

В.Ф. Лохман, А.В. Мызников, Е.Е. Лихошерст, Т.А. Кочкина, А.М. Исаев

ХИРУРГИЧЕСКОЕ И ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ СОННЫХ АРТЕРИЙ*Краевая клиническая больница (Красноярск)*

Цель — изучить результаты хирургического и эндоваскулярного лечения при различных вариантах патологии сонных артерий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализирован опыт лечения 167 больных за период 2001 — 2004 гг. с поражением брахиоцефальных артерий с хронической сосудистой мозговой недостаточностью (ХСМН) 1 — 3 ст. Оперировано 144 пациента, из которых атеросклеротическое стенозирующее поражение (60 — 98 % стеноза) было у 89 (61,8 %) больных. Патологическая извитость (с градиентом линейной скорости кровотока более 100 %) наблюдалась у 25 (17,4 %) пациентов, сочетанное атеросклеротическое поражение сонных артерий — у 17 пациентов (11,8 %): из них кинкинг и стеноз встречались в 10 случаях; атеросклеротическое поражение сонных и подключичных артерий наблюдалось у 5 больных; у 2 пациентов была аневризма общей сонной артерии в сочетании со стенозом.

В анамнезе острое нарушение мозгового кровообращения перенесли 16 больных, у 59 была ХСМН II ст., у 37 — ХСМН I ст. У 32 пациентов поражение протекало бессимптомно и выявлялось при профилактических ультразвуковых обследованиях.

Патология сонных артерий выявлялась методом дуплексного сканирования сосудов, транскраниальной доплерографией (для определения стеноза сифона внутренней сонной артерии), ангиографией. Пациентам после ОНМК выполнялась компьютерная томография головного мозга.

42 пациентам с атеросклеротическим стенозом сонных артерий проводились эверсионная эндартерэктомия, 50 — открытая эндартерэктомия, из них пластика с заплатой — 15, с сонно-подключичным шунтированием — 5 больным. При сочетании кинкинга и стеноза применялась эверсионная эндартерэктомия с резекцией внутренней сонной артерии. У 5 пациентов выполнена транслуминальная баллонная ангиопластика со стентированием сонных артерий — показанием служили тандемные и дистальные стенозы внутренней сонной артерии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Регресс неврологической симптоматики наступил у 64 (44,5 %) больных. У 16 (11,1 %) пациентов с ХСМН III ст. неврологическая симптоматика осталась на прежнем уровне. Послеоперационные невриты черепно-мозговых нервов отмечены у 9 (6,25 %) больных. Летальность составила 1,4 % (2 больных).

ВЫВОДЫ

Хирургическая и эндоваскулярная коррекция патологии сонных артерий — ведущие методики устранения и профилактики неврологического дефицита. При сочетанных поражениях лечение необходимо проводить до полного устранения патологии гемодинамики во внутренней сонной артерии. Удельный вес хирургических методов остается невысоким по сравнению с медикаментозным лечением категории больных с риском острого нарушения мозгового кровообращения.

В.Н. Сергеев, А.М. Путинцев, О.М. Оликов, М.Г. Маслов, М.А. Синьков

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У ДЕТЕЙ*Кемеровская областная клиническая больница (Кемерово)*

Цель настоящей работы — оценить эффективность хирургического лечения патологической извитости внутренней сонной артерии у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 22 ребенка (18 мальчиков и 4 девочек) в возрасте от 9 до 15 лет, средний возраст составил 11,8 лет. Все пациенты были

направлены детскими неврологами, основаниями для обращения к хирургам явились клиника хронического нарушения мозгового кровообращения и выявленные ультразвуковыми методами гемодинамически значимые изменения в экстракраниальных сосудах. Это же и явилось показанием для принятия решения об оперативном лечении. Пред- и послеоперационное обследование вклю-

чало в себя общеклинические исследования, обязательный осмотр детского невролога с детальным описанием неврологического статуса, дуплексное сканирование (ДС) брахиоцефальных сосудов, транскраниальную доплерографию, МРТ. Ультразвуковые исследования выполнялись на аппарате ACUSON 128 XR 10. Производилось измерение линейной скорости кровотока (ЛСК) до и после участка извитости, оценка градиента ЛСК на этом участке, оценивалась симметричность ЛСК по средней мозговой артерии (СМА)

Критериями гемодинамической значимости извитости являлись:

- ✕ градиент скорости кровотока по ВСА $\geq 30\%$, дистальнее извитости;
- ✕ асимметрия скорости кровотока по средней мозговой артерии.

