

*