КАРОТИДНО-КАВЕРНОЗНОЕ СОУСТЬЕ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

В статье описывается клиническое наблюдение двух больных с каротидно-кавернозным соустьем, полученным в результате травмы лицевой части головы. Также приводятся сравнение сроков диагностики, лечение и результаты реабилитации.

Ключевые слова: каротидно-кавернозное соустье, травма лицевой части головы

Актуальность

Каротидно-кавернозное соустье образуется при возникновении фистулы в кавернозной части внутренней сонной артерии (ВСА). При этом кровь из ВСА проникает в полость пещеристого синуса. Давление крови в пазухе повышается, что обуславливает затруднение оттока крови в кавернозный синус из глазничной вены и других вен. Развивается характерный клинический синдром пульсирующего экзофтальма.

Первое наблюдение сонно-пещеристого соустья принадлежит Travers (1813 г.). В 1856 г. Непгу сообщил о больном с пульсирующим экзофтальмом и высказал предположение о том, что причиной болезни является разрыв ВСА в полость пещеристого синуса. После летального исхода этого больного от носового кровотечения при патологоанатомическом вскрытии предположение подтвердилось. Был обнаружен полный разрыв ВСА в пещеристой пазухе (после травмы).

Разные авторы не одинаково называют данное заболевание. Наиболее часто применяются термины – пульсирующий экзофтальм и артерио-венозное сонно-пещеристое (каротидно-кавернозное) соустье.

Существует множество рабочих классификаций каротидно-кавернозного соустья (ККС). Чаще всего ККС развивается в результате травмы – в 75% случаев, но может возникать и спонтанно. Каротидно-кавернозные фистулы, возникающие вследствие разрыва интракавернозной аневризмы, чрезвычайно редки, однако несут риск опасных для жизни осложнений. В нелеченых случаях наступает летальный исход в 2,5-15% случаев от носового кровотечения или кровоизлияния в мозг при разрыве стенки пещеристого синуса или при разрыве застойных вен.

Необходимо отметить, что ККС относится к пограничным заболеваниям между офтальмологией и нейрохирургией. До 1970 г. оперативное лечение ККС проводилось в виде

перевязки или клипирования ВСА в полости черепа или на шее. В 1971г. в НИИ нейрохирургии им. Бурденко АМН СССР разработали новую методику лечения ККС – эндоваскулярная окклюзия катетер-баллоном шунтирующего отверстия в кавернозном отделе ВСА (Ф.А. Сербиненко, 1971 г.).

В настоящее время лечение прямых ККС проводится эндоваскулярным методом либо с использованием отделяемых баллонов или платиновых спиралей трансартериальным и трансвенозным путем.

Наиболее перспективной является внутрисосудистая окклюзия соустья с помощью баллона-катетера, который вводят во внутреннюю сонную артерию и продвигают к области соустья. Баллон заполняют быстро твердеющей массой – силиконом и сбрасывают.

Таким образом, соустье выключается из кровообращения при сохранении проходимости сосуда. Метод окклюзии каротидно-кавернозного соустья баллоном-катетером является на современном этапе наиболее совершенным, безопасным и эффективным.

Цель исследования

Сообщить о случаях каротидно-кавернозного соустья (ККС) как интересном клиническом вопросе.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находятся двое больных. Первый пациент Б., 31 г., обратился с жалобами на головную боль, головокружение, пульсирующий шум в голове, усиливающийся к ночи, покраснение и выбухание правого глаза, косоглазие к носу, двоение при взгляде вправо и снижение зрения.

Из анамнеза заболевания – был избит в сентябре 2008 года, били в правую височную область, сознание не терял, появились вышеуказанные жалобы, лечился у невропатолога

и окулиста по месту жительства в районе. Особых улучшений не было. В мае 2009 г. был госпитализирован в офтальмологическое отделение областной клинической больницы г. Уральска.

При поступлении зрение правого глаза – движение рук у лица, левого глаза 1.0. ВГД 28/22 мм рт. ст. Справа выраженный отек периорбитальной ткани, больше во внутреннем углу, и там же определяется пульсирующий шум, экзофтальм, офтальмоплегия полная, репозиция глазного яблока отсутствует. Хемоз, отек роговицы, на глазном дне ДЗН бледно-розовый, границы ступеваны, сетчатка отечна, сосуды резко расширены, полнокровные. Левый глаз без особенностей. Клинические и биохимические анализы в пределах нормы.

УЗИ глаза ОД-24,94, ОС – 23,31, В-скан – ОД деструктивные изменения в стекловидном теле, утолщение оболочек глаза. ОС без особенностей. Рентгенография черепа, орбиты, ППН – признаки внутричерепной гипертензии. МРТ головного мозга и интракраниальных артерий выявила картину резкого расширения правой глазничной артерии на фоне каротидно-кавернозного соустья.

