

несостоятельностью гепатикоэнтероанастомоза и один (0,2%) – с желчеистечением в брюшную полость. Всем пациентам выполнены традиционные хирургические операции.

При применении эхоконтролируемых вмешательств для лечения жидкостных образований брюшной полости и забрюшинного пространства осложнений не наблюдалось.

Наши наблюдения позволяют констатировать следующее.

1. Пункционная биопсия печени и поджелудочной железы под контролем ультразвукового исследования, с использованием биопсийного пистолета Pro-mag 2.5 фирмы MD TESH с набором игл является наиболее эффективным способом верификации диагноза при диффузных и очаговых изменениях в этих органах.

2. Ультразвуковое исследование – высокоинформативный метод диагностики жидкостных образований брюшной полости и забрюшинного пространства, позволяющий выявлять абсцессы печени, определять скопление жидкости в сальниковой сумке, обнаруживать внеорганные жидкостные образования брюшной полости или забрюшинного пространства.

3. Жидкостные образования брюшной полости и забрюшинного пространства объемом более 30 мл являются показанием к эхоконтролируемому диагностическому или лечебному вмешательству.

4. Эхоконтролируемое вмешательство является высокоэффективным методом лечения жидкостных образований брюшной полости и забрюшинного пространства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов О.Е. Диагностика и пункционное лечение внутрибрюшных послеоперационных осложнений методом ультрасонографии. – М., 1998. – С. 17.
2. Борсуков А.В., Лемешко З.А., Сергеев И.Е., Момджян Б.К. Малоинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем в клинике внутренних болезней: Учебно-методическое пособие / Под общ. ред. В.П. Харченко. – Смоленск, 2005.
3. Владимирова Е.С., Тагави Р.Л., Мельников В.В., Булава Г.В. // Анн. хир. гепатол. – 2003. – № 2. – С. 98-99.
4. Ерюхин И.А., Малиновский Н.Н., Савчук Б.Д. // Хирургия. – 2003. – № 12. – С. 63-68.
5. Заверный Л.Г., Пойда А.И., Мельник В.М. и др. // Вестн. хир. – 1993. – № 5-6. – С. 22-24.
6. Лотов А.Н. Ультразвук в диагностике и лечении хирургических заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны / Автореф. дис. ...докт. мед. наук. – М., 1998.
7. Малярчук В.И., Климов А.Е., Федоров А.Г. и др. // Хирургия (Баку). – 2005. – № 1. – С. 49-54.
8. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. Руководство. – М., 1990. – С. 559-561.
9. Никольский В.И., Сапожнов А.Ю. // Абсцессы живота. – Пенза, 1994. – С. 204-205.
10. Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Юрасов А.В. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии. – М., 2003.
11. Datolla A., Alberti A., Gianetto G. et al. // Ann. Ital. Chir. – 1999. V. 70, No. 2. – P.161-167.
12. Gohl L., Gmainwieser J., Gusinde J. // Zbl. Chir. – 1999. – Bd. 124, H. 3. – S. 187-194.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ

*П.О. Казанчян, Е.А. Валиков, А.В. Дерзанов
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского*

В структуре причин сосудисто-мозговой недостаточности патологические деформации сонных артерий занимают второе место. Причем развивающиеся циркуляторные расстройства мозгового кровообращения не ограничиваются эпизодами транзиторных ишемических атак или симптомами дисциркуляторной энцефоло-

патии. В настоящее время ни у кого не вызывает сомнения возможность развития острого нарушения мозгового кровообращения ишемического генеза на фоне гемодинамических расстройств, вызванных патологической деформацией сонных артерий [1, 2, 7, 8, 9].

Это обстоятельство вполне объясняет все возрастающий интерес к данной патологии. Операции по поводу патологических деформаций сонных и позвоночных артерий составляют от 14,9 до 17,3% среди всех хирургических вмешательств, выполненных по поводу поражений указанных артерий [5]. Однако, несмотря на большую распространенность патологических извитостей внутренних сонных артерий, вопросы этиологии заболевания, тактики лечения и выбора метода хирургической коррекции кровотока остаются спорными, вызывая порой полярные суждения среди клиницистов.

В настоящей работе представлены результаты лечения больных с патологическими деформациями внутренних сонных артерий, в связи с чем мы хотели бы высказать свое мнение по ряду спорных вопросов.

