

Изменения на МРТ при сосудистой патологии головного мозга проявляются более выраженной церебральной атрофией и возникновением диффузных и очаговых изменений, более выраженным субкортикальным и лобным лейкоареозом и субкортикальными очагами.

При проведении метаанализа 45 популяционных исследований у 450 тысяч человек при сроках наблюдения от 5 до 30 лет выявлена достоверная зависимость числа инсультов от уровня диастолического артериального давления, особенно в молодых возрастных группах. Длительно обеспечиваемое устойчивое снижение артериального давления уменьшает риск смерти от нарушения мозгового кровообращения на 37 %. У больных с артериальной гипертензией при возникновении гипертонического криза часто развиваются общемозговые проявления (головная боль, головокружение, тошнота, рвота, рассеянная мелкоочаговая симптоматика, кратковременный моно- или гемипарез, менингеальные симптомы). Сосудистые заболевания нервной системы можно отнести к наиболее важным проблемам клинической неврологии. Это находит подтверждение во все возрастающей распространенности указанной патологии, в том числе и протекающей с острым нарушением мозгового кровообращения. Клиника заболевания прогрессирующая, а ее начальные стадии, характеризующиеся лишь головной болью, общей слабостью, эмоциональной лабильностью, снижением памяти и внимания, головокружением и нарушением сна, могут выявляться лишь в условиях максимальных физических и/или психо-эмоциональных нагрузок.

Именно «незаметность» начала заболевания и отсутствие лечения опасны в плане прогноза. Авторы считают, что гипертонический криз — это клиническая форма острого приходящего нарушения кровообращения, которое чаще развивается у больных с гиперкинетическим типом гемодинамики.

В настоящее время исследователи отмечают, что наибольшая частота развития сосудистых катастроф (инсульт, инфаркт миокарда) регистрируется в ранние утренние часы. Этот феномен обусловлен существованием хронобиологических циркадных ритмов и активацией симпатoadrenalной системы.

Таким образом, клинически для гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии сначала характерны преимущественно субъективные симптомы (головная боль, повышенная утомляемость, снижение работоспособности, памяти и внимания), а также анизорефлексия, рефлекс орального автоматизма, нарушение координации движений. Впоследствии этого формируются неврологические синдромы: гемисиндром, паркинсонизм, амиостатический синдром.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев Е.И. Ишемия головного мозга / Е.И. Гусев, В.И. Скворцова. — М., 2001. — 327 с.
2. Дзизинский А.А. Артериальная гипертония / А.А. Дзизинский. — Иркутск, 2002. — 40 с.
3. Кобалава Ж.Д. Роль систолического артериального давления в развитии органических нарушений / Ж.Д. Кобалава // РМЖ. — Кардиология. — 2001. — Т. 9, № 10. — С. 415—417.
4. Фомина И.Г. «PROGRESS» во вторичной профилактике инсульта / И.Г. Фомина, В.А. Парфенов, Р.Г. Оганов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2002. — № 11. — С. 61—67.
5. Цагарешвили Е.А. Давление бьет по сосудам или что такое транзиторная ишемическая атака / Е.А. Цагарешвили // Легкое сердце. — 2000. — № 2. — С. 6—7.
6. Blood pressure: stroke and coronary heart disease. Prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies for the regression dilution bias / Mac Mahon S. [et al.] // Lancet. — 1990. — Vol. 33, N 5. — P. 765—774.

В.М. Лебезев, А.Г. Шерцингер, Г.Д. Гунзынов, А.Д. Укоев

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Российский научный центр хирургии РАМН (Москва)
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)
Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН (Улан-Удэ)*

Основным клиническим проявлением внепеченочной портальной гипертензии (ВПГ) является кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ). Портокавальное шунтирование (ПКШ) является радикальным методом лечения больных с ВПГ, однако при невозможности его выполнения методом выбора становится гастротомия и прошивание варикозно расширенных вен пищевода и желудка.

Нами проанализированы результаты наблюдений 559 больных с ВПГ, оперированных за 25-летний период. ПКШ было выполнено у 187 больных, прошивание ВРВПЖ — у 372, причем у 258 из них в плановом порядке и у 114 — в экстренном. Мужчин было — 261, женщин — 298. Возраст больных составил от 9 до 59 лет.

