

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОККЛЮЗИОННО-СТЕНОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Никульников П.И.

Институт клинической и экспериментальной хирургии АМН Украины, г.Киев

Актуальность хирургического лечения окклюзионно-стенотических поражений сонных артерий обусловлена высокой частотой данной патологии в генезе хронической мозговой сосудистой недостаточности, неблагоприятным прогнозом заболевания, спорностью многих вопросов хирургической тактики и техники [1, 2, 3].

**Цель исследования:** изучить причины и частоту окклюзионных поражений сонных артерий и разработать рациональную тактику их хирургической коррекции.

**Материалы и методы.** Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 365 больных с хронической недостаточностью мозгового кровообращения, обусловленной патологией экстракраниальных артерий.

Наряду с общеклиническими методами в диагностике патологии брахиоцефальных артерий использовали ультразвуковую доплерографию, дуплексное сканирование, транскраниальную доплерографию, ангиографию.

**Результаты и их обсуждение.** Изолированное поражение сосудов только каротидного бассейна выявлено у 62,4 % больных, подключично-позвоночного - у 28,5 %, сочетанная патология

сосудов каротидного и вертебрального бассейнов - у 9,1 %.

Среди 228 больных с поражением сонных артерий излюбленной локализацией окклюзионно-стенотического процесса являлась бифуркация общей сонной артерии (ОСА) - 163 пациента. Основной причиной заболевания являлся атеросклероз. Окклюзия ОСА от устья до бифуркации выявлена у 36 больных. Среди причин преобладал аортоартериит. Извитость ОСА и аневризма имели место у 29 больных.

Показаниями к хирургическому лечению явились окклюзии ОСА, стенозы внутренней сонной артерии (ВСА), как правило 70 % и более, с гемодинамически значимым снижением мозгового кровообращения, а также гетерогенные бляшки с преобладанием анэхогенного компонента, которые могут стать источником эмболизации мозговых сосудов.

Выбор адекватного имеющейся патологии метода реконструктивной операции зависел от характера патологического процесса, его локализации, состояния компенсаторных возможностей коллатерального кровообращения.

В структуре оперативных вмешательств наибольшее количество составили операции на

бифуркації ОСА - 145. Тактика виконання каротидної ендартеректомії (КЕ) залежала від розповсющеності атеросклеротическої бляшки із бифуркації ОСА в просвіт ВСА, діаметра останньої.

При локалізації атеросклеротическої бляшки в області бифуркації ОСА без розповсюдження в просвіт ВСА артеріотомне отвір закриваємо без наложіння розширюючої заплати - 81 операція. В випадках розповсюдження атеросклеротическої бляшки в просвіт ВСА, особливо якщо діаметр останньої менше 6 мм і після виконання КЕ виникає необхідність дистального фіксування інтими, артеріотомне отвір закриваємо з допомогою заплати із аутовени - 39 операцій.

Щоб уникнути недоліків традиційної КЕ, пов'язаних, як з ушиванням артеріотомічного отвіру, так і з використанням розширюючої заплати, у 18 хворих застосовано еверсійний спосіб КЕ. Використання даної методики по нашому мненню можливо лише при достатньому діаметрі ВСА (не менше 5-6 мм), наявності гомогенної по структурі бляшки, розповсюджуваної в просвіт ВСА не далі 1,5-2 см.

Комбінація стенозу і кінкінга ВСА, яка виявлена у 7 хворих, потребує одночасної гемодинамічно адекватної корекції, що включається в КЕ і усунування звивистості ВСА або шляхом низведення і реімплантації її в ОСА, або шляхом резекції петлі з анастомозом кінця в кінець.

Вибір способу реконструктивної операції при оклюзії ОСА в наших спостереженнях залежав від сторони ураження. При локалізації процесу справа вважаємо зацелесобразним відновлення кровотоку шляхом протезування ОСА, або ендартеректомії із її просвіта. При оклюзії ОСА зліва операцією вибору вважаємо підключично-сонне аутовенозне шунтування - 27.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Белов Ю.В. Опыт хирургической реваскуляризации головного мозга. - *Анналы НИЦХ РАМН*. 4994, выпуск 3, с.56-59.
2. Callow A.D. Carotid endarterectomy: Indications and techniques. - *Modern Vascular Surgery*. - 1992. Vol.5.-p.43-51.
3. Imparato A.M. History of carotid Surgery. Present status and future. - 1992. Vol.5.-p.26-42.
4. Satiani B., Das B.M., Vasko J.S. Reconstruction of the External Carotid Artery - *Surg.Gynecol.Obstetr.*-1987.-Vol.164.N2.p.105-110.
5. Floriani M., Giulini S.M., Bonarde I. Et al. Surgical treatment of lesions obstructing the external carotid artery. - *J.cardiovasc.Surg.*-1989,-Vol. 30, N 3.-p.414-418.
6. Русин В.І., Смоланка В.І., Русин А.В. і співавт. Оперативно лікування хворих з повною оклюзією внутрішньої сонної артерії. - *Нові технології в хірургії*, матеріали міжнародної наукової конференції, Ужгород, 1997, с.98-99.

## РЕЗЮМЕ

### Хірургічне лікування оклюзивно-стенотичних уражень сонних артерій

**Нікульніков П.І.**

Наявність хроніческої оклюзії ВСА не являється протипоказанням до операції, оскільки відновлення кровотоку по зовнішній сонній артерії може забезпечити до 30 % кровотоку іпсилатерального півшаря мозку [4, 5, 6]. Реваскуляризація мозку через систему зовнішньої сонної артерії здійснювана у 12 хворих. При розповсюдженні атеросклеротического процесу на уст'є і ствол НСА для адекватної реваскуляризації її необхідно ендартеректомія із її просвіта з пластикою. З цією метою використовували стінку внутрішньої сонної артерії.

При двосторонньому ураженні сонних артерій целесобразним вважаємо поетапне хірургічне лікування, оскільки при одночасній реваскуляризації висок ризик виникнення реперфузійних розладів. Послідовність реваскуляризації залежить від ступеня ураження судини і стану колатерального кровообігу. При двосторонньому ураженні ВСА (32 хворих) в першу чергу відновлювали кровообіг по тій артерії, в басейні якої переважають гемодинамічні порушення і пережаття якої краще переноситься хворим. При оклюзії ОСА і стенозі контралатеральної ВСА першим етапом відновлювали кровообіг по окклюдированній ОСА.

Результати хірургічного лікування оцінювали на основі збереженості кровотоку по реконструированим артеріям, регресу неврологіческої симптоматики, летальності. В інтраопераційному періоді неврологіческі ускладнення виникли у 3 (1,6 %) хворих з одним летальним ісходом. Відновлення (припинення ТІА, регрес неврологіческої симптоматики) відзначено у 63,5 % хворих, поліпшення (зниження частоти ТІА, зменшення вираженості симптомів дисциркуляторної енцефалопатії) у 24,3 %.

Проаналізовано результати обстеження та лікування 365 хворих з хронічною недостатністю мозкового кровообігу, обумовленою патологією екстракраніальних артерій. Результати хірургічного лікування оцінювали на основі збереженості кровотоку по реконструйованих артеріях, регресу неврологічної діяльності, летальності.

## SUMMARY

### **Surgical treatment of occlusive-stenotic affections of carotid arteries**

***P.I.Nikulnikov***

The results of the examination and treatment of 365 patients with chronic insufficiency of cerebral blood circulation conditioned by the pathology of extracranial arteries have been analysed. The results of surgical treatment were evaluated on the basis of preservation of blood flow in reconstructed arteries, regression of a neurological symptoms, letal outcomes.