

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.133.3-004.6-06:611.018.74-007.281-039-07-089

М. В. Мельников, А. Ю. Апресян, М. А. Иванов, И. Н. Кочанов,
В. А. Зелинский, В. В. Андреев

АСИМПТОМНОЕ ТЕЧЕНИЕ СПОНТАННОГО РАССЛОЕНИЯ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. Н. И. Глушков), ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова», Санкт-Петербург

Ключевые слова: *расслоение внутренней сонной артерии, атеросклероз, асимптомное течение.*

Впервые расслоение сонной артерии было описано в 1872 г. М. Verneuil [9]. До сих пор истинная частота данной патологии остается неизвестной, что связано с возможным асимптомным течением заболевания. Однако, по данным W. Schievink и соавт. [8], частота расслоения внутренней сонной артерии (РВСА) составляет около 3 человек на 100 000 населения [8]. Описаны случаи РВСА у больных в возрасте от 11 до 79 лет, у женщин она встречается в 2 раза чаще, чем у мужчин [4].

В зависимости от причины все РВСА делят на три группы: спонтанные (вследствие патологических изменений артериальной стенки), травматические и ятрогенные [3]. Спонтанные РВСА встречаются, главным образом, у пациентов с артериопатиями (фибромускулярная дисплазия, синдром Марфана, Элерса—Данло) [2]. Описаны случаи РВСА у больных с мигренью, гипергомоцистеинемией, сифилисом [7]. Спонтанное РВСА, как результат атеросклеротического поражения внутренней сонной артерии, встречается достаточно редко [2, 6]. Клинические проявления спонтанного РВСА разнообразны и могут варьировать от асимптомного течения до развития нарушения мозгового кровообращения. В литературе нам не встретилось описаний асимптомных форм РВСА атеросклеротического генеза.

Пациент Р., 57 лет, поступил в отделение сосудистой хирургии СЗГМУ им. И. И. Мечникова в экстренном порядке 19.08.2011 г. с диагнозом: «Расслоение правой внутренней сонной артерии». Из анамнеза известно, что длительное время страдает мультифокальным атеросклерозом. В 2010 г.

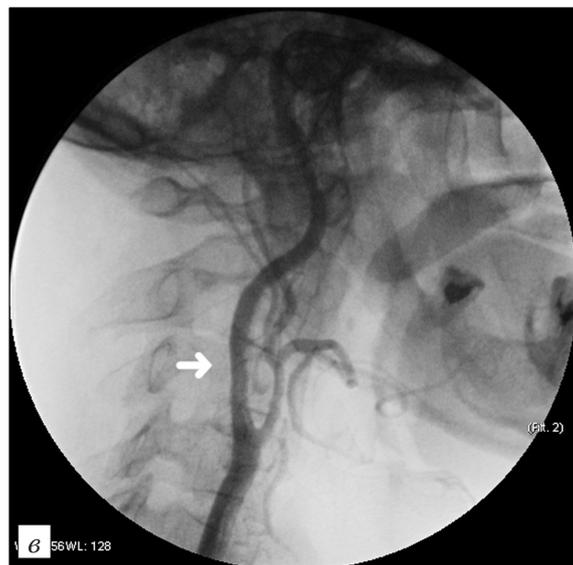
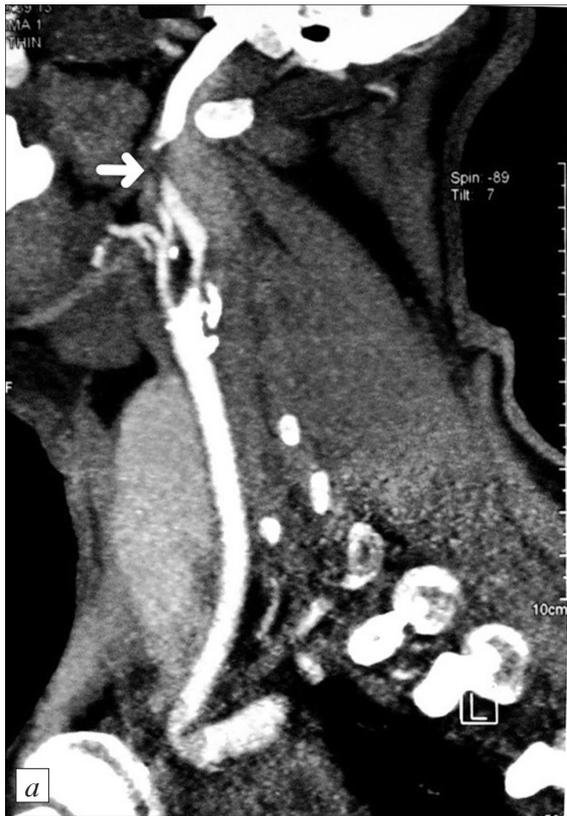
было выполнено аортобедренное шунтирование. Подозрение на РВСА возникло после дуплексного ангиосканирования брахиоцефальных артерий, осуществленного амбулаторно, поводом к чему явилось наличие систолического шума в проекции развилки правой общей сонной артерии.