Больной направлен в РНЦНХ г. Астана, где лечился с 27 июля по 15.07.2009 г. с клиническим диагнозом «Посттравматическая псевдоаневризма кавернозного отдела правой внутренней сонной артерии. Осложнения основного заболевания: экзофтальм, сходящееся косоглазие справа». Выполнены следующие операции: 1) селективная церебральная ангиография, 2) суперселективная церебральная ангиография, рентгеноэндоваскулярная эмболизация псевдоаневризмы кавернозного сегмента внутренней сонной артерии справа.

Проводился курс: сосудистой, анальгетической, противоотечной и симптоматической терапии. Выписан в удовлетворительном состоянии, головные боли, пульсирующий шум прекратились, экзофтальм регрессировал, сходящееся косоглазие сохранилось.

Через два месяца состояние больного удовлетворительное. Зрение правого глаза 0,1, поле зрения концентрически сужено в пределах 10-15°, ВГД 23 мм рт. ст., положение правильное, движение в полном объеме, среды прозрачные, глазное дно ДЗН бледно-розовый, монотонный, контуры четкие, сосуды равномерно

сужены и извиты. Планируется МРТ головного мозга в динамике через 6 месяцев и курс медикаментозной терапии.

Второй больной Г., 19 лет, жалобы те же, что и у первого больного, а также шум в ушах и носовое кровотечение (рис. 1, цветная вкладка).

Из анамнеза заболевания – травма в апреле 2009 года, били в нижнюю челюсть, сознание не терял, госпитализирован в офтальмологическое отделение.

При поступлении зрение правого глаза 1,0. Левого счет пальцев у лица. Слева отек век, экзофтальм, движение глазного яблока резко ограничено, хемоз с кровавистым выделением, периодическое носовое кровотечение, пульсирующий шум в области орбиты. На глазном дне – картина «раздавленного помидора».

МРТ головного мозга – картина каротидно-кавернозного соустья слева, экзофтальм, резко расширены левая глазничная вена и кавернозный синус (рис. 2, цветная вкладка).

Больной направлен РНЦНХ г. Астана, где лечился с 25 июня по 7 июля 2009 г. с клиническим диагнозом «Посттравматическое каротидно-кавернозное соустье слева. Осложнения основного заболевания: экзофтальм, офтальмоплегия, тромбоз центральной вены сетчатки слева».

Выполнена операция: суперселективная церебральная ангиография, рентгеноэндоваскулярная баллон-ассистируемая деконструктивная эмболизация кавернозного сегмента внутренней сонной артерии слева на уровне каротидно-кавернозного соустья. На контрольной ангиографии из левой ВСА отмечается стоп контраста в каменистой части левой ВСА, каротидно-кавернозное соустье не выявляется, окклюзия кавернозного отдела левой ВСА полная. На контрольных ангиограммах из первой общей сонной артерии – в артериальную, капиллярную и венозную фазы выявляется: в интракраниальном отделе патологии не выявляется, контрастируются правая и левая СМА и ПМА и их ветви, супраклиноидный и офтальмологический сегменты левой ВСА, глазничная артерия слева. ККС не видно. Адекватно функционирующий переток через переднюю соединительную артерию.

Проводился курс: сосудистой, антикоагулянтной, анальгетической, противоотечной и симптоматической терапии.

Выписан в удовлетворительном состоянии, полностью прекратился шум в голове и ушах, регрессировал экзофтальм слева, движение глазного яблока полное, зрение левого глаза 0.4, на глазном дне следы ретинальной геморрагии. Через 2 месяца (рис. 3, цветная вкладка) зрение 1.0 / 1.0, поле зрения в норме, на глазном дне ДЗН бледно-розовый, контуры четкие, сосуды обычного калибра и кровенаполнения. Планируется МРТ головного мозга, МРА сосудов головного мозга и магистральных артерий шеи в динамике через 6 месяцев и курс поддерживающей медикаментозной терапии.

Выводы

1. Решающее диагностическое значение каротидно-кавернозного соустья у наблюдаемых

нами больных имеет МРТ головного мозга сосудистого режима.

2. Ранняя диагностика и целенаправленное лечение – залог благоприятного исхода реабилитации, что наблюдается у наших больных. В первом случае Б., 31 г., сельский житель, диагностирован поздно, через 9 месяцев после травмы, несмотря на клиническое улучшение, зрительная функция полностью не восстановлена из-за развившейся атрофии зрительного нерва.

Во втором случае Г., 19 лет, городской житель, ранняя диагностика дала соответствующие результаты реабилитации и восстановления зрительной функции.

3. Во всех случаях экзофтальма травматического генеза проявить настороженность в плане каротидно-кавернозного соустья (ККС).

Список использованной литературы:

1. Коновалова А.Н. Нейротравматология. М.: Медицина, 1994.
2. Меркулов И.И. Клиническая офтальмология, книга первая, 1966. – 321с.
3. Михайлов С.С. Артерио-венозные сонно-пещеристые аневризмы. – М.: Медицина, 1965.
4. Сербиненко Ф.А. Окклюзия баллоном кавернозного отдела сонной артерии как метод лечения каротидно-кавернозного соустья // Вопросы нейрохирургии. – 1971. – №6. – С. 3-8.
5. Потапов А.А. Доказательная нейротравматология. М.: Медицина, 2003.