

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА СОННЫХ АРТЕРИЯХ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ.

Шилов Р.В.¹, Можаровский К.В.¹, Гапизов М.С.¹, Рубаненко Ю.К.¹, Ахметов
В.В.¹, Дуданов И.П.²

¹ГБУЗ «Городская клиническая больница им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ»,
Москва; ²ГБУЗ «Городская Мариинская больница», Санкт-Петербург

Цель работы: оценить результаты хирургического лечения патологических извитостей внутренних сонных артерий (ВСА) в зависимости от техники формирования анастомоза.

Проведён анализ результатов открытых хирургических операций при патологических деформациях ВСА, проведённых в отделении сосудистой хирургии ГКБ им. А.К. Ерамишанцева за 2019-2020 гг. в раннем послеоперационном периоде. Всего было выполнено 975 реконструктивных вмешательств на сонных артериях. Из них произведено 152 редрессации ВСА по поводу ее патоизвитости у 115 пациентов. Из них женщин 78 (67,9%), мужчин – 37 (32,1%). Средний возраст пациентов составил $58 \pm 10,5$ лет. Виды патологических деформаций: С- и S-образные 57 (37,5%); перегиб под острым углом 42 (27,6%); спирале- и петлеобразные 37 (24,3%); двойные перегибы (Z-образные) 9 (5,9%); сочетание различных видов извитостей 7 (4,6%).

Показанием к оперативному лечению являлось наличие гемодинамически значимой патологической извитости внутренних сонных артерий (увеличение максимальной систолической скорости кровотока в зоне деформации более 200 см/с либо в 2 и более раза выше чем в интактном, проксимальном участке) при наличии клинических проявлений сосудисто-мозговой недостаточности либо отрицательная динамика явлений сосудисто-мозговой недостаточности.

Во всех случаях выполнялась редрессация внутренней сонной артерии с 3 видами формирования анастомозов в зависимости от уровня переноса устья ВСА. В первую группу включены пациенты, где необходимо формировать новое устье проксимальнее старого на половину диаметра нативного устья (68 случаев). В большинстве случаев, эта группа была представлена С- и S-образными извитостями с острыми углами и формированием септальных стенозов. Во второй группе - с необходимостью формирования нового устья проксимальнее на один-полтора диаметра нативного устья (46 пациента): Z-образные извитости с длиной “колена” до 6 мм, петлеобразные деформации ВСА малого диаметра. В 3 группу включены 38 пациентов с необходимостью переноса устья ВСА на 2 и более диаметра старого устья при пролонгированных S- и Z-образных деформациях, петлях ВСА большого диаметра или сочетаниях деформаций.

При динамическом дуплексном контроле в раннем послеоперационном периоде турбулентных потоков, стенозов и деформаций в области нового устья не отмечено во всех группах пациентов. При патологической извитости ВСА мы придерживаемся методики редрессации ВСА за счет формирования нового устья ВСА: уровень редрессации зависит от степени избытка ВСА. Во время создания нового устья ВСА необходимо максимально сохранять вид исходной анатомии луковицы ВСА и бифуркации ОСА. Артериотомическое отверстие должно повторять нативное в сечении устье ВСА - эллипс без заостренных углов.