Под нашим наблюдением находилось 180 пациентов с патологическими деформациями внутренних сонных артерий. Следует отметить распространенность данной патологии во всех возрастных группах, в том числе у детей и подростков, а также большой удельной вес женщин (44%).

Асимптомно протекающие патологические деформации выявлялись при скрининговом обследовании больных, находившихся в клинике по поводу других заболеваний аорты, а у детей и подростков – в соответствии с программой целенаправленного скринингового обследования на предмет распространенности патологических деформаций внутренних сонных артерий. Диагноз клинически манифестированных поражений устанавливали при детальном изучении неврологического статуса и проведении комплексной ультразвуковой диагностики. Использовались доплерография со спектральным анализом доплеровского сигнала, транскраниальная доплерография, цветное дуплексное сканирование по стандартным методикам. Тяжесть хронической сосудисто-мозговой недостаточности оценивали по классификации, предложенной А.В. Покровским [6].

В наших исследованиях асимптомное течение (или I стадия) патологических деформаций наблюдалось у 60 пациентов (33%), имелась сосудисто-мозговая недостаточность различных стадий – у 120 больных (67%), 19 из них (10,5%) перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, которое явилось первым проявлением заболевания.

При определении вида деформации мы руководствуемся классификацией, предложенной J. Weibel и W.S. Fields [10], которую на анализе собственных наблюдений мы дополняем двойными перегибами внутренней сонной артерии и сочетанием различных видов извитостей. Мы выделяем:

- С- и S-образные изгибы;
- перегибы под острым углом (кинкинг);
- петле- и спиралеобразные извитости (койлинг);
- двойные перегибы внутренних сонных артерий;
- сочетание различных вариантов извитостей.

Сопутствующая артериальная гипертензия была выявлена у 86 из 180 пациентов (47,7%). У детей и подростков высоких цифр артериального давления не зафиксировано, что подтверждается и работами других исследователей [1], которые в своих клинических наблюдениях не отмечали развитие артериальной гипертензии у детей и лиц молодого возраста. Отсутствие артериальной гипертензии и довольно часто встречающиеся двусторонние поражения с сопутствующими пороками сер-

дца нередко выявляются у людей, родители и близкие родственники которых тоже имели патологические деформации сонных артерий. Это дает основание предполагать врожденный генез этой патологии.

Изучение клинической картины в зависимости от вида патологической деформации показало следующее: С- и S-образные извитости в основном протекают асимптомно (в 18 и 15 наблюдениях соответственно). В 8 наблюдениях выявлены симптомы транзиторных ишемических атак, в 11 – дисциркуляторная энцефалопатия, у одного больного – ишемический инсульт. У детей отмечены приступы головных болей, преимущественно в височной и теменной областях, снижение внимания и памяти.

При перегибах под острым углом при большом удельном весе асимптомной деформации возрастает число больных, перенесших ишемический инсульт (с 1,9% при С- и S-образных извитостях до 16,6%).

При петле- и спиралеобразных извитостях уменьшается количество асимптомных деформаций, в основном наблюдаются эпизоды транзиторных ишемических атак и симптомы дисциркуляторной энцефалопатии, а удельный вес больных с IV стадией хронической сосудисто-мозговой недостаточности остается довольно высоким (10,1%). Таким образом, наиболее часто клиника хронической сосудисто-мозговой недостаточности наблюдается при перегибах и петлеобразовании внутренней сонной артерии. Результаты наших наблюдений подтверждаются данными литературы, свидетельствующими о возможности развития ишемического инсульта на фоне полного благополучия.

Патологические деформации являются гемодинамически значимыми тогда, когда развиваются циркуляторные расстройства, характерные для стенозов (70% и более): повышение пиковой систолической частоты более 8 kHz и максимальной систолической скорости более 200 см/сек. Изучение клинической картины и течения заболевания в зависимости от гемодинамической значимости патологических деформаций позволили нам разработать показания к операции. Коррекцию нарушенного кровотока мы выполняем при наличии гемодинамически значимой деформации внутренней сонной артерии, независимо от ее клинической манифестации.

Мы располагаем опытом 136 реконструктивных вмешательств, выполненных у 122 пациентов (в 14 наблюдениях при поражении обеих внутренних сонных артерий проведена поэтапная реконструкция). При коррекции патологических деформаций внутренних сонных артерий мы отдаем предпочтение резекции избыточного сегмента артерии с редрессацией и имплантацией ее в старое устье – операции, которая, с нашей точки зрения, практически полностью восстанавливает анатомические пропорции. Показанием к данному виду хирургической коррекции считаем отсутствие выраженной фиброзной трансформации стенки внутренней сонной артерии. Эта операция выполнена нами у 116 больных, в том числе у 15 детей. В 27 наблюдениях она сочеталась с эверсионной каротидной эндартерэктомией из-за сопутствующего атеросклеротического поражения.

