

ОБМЕН ОПЫТОМ

**Л.А. Попова, А.И. Васильев, А.К. Федосеева,
Н.П. Степанов, Д.Н. Семенов**

МЕТОД ВРЕМЕННОГО ВНУТРИПРОСВЕТНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА СОННЫХ АРТЕРИЯХ

В последнее время достаточно много работ посвящено контролю мозговой гемодинамики и защите головного мозга во время операций на сонных артериях. Не оспаривается никем, что обязательным в хирургии каротид является системная гепаринизация, управляемая гипертензия и общая анестезия. Но до сих пор спорным остается вопрос – использовать внутрипросветный временный шунт (ВПШ) в течение операции или нет?

Решение об использовании ВПШ должно применяться как на основании дооперационной диагностической и клинической информации о состоянии мозгового кровотока, протяженности стеноза, наличии тандемного стеноза или контралатеральной окклюзии, так и на основании интраоперационных критериев: характер ретроградного кровотока, изменение параметров мозговой гемодинамики при транскраниальной допплерографии (ТКДГ).

ПОПОВА Людмила Афанасьевна – врач-хирург высшей квалиф. категории ОСХ РБ №1-НЦМ; **ВАСИЛЬЕВ Альберт Иванович** – зам. директора КЦ РБ №1-НЦМ; **ФЕДОСЕЕВА Александра Корниловна** – зав. ОСХ РБ №1-НЦМ; **СТЕПАНОВ Нюргун Петрович** – к.м.н., гл. хирург МЗ РС(Я); **СЕМЕНОВ Дмитрий Николаевич** - врач-хирург первой квалиф. категории ОСХ РБ №1-НЦМ.

Критическими параметрами, определяющими недостаточность естественного коллатерального кровотока в средней мозговой артерии (СМА) и требующими применения ВПШ, являются: снижение линейной скорости кровотока в СМА во время пробы до 20 см/с. В то же время применение ВПШ имеет ряд негативных моментов: вероятность тромбоэмбологических осложнений, трудности основного этапа каротидной эндартерэктомии (ЭАЭ) при «высоких» бифуркациях и протяженных стенозах.

В 2001-2005 гг. в отделении сосудистой хирургии РБ №1-НЦМ у 113 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 ТКДГ.

Из числа оперированных пациентов ТКДГ в дооперационный период проведено 89 пациентам, что составило 71,4%. При этом состоятельность коллатерального кровотока с обеих сторон наблюдалась у 30 пациентов (33,7%), состоятельность с одной стороны и не-

состоятельность с другой – у 7 (7,7%), состоятельность с одной и пограничный коллатеральный кровоток – у 13 (14,5%), пограничный кровоток с 2 сторон – у 8 (8,8%), несостоятельность с 2 сторон – у 2 (2,2%), состоятельность с одной стороны и отсутствие темпорального окна с другой – у 6 (6,7%), отсутствие темпоральных окон с 2 сторон – у 18 пациентов (20,2%).

Во время операции ТКДГ проведена 64 пациентам (60,5%), что позволило конкретно определиться с установкой ВПШ. Он был установлен 46 пациентам (51,6%), из них 34 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 выше 75%, толерантность к ишемии головного мозга была низкой. В данном случае сложно интерпретировать осложнение как результат использования ВПШ.

Таким образом, применение ВПШ 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.И. Васильев, А.К. Федосеева ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗОВ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Сосудистые заболевания головного мозга (СЗГМ) – одна из ведущих причин смертности и инвалидизации в Российской Федерации. Ежегодно в мире инсульт происходит у 5,4 млн. чел., умирают 162672 чел. В России летальность при инсультах составляет 21,4%. Республика Саха (Якутия)

ПОПОВА Людмила Афанасьевна – врач-хирург высшей квалиф. категории ОСХ РБ №1-НЦМ; **ВАСИЛЬЕВ Альберт Иванович** – зам. директора КЦ РБ №1-НЦМ; **ФЕДОСЕЕВА Александра Корниловна** – зав. ОСХ РБ №1-НЦМ.

является одним из неблагоприятных регионов, в котором наблюдается четкая тенденция роста смертности от инсульта. Отмечен существенный рост удельного веса нарушений мозгового кровообращения в общей структуре летальных исходов: 6,1% в 1980-82 гг. и 11,1% в 1999-2001 гг. (Аргунов В.А., 2003). В структуре инсультов преобладают ишемические инсульты, их доля составляет до 80% (Гусев Е.И., 1997). Причиной почти 90% ишемических повреждений головного мозга является атеросклероз (Виленский Б.С., 1995). В 67% случаев атеросклеро-

тические поражения локализуются в зоне бифуркации сонной артерии (Токаревич К.К.). В настоящее время основным наиболее надежным методом хирургической профилактики ишемического инсульта является каротидная эндартерэктомия (ЭАЭ), получившая широкое клиническое применение. В отделении сосудистой хирургии РБ №1-НЦМ с 2001 по 2005 г. оперированы по поводу стенозов сонных артерий 113 больных. Соотношение женщин и мужчин составило 15:98 (1:6,5). В возрасте до 40 лет – 1 больной, от 41 до 50 – 17 (10,5%), с 51 до 60 – 39 (34,4%), свы-

ше 60 лет – 43 больных (58%). Распределение оперированных больных по стадиям ишемии головного мозга по классификации А.В.Покровского от 1977 г.: 1-я стадия, асимптомная, – оперированы 13 больных (11,5%). 2-я стадия, с транзиторными ишемическими атаками, – 55 (40,8%), 3-я стадия, с дисциркуляторной энцефалопатией, – 11 (9,7%), 4-я б стадия, с состоявшимися инсультами с умеренным неврологическим дефицитом, – 34 больных (30%).