Все больные оперировались под ЭТН. Бифуркация сонных артерий выделялась из стандартного доступа. Для защиты головного мозга использовалась общепринятая методика: введение барбитуратов, повышение АД. У 6 больных для этой цели дополнительно использована инфузия препарата перфторан из расчета 2 мл/кг веса тела. Перед основным этапом производилось определение ретроградного давления во внутренней сонной артерии. Внутренняя сонная артерия (ВСА) мобилизовалась в месте извитости, отсекалась от устья, резецировалась на протяжении 1 — 3 см. Анастомоз накладывали тангенциально с устьем внутренней сонной артерии. Для наложения анастомоза использовали синтетический нерассасывающийся шовный материал 6/0, применяли узловый или комбинированный сосудистый шов (на одну полуокружность артерии накладывался узловый шов, на вторую полуокружность накладывался непрерывный обвивной шов).

Результаты операций оценивались при выписке, через 3, 6 месяцев и ежегодно.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам ДС исследований С-образная извитость выявлена в 30 %, S-образная извитость — в 70 %. Данные ультразвуковых исследований

подтверждались магниторезонансной ангиографией. Линейная скорость кровотока в месте извитости составляла от 190 до 220 см в секунду. Градиент ЛСК дистальнее извитости составил от 40 до 150 %, в среднем — 110 %. Асимметрия кровотока по средней мозговой артерии составила в среднем 40 %.

Операции выполнены всем 22 пациентам. Четверым из них произведена двусторонняя резекция внутренней сонной артерии. Интервал между операциями составил от 1,5 до 6 месяцев.

Время пережатия внутренней сонной артерии составляло от 6 до 15 мин., среднее время пережатия составило — 9 мин. Послеоперационных осложнений не было. После операции у всех пациентов отмечалось исчезновение градиента ЛСК в оперированной сонной артерии. У одного больного имелось сужение сосудистого анастомоза на 20 % по ультразвуковой картине без градиента скорости кровотока. Симметричность ЛСК по СМА в сроки до 2 месяцев восстановлена у 5 (27,5 %) оперированных детей. В сроке до 1 года происходило выравнивание ЛСК по СМА у 8 (44 %) детей. У остальных детей происходило уменьшение градиента ЛСК по среднемозговой артерии в среднем до 20 %. В отдаленных сроках наблюдения в 89 % случаев мы наблюдали полное исчезновение исходной неврологической симптоматики, в 11 % — интенсивность неврологической симптоматики значительно уступала исходной картине. При этом даже в ранние сроки пациенты чувствовали себя лучше.

ВЫВОДЫ

Анализируя отдаленные результаты оперативного лечения патологической извитости ВСА у детей, мы пришли к выводу о целесообразности и оправданности данного вида вмешательства. В отдаленном периоде после оперативного лечения у большинства пациентов мы получили уменьшение неврологической симптоматики и нормализацию экстра- и интракраниальной гемодинамики. В настоящее время остается открытым вопрос об оптимальном возрасте для проведения операции и противопоказаниях к ней.

В.Г. Раповка

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ИНФИЦИРОВАНИЯ СОСУДИСТЫХ ПРОТЕЗОВ

Владивостокский государственный медицинский университет (Владивосток)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Существуют различные взгляды на лечение инфицированных сосудистых протезов. Консервативные мероприятия практически бесперспективны. Многие исследователи считают, что инфи-

цированный протез должен быть удален как можно раньше и полностью (Ратнер Г.Л. с соавт., 1982; Затевахин И.И. с соавт., 1999; De Aquiar et al., 1993; Jausseran J.M. et al., 1997). Целью нашего исследования являлась разработка хирургической такти-