При пролонгированной фиброзной трансформации внутренней сонной артерии, недостаточном ее диаметре, наличии аневризм или истончении стенки мы считаем, что целесообразно выполнять резекцию внутренней сонной артерии с аутовенозным протезированием. Выполнено 12 операций, в основном, при перегибах внутренней сонной артерии под острым углом, когда имелась выраженная фиброзная трансформация стенки артерии в области перегиба, а также при петлеобразовании и при недостаточном диаметре артерии. Особенность тактики заключается в том, что в момент резекции внутренней сонной артерии и формирования дистального анастомоза мы сохраняем кровотоки по наружной сонной артерии, что позволяет

уменьшить риск ишемического повреждения головного мозга во время прекращения кровотока.

Резекцию патологической извитости с наложением анастомоза «конец в конец» выполняем при выраженной фиброзной трансформации стенки артерии в зоне деформации и возможности сопоставления проксимального и дистального отрезка после иссечения пораженного участка. Этот вид операции, с нашей точки зрения, имеет узкие показания: небольшая протяженность процесса и отсутствие аневризм вне зоны извитости. Подобная операция выполнена нами всего в 8 случаях – при перегибе внутренней сонной артерии и при петле или спиралеобразной извитости, когда диаметр артерии не менее 5 мм.

В ближайшем послеоперационном периоде летальных исходов и послеоперационных неврологических осложнений не было. Сразу после операции отмечалось полное исчезновение или значительный регресс симптомов сосудисто-мозговой недостаточности. В отдаленные сроки (до 7 лет) положительный эффект наблюдался в 93% случаях. Развитие острых нарушений мозгового кровообращения в бассейне реконструированной внутренней сонной артерии не наблюдалось.

Успешное предупреждение и эффективное лечение сосудисто-мозговой недостаточности, обусловленной патологическими деформациями внутренних сонных артерий, во многом сдерживается из-за отсутствия ранней диагностики. До недавнего времени не было информативного неинвазивного метода исследования кровотока в брахиоцефальных артериях. В настоящее время наиболее перспективным для решения этой задачи является метод цветного дуплексного сканирования, позволяющего визуализировать сосуд, установить структурные изменения и количественно охарактеризовать кровоток в интересующем участке.

Определение тяжести сосудисто-мозговой недостаточности в зависимости от степени циркуляторных расстройств показало, что наиболее часто клиническая манифестация с развитием острого нарушения мозгового кровообращения наблюдается при перегибах и петлеобразовании, причем она проявляется зачастую на фоне полного благополучия. Именно поэтому при гемодинамически значимых поражениях мы проводим хирургическую коррекцию патологических деформаций, независимо от клинического течения. Изучение отдаленных результатов показало, что оперативное лечение позволяет достичь регресса хронической сосудисто-мозговой недостаточности и профилактики ишемических инсультов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беллер А.Н. Хирургическое лечение патологической извитости внутренней сонной артерии у детей / Автореф. дис. ... канд. мед наук. – Барнаул, 2003.
2. Еремеев В.П. // Ангиол. и сосуд. хир. – 1998. – № 2. – С. 82-94.
3. Катков А.И. Хирургическое лечение патологической извитости сонных артерий / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Пермь, 1999.
4. Паулюкас П.А., Баркаускас Э.М. // Хирургия. – 1989. – № 12. – С. 12-18.
5. Паулюкас П.А., Баркаускас Э.М., Мацкевичус З.К. // Хирургия. – 1989. – № 9. – С. 47-51.
6. Покровский А.В. Клиническая ангиология. – М., 1979.
7. Ballotta E., Thiene G., Baraccini C. // J. Vasc. Surg. – 2005. – V. 42, No. 5. – P. 838-846.
8. Carcoforo P., Rossa T., Navarra G. et al. // Minerva cardioang. – 1997. – V. 45, No. 1-2. – P. 37-41.
9. Today-IEuikay C., Kim J., Betterman K. // Acta Neurol. Belg. – 2005. – V. 105, No. 2. – P. 68-72.
10. Weibel J., Fields W.S. // Neurology. – 1965. – V. 15. – P. 7-11.