В первой серии из 197 операций, выполненных в плановом порядке, ПКШ было осуществлено у 25 больных (12,7 %), а из 248 последующих операций данное вмешательство выполнено у 162 (65,3 %). Это обусловлено внедрением в практику прецизионной техники, позволившей использовать для анастомозирования сосуда малого диаметра (≤ 8 мм), а также применением аутоотрансплантата из внутренней яремной вены и синтетических протезов в виде сосудистой вставки.

Послеоперационная летальность в первой серии ПКШ составила 8 %, во второй — 2,5 %. После прошиваний ВРВПЖ в плановом порядке — соответственно 6,3 и 2,3 %, после экстренных операций — 30 и 9,4 %.

Отдаленные результаты (1 — 16 лет) прослежены после ПКШ у 135 больных: рецидивы кровотечения отмечены у 14 (10,4 %), умерли 2,2 % больных, однако после прошиваний ВРВПЖ из 286 пациентов рецидивы кровотечения были у 104 (36,4 %), и от этого осложнения умерли 6,6 % наблюдаемых больных.

В.М. Лебезев, А.Г. Шерцингер, Г.Д. Гунзынов, Т.Л. Дашибалова, А.К. Гаврилова

АНГИОГРАФИЧЕСКОЕ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОРТОКАВАЛЬНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Российский научный центр хирургии РАМН (Москва)
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)
Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН (Улан-Удэ)*

Цель работы: оценить результаты ангиографического и эндоскопического исследований в оценке эффективности портокавального шунтирования (ПКШ) у больных с внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ) в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах.

Проведен анализ отдаленных результатов ПКШ у 27 больных с ВПГ. Всем больным выполнены контрольная эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) и ангиографическое исследование с измерением портокавального давления (ПД). При оценке выраженности варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) методом эндоскопии использовали 3-степенную классификацию вен (1-я степень — до 3 мм; 2-я — 3 — 5 мм; 3-я — более 5 мм). К косвенным признакам угрозы гастроэзофагеального кровотечения (ГЭК) относили: сохранение напряжения вен при прохождении перистальтической волны, дилатацию пищевода, наличие васкулопатии и эрозивного процесса в гастроэзофагеальной зоне. Хорошим результатом признавали наблюдения, когда ВРВПЖ исчезали или уменьшались до 1-й степени; удовлетворительным — при ВРВПЖ 2-й степени без косвенных признаков угрозы рецидива ГЭК; неудовлетворительным — при наличии ВРВПЖ 2 — 3-й степени с косвенными признаками угрозы пищеводно-желудочного кровотечения или с рецидивом ГЭК.

При ангиографическом исследовании в группе больных со стенозом портокавального анастомоза (ПКА) ($n = 7$) ПД составило $272,17 \pm 28,2$ мм вод. ст. и оказалось достоверно выше показателя группы с нормальной проходимостью сосудистого шунта — $175,83 \pm 10,5$ ($p < 0,01$). Во всех случаях стеноза ПКА были выявлены неудовлетворительные результаты при ЭГДС. Вместе с тем из 20 пациентов с нормальной проходимостью сосудистого шунта у 18 был отмечен хороший, у 2-х — удовлетворительный результат при контрольной эндоскопии.

Шести больным со стенозом ПКА была выполнена баллонная дилатация с непосредственным положительным эффектом, заключавшемся в значительном расширении анастомоза, снижении ПД и уменьшении диаметра ВРВПЖ.

Отдаленные результаты баллонной дилатации прослежены в сроки от 6 месяцев до 3-х лет. При этом у 5 больных данные ЭГДС соответствовали хорошей оценке. У одного больного был отмечен ВРВПЖ 3-й степени, и наблюдался рецидив ГЭК, остановленный консервативно. Однако этот больной умер из-за развившейся тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА).

Таким образом, установлена тесная корреляция данных ангиографии, эндоскопии и портальной манометрии и возможность достоверной оценки функции ПКА по результатам ЭГДС. К ангиографическому методу исследования следует прибегать при сомнениях в проходимости анастомоза после эндоскопии. Однако к эндовазкулярной дилатации ПКА необходимо относиться с осторожностью из-за возможного развития тяжелых осложнений.