

тока, протяженности стеноза, наличии тандемного стеноза или контралатеральной окклюзии, так и на основании интраоперационных критериев: характер ретроградного кровотока, изменение параметров мозговой гемодинамики при ТКДГ.

Критическими параметрами, определяющими недостаточность естественного коллатерального кровотока в СМА и требующими применения интратранслюминального временного шунта, являются: снижение линейной скорости кровотока в СМА во время пробы до 20 см/сек. В то время применение интратранслюминального временного шунта имеет ряд негативных моментов: вероятность тромбоэмболических осложнений, трудности основного этапа каротидной ЭАЭ при «высоких» бифуркациях и протяженных стенозах.

В 2001 — 2005 годах в отделении сосудистой хирургии у 126 пациентов со стенозирующими поражениями сонных артерий было выполнено 132 операции на каротидных бифуркациях.

Основным критерием определения показаний к использованию временного шунта, кроме клинически неудовлетворительной переносимости компрессионной пробы, для данной категории пациентов, являлись данные транскраниальной доплерографии.

Из числа оперированных пациентов ТКДГ в дооперационном периоде проведено 89 пациентам, что составило 71,4 %. При этом состоятельность коллатерального кровотока с обеих сторон наблюдалась у 30 пациентов (33,7 %), состоятельность с 1 стороны и несостоятельность с другой наблюдалась у 7 пациентов (7,7 %), состоятельность с одной и пограничный коллатеральный кровоток наблюдался у 13 пациентов (14,5 %), пограничный кровоток с 2 сторон наблюдался у 8 пациентов (8,8 %), несостоятельность с двух сторон у 2-х пациентов (2,2 %), состоятельный с одной стороны и отсутствие темпорального окна с другой наблюдалось у 6 пациентов (6,7 %), отсутствие темпоральных окон с двух сторон наблюдалось у 18 пациентов (20,2 %).

Во время операции ТКДГ проведено 64 пациентам (60,5 %), что позволило конкретно определиться с установкой интратранслюминального временного шунта.

Интратранслюминальный временный шунт установлен 46 пациентам (51,6 %), из них 34 пациентам проведена пластика устья ВСА в виде заплаты.

В периоперационном и в ближайшем послеоперационном периодах по нашим данным наблюдалось 1 осложнение, ишемический инсульт с парезом верхних конечностей. У данного пациента было бикаротидное критическое поражение сонных артерий со стенозом свыше 75 %, толерантность к ишемии головного мозга была низкой. В данном случае сложно интерпретировать осложнение как результат использования интратранслюминального временного шунта.

Таким образом, применение интратранслюминального временного шунта безусловно является гарантией успеха операции и профилактики осложнений при недостаточности коллатерального кровотока и в некотором роде расширяет показания к каротидной ЭАЭ.

Л.А. Попова, А.В. Тобохов, А.И. Васильев, А.К. Федосеева, В.Н. Николаев

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗОВ СОННЫХ АРТЕРИЙ

*ГУ Республиканская больница № 1 – НЦМ РС (Я) (Якутск)
Медицинский институт ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова»
Министерства образования и науки РФ (Якутск)*

К настоящему времени завершено несколько крупных исследований, в которых изучались показания и эффективность хирургического лечения ишемии головного мозга. Северо-американским исследованием установлено, что для пациентов с симптомными 70% стенозами ВСА риск возникновения инсульта в течение 2-х лет после операции составил 9 %, в то время как при медикаментозном лечении — 26 %. Европейское исследование определило, что при стенозах ВСА свыше 75 % вероятность нарушения мозгового кровотока (в течение 3 лет) при лекарственной профилактике составило 16,8 %, а при хирургическом лечении — 10,3 %. Но все эти исследования касались больных с односторонними стенозами ВСА. Специальных кооперативных исследований в отношении целесообразности хирургического лечения двусторонних окклюзионно-стенозных поражений сонной артерии не проводилось. До недавнего времени окклюзия контралатеральной ВСА считалась фактором риска, ухудшающим результаты операций, хотя имеются исследования, опровергающие это мнение. Двусторонние окклюзионно-стенозные поражения сонной артерии трудно оценивать из-за отсутствия согласованных критериев представления результатов.

Данная статья иллюстрирует опыт хирургического лечения больных с двусторонними поражениями сонных артерий с 2001 по 2005 г.

Пациенты разделены на 5 групп, по состоянию контралатеральной ВСА. Первая группа 23 пациента (29,4 %): с бикаротидными стенозами свыше 50 % с одной стороны и гемодинамически незначимым стенозом с другой (14 пациентов), со стенозами свыше 50 % с обеих сторон (9 пациентов), вторая группа

включала 45 пациентов (57,6 %): со стенозами свыше 70 % с одной стороны и с гемодинамически незначимым стенозом с контралатеральной стороны — 20, со стенозами свыше 70 % с одной стороны и с гемодинамически значимым стенозом с контралатеральной стороны 17 пациентов, с критическими стенозами с обеих сторон — 8 пациентов. Третья группа включала 10 пациентов (12 %): с окклюзией с одной стороны и гемодинамически значимым стенозом с контралатеральной стороны.

