК кровотечения нет, ребенок развивается соответственно возрасту.

Вопрос: Почему не проводилось эндоскопическое склерозирование?

Ответ: Из-за возможного риска усиления кровотечения, связи с усилением некроза за счет воздействия ферментов и кислотности содержимого двенадцатиперстной кишки.

Вопрос: Проводилось гистологическое исследование данного образования?

Ответ: Не проводилось, мы расценивали данное образование как гемангиому.

Заключительное слово председателя:

Нашими коллегами представлено довольно редкое, заболевание желудочно-кишечного тракта, которое обычно распознается во время срочного хирургического вмешательства по поводу кровотечения в просвет кишечника. В мировой литературе имеется не более нескольких десятков подобных наблюдений. Большинство больных оперированы традиционными способами с резекцией участка кишки или желудка, включающего гемангиому. В ряде случаев рентгеноэндovasкулярная окклюзия сосудов, питающих гемангиому, применялась как паллиативная процедура с целью уменьшения интраоперационной кровопотери. Использование эндоскопического контроля, безусловно, повышает безопасность эндоваскулярного лечения и позволяет наблюдать динамику размеров опухолевого образования в стенке кишки. Необходимо продолжить наблюдение за данным больным и, учитывая редкость заболевания, стремиться к обобщению клинического опыта различных клиник.

ДОКЛАД

СИНДРОМ KLIPPEL-TRENAUNAY. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Ю.А. Поляев, А.И. Голенищев, А.А. Мыльников, С.В. Щенев, Р.В. Гарбузов

*Российская детская клиническая больница Росздрава,
Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения*

Проанализировано 115 больных с синдромом Klippel-Trenaunay. Катамнез больных составил 13 лет.

Диагноз был поставлен на основании клинической картины, выразившейся в следующем симптомокомплексе: сосудистые пятна, варикозное расширение подкожных вен, гипертрофия мягких тканей и костей, наличие ангиокератоза; данных ультразвукового сканирования с цветным картированием кровотока. В случае массивного поражения, проксимального расположения патологической зоны, после ранее выполненных оперативных вмешательств выполнялось ангиографическое исследование с целью прямой визуализации путей оттока от патологически измененного сегмента.

Ультразвуковая и радиологическая картина заболевания характеризовалась различной степени гипоплазией или аплазией глубоких вен конеч-

ности. Отток осуществлялся по резко расширенным поверхностным венам, а также по рудиментарным эмбриональным коммуникациям.

Следует также отметить, что проведение флебографии с компрессией конечности позволяет контрастировать гипоплазированные глубокие вены. У большинства больных достигнутый результат расценивался нами как положительный, поскольку нам удалось компенсировать отток крови от пораженной конечности. Пациенты получали консервативное лечение, включающее компрессионную терапию, для которой использовались эластические бинты или лечебный трикотаж II и III классов компрессии, терапию венотониками, физиотерапевтическое и бальнеолечение, курсы лечебной гимнастики. Хирургический этап коррекции состоял из склерозирования патологических участков ангиоматоза, удаления эмбриональной вены. Данные ма-