При поступлении: состояние больного средней тяжести, значительных изменений клинических и биохимических показателей крови не выявлено, кроме гипергомоцистеинемии (18,7 мкмоль/л). Заключение невролога: очаговой мозговой симптоматики нет. Осмотр глазного дна: артерии сужены, склерозированы, очаговые изменения на глазном дне не определяются. По данным эхокардиографии: акинезия верхушки сердца, межжелудочковой перегородки, глобальная сократимость миокарда левого желудочка резко снижена, фракция выброса левого желудочка составляет 27%. При спиральной компьютерной томографии брахиоцефальных артерий выявлены отслойка интимы правой внутренней сонной артерии с пристеночным тромбом на ножке, стеноз левой внутренней сонной артерии до 80% по диаметру (рисунок, а).

С учетом высокого риска развития острого нарушения мозгового кровообращения, а также принимая во внимание наличие тяжелой кардиальной патологии, было принято решение об ангиопластике и стентировании правой внутренней сонной артерии.

Операция (24.08.2011 г.): последовательная селективная дигитальная субтракционная ангиография брахиоцефальных артерий в прямых и боковых проекциях, во время которой диагноз подтвержден (см. рисунок, б). В дистальной трети правой внутренней сонной артерии раскрыта система для защиты головного мозга от эмболии. Во внутреннюю сонную артерию и дистальные отделы общей сонной артерии имплантирован саморасширяющийся стент размером 7×30 мм. Остаточный стеноз расправлен баллоном размером 5×20 мм. При контрольной ангиографии дефекты контрастирования не выявлены (см. рисунок, в).

Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на 3-и сутки после вмешательства; назначена соответствующая антиагрегантная терапия.



Томограмма и ангиограммы больного Р., 57 лет, с расслоением правой внутренней сонной артерии (объяснение в тексте).

а — отслойка интимы правой внутренней сонной артерии с пристеночным тромбом на ножке (по итогам спиральной компьютерной томографии); *б* — подтверждение диагноза селективной ангиографией; *в* — контрольное исследование кровотока по внутренней сонной артерии после стентирования (ангиограмма). Стрелка — место расслоения артерии.

Тактика лечения пациентов с РВСА должна определяться индивидуально с учетом риска развития ишемических повреждений головного мозга и тяжести общего состояния больных. В ряде наблюдений при стабильном течении процесса возможно консервативное лечение с применением антикоагулянтных и дезагрегантных средств [5]. При высоком риске ишемического инсульта, нарастании неврологического дефицита, возникновении транзиторных ишемических атак головного мозга показано оперативное лечение [1]. Эндоваскулярные методы лечения РВСА наиболее предпочтительны и безопасны у пациентов с высокой вероятностью кардиальных и неврологических осложнений [6].

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Покровский А. В., Шубин А. А., Кунцевич Г. И. и др. Расслоение сонных артерий // Ангиол. и сосуд. хирургия.—2005.—№ 4.—С. 130–140.

- Ehrenfeld W. K., Wylie E. J. Spontaneous dissection of the internal carotid artery // Arch. Surg.—1976.—Vol. 111.—P. 1294–1301.
- Haneline M. T., Lewkovich G. N. An analysis of the etiology of cervical artery dissections: 1994 to 2003 // J. Manip. Physiol. Therap.—2005.—Vol. 28, № 8.—P. 617–622.
- Lucas C., Moulin T., Deplanque D. Stroke patterns of internal carotid artery. Dissection in 40 patients // Stroke.—1998.—Vol. 29, № 12.—P. 2646–2648.
- Paciaroni M., Georgiadis D., Arnold M., Gandjour J. Seasonal variability in spontaneous cervical artery dissection // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.—2006.—Vol. 77, № 5.—P. 677–679.
- Rodriguez C. V., Lemaire V., Renard F., De Keuleneer R. Primary stenting for the treatment of carotid artery dissection // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.—2005.—Vol. 29.—P. 350–352.
- Rubinstein S. M., Peerdeman S. M., van Tulder M. W., Riphagen I. A systematic review of the risk factors for cervical artery dissection // Stroke.—2005.—Vol. 36, № 7.—P. 575–580.
- Schievink W. I., Mokri B., Whisnant J. P. Internal carotid artery dissection in a community: Rochester, Minnesota, 1987–1992 // Stroke.—1993.—Vol. 24.—P. 1678–1680.
- Verneuil M. Contusions multiples, delire violent, hemiplegi a droite, signes de compression cerebrale // Bull. Acad. Natl. Med.—1872.—Vol. 1.—P. 46–56.

Поступила в редакцию 21.04.2012 г.