По степени хронической сосудисто-мозговой недостаточности пациенты распределены таким образом: в 1 группе пациентов с I степенью ХСМН — 3 пациента (13 %), со II степенью ХСМН — 13 пациентов (57,5 %), III степенью ХСМН — 1 пациент (4,3 %), с IV степенью ХСМН — 6 пациентов (26 %).

Во 2 группе: с I степенью ХСМН — 4 пациента (8,7 %), со II степенью ХСМН — 18 пациентов (39,1 %), с III степенью ХСМН — 8 пациентов (17,3 %), с IV степенью ХСМН — 15 пациентов (33,3 %).

В 3 группе: с I степенью ХСМН — 1 (11 %), со II степенью ХСМН — 2 (22,2 %) пациента, с IV степенью ХСМН — 5 пациентов (55,5 %).

Всем пациентам выполнены каротидные эндалтерэктомии. 78 пациентам проведено всего 103 операции: 6 пациентам проведены поэтапные операции на сонных артериях, распределение по группам: 2 пациента из 1 группы с III и IV степенью ХСМН. 4 пациента из 2 группы, 3 из них с I степенью ХСМН, 1 — с III степенью ХСМН, 1 — с IV степенью ХСМН. Двум пациентам из 2 группы проведены эверсионные эндалтерэктомии с резекцией ВСА.

Проведено 17 одномоментных операций, 2 операции поэтапно на брюшном отделе аорты и на артериях нижних конечностей: протезирование брюшного отдела аорты — 3, бифуркационные аорто-бедренные шунтирования — 8, линейное аорто-бедренное шунтирование — 1, профундопластика — 3, бедренно-подколенное шунтирование — 5, на подключичной артерии 1 операция.

Пациентам 3 группы и пациентам с критическими стенозами сонных артерий с обеих сторон с целью профилактики интраоперационных осложнений использованы временные внутрисосудистые шунты. Пациентам 3 группы, с окклюзией ВСА с одной стороны ВВШ использован в 70 % случаях, а при критических стенозах обеих ВСА использованы в 50 % случаях. Несомненно, что использование ВВШ с контралатеральным поражением ВСА, является одним из ключевых моментов в защите головного мозга.

В ближайшем послеоперационном периоде осложнения по типу острого нарушения мозгового кровотока развились у двух пациентов, что составило 2,5 %. У двух пациентов в раннем послеоперационном периоде наблюдались преходящие нарушения мозгового кровотока. В целом же результаты наблюдений по остальным пациентам позволяет утверждать, что при обеспечении интраоперационного контроля транскраниальной доплерографией, рациональном использовании ВВШ, можно получать лучшие результаты профилактики ишемических инсультов при бикаротидных поражениях.

В.А. Рагимов

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МЕЛЛОРИ-ВЕЙССА

Азербайджанский Медицинский Университет (Баку)

Целью исследований является улучшение результатов лечения больных с синдромом Меллори-Вейсса путем совершенствования методов локального эндоскопического гемостаза. В основу работы положены результаты обследования и лечения 19 больных с пищеводно-желудочными кровотечениями при синдроме Меллори-Вейсса, находившихся на стационарном лечении во 2-й ГКБ им. М. Эфендиева в период с 2003 по 2009 гг. В исследование были включены больные с достоверными клиническими и эндоскопическими признаками кровотечениями. Среди 19 больных было 14 (73,7 %) мужчин и 5 (26,3 %) женщин. Возраст больных колебался от 20 до 80 лет. Большинство больных поступило в стационар или отделение реанимации для выполнения ЭГДС в первые сутки от начала кровотечения — 13 (68,4 %) больных. У 4 (21,1 %) пациентов до госпитализации прошло от одних до трех суток, и, наконец, 2 (10,5 %) пациента прибыли в стационар спустя 72 часа от начала кровотечения. Рвота с кровью однократная наблюдалась у 11 (57,9 %) пациентов, многократная — у 8 (42,1 %), что указывало на клинику продолжающегося пищеводно-желудочного кровотечения. Большинство пациентов доставлено в стационар в состоянии средней тяжести — 9 (47,4 %). Лечебно-диагностическая фиброгастродуоденоскопия проводилась в шоковой палате отделения реанимации на функциональном столе после проведения или одновременно с комплексом консервативных мер, направленных на восполнение кровопотери, стабилизацию показателей гемодинамики и остановку кровотечения. При массивном продолжающемся кровотечении исследование выполнялось в операционной, одновременно с реанимационными и противошоковыми мероприятиями. Эндоскопические исследования и лечебные манипуляции выполнялись гастроинтестинальными эндоскопами фирмы «OLYMPUS» серии GIF-XQ30, «Fujinon» — FG-201 FP, «Lomo» Pentax