Большинство больных, оперированных со стенозами сонных артерий, имели ряд сопутствующих патологий.

1) ИБС наблюдалась у 76 пациентов, что составило 60,7%;

2) постинфарктный атеросклероз у 13 – 10,1%;

3) артериальная гипертония 2-й-3-й ст. у 75 больных – 60,7%;

4) с хроническими облитерирующими заболеваниями нижних конечностей 2-я а стадии оперированы 9 больных (7%). 2-я б стадия ишемии нижних конечностей наблюдалась у 32 больных (20,9%);

5) аневризма брюшного отдела аорты – у 3;

6) сахарный диабет – у 6;

7) язвенная болезнь желудка – у 9 больных.

113 больным проведено одномоментно 132 операции, поэтапно – 11. Классическая каротидная ЭАЗ проведена в 109 случаях, из них с пластикой устья внутренней сонной артерии – 31 операция. С применением аутовены в качестве заплаты – 25 операций, из них искусственная заплата использована в 6 случаях.

Эверсионная ЭАЗ с резекцией внутренней сонной артерии проведена в 9 случаях.

По локализации поражений сонных артерий оперированные больные распределены следующим образом: изолированный стеноз одной внутренней сонной артерии наблюдался в 24 случаях (20,1%); поражение одной внутренней сонной артерии со стенозом позвоночной артерии – в 8 случаях (7%), со стенозами менее 50 % оперированы 3 больных с гетерогенной

бляшкой. Бикаротидный средний стеноз наблюдался в 23 случаях (20%), бикаротидный критический стеноз – в 22 (29,4%), критический стеноз с поражением позвоночных артерий – у 18 больных (15%). Окклюзия внутренней сонной артерии с одной стороны с поражением контрлатеральной стороны сонной артерии наблюдалась в 9 случаях (8%).

Поэтапные операции на сонных артериях проведены 6 больным, одномоментные операции на других бассейнах артериального русла – 19 больным. Поэтапно проведено 5 операций.

Раннее послеоперационное осложнение развилось у 1 пациента – острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне СМА слева. С гемодинамически значимым рестенозом ВСА оперирована 1 пациентка.

Таким образом, в результате проведенного комплексного хирургического лечения в 111 случаях получено клиническое улучшение и профилактика ишемического инсульта.

Н.А. Скрябин, Т.Д. Павлова, А.В. Алексеева, А.Н. Ноговицына, А.Л. Сухомясова

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ГЕНЕТИЧЕСКИЙ РЕГИСТР МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ РБ№1-НАЦИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ: СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТАХ С СИНДРОМАМИ, СВЯЗАННЫМИ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЛОВЫХ ХРОМОСОМ

Введение

Становление пола – процесс развития многих признаков и свойств, отличающих мужские особи от женских и подготавливающих их к размножению. Формирование полового тракта в эмбриогенезе определяется взаимодействием трех групп факторов: генетического механизма, внутренних эпигенетических факторов (ферментные

системы, гормоны) и внешних эпигенетических факторов, отражающих влияние внешней среды.

Генетический пол будущего ребенка предопределяется в момент слияния яйцеклетки и сперматозоида и обусловлен набором половых хромосом, образующихся в зиготе при соединении материнской и отцовской гамет (XX – женский, XY – мужской), и набором особых генов, определяющих прежде всего тип гонад, уровень активности ферментных систем, реактивность тканей к половым гормонам, синтез половых гормонов [3].

Различные хромосомные aberrации, генные мутации, способствуя нарушению гормонального баланса или изменению рецепции гормонов в эмбриональном периоде, могут быть

причинами врожденных аномалий полового развития [1].

Тип нарушения половой дифференцировки зависит от причины и времени ее возникновения в период внутриутробного развития. На более ранних этапах эмбриогенеза (6-10 недель) возникает агенезия гонад, развивается организм с полным отсутствием половых желез, без функциональных элементов. Наиболее часто агенезия гонад становится следствием патологии половых хромосом (структурной или численной). Иногда причиной агенезии гонад бывают другие повреждающие факторы (интоксикация, инфекции, радиация), препятствующие дифференцировке гонад. В таких случаях находят нормальный для женщин (46XX) или мужчин (46XY) набор половых

СКРЯБИН Николай Алексеевич – м.н.с. ОМГ ЯНЦ СО РАМН; **ПАВЛОВА Туяара Дорофеевна** – врач-цитогенетик МГК РБ №1-НЦМ; **АЛЕКСЕЕВА Анися Васильевна** – врач-цитогенетик МГК РБ №1-НЦМ; **НОГОВИЦЫНА Анна Николаевна** – к.м.н., врач-генетик высшей квалиф. категории МГК РБ №1-НЦМ; **СУХОМЯСОВА Айтилина Лукична** – к.м.н., зав. МГК РБ №1-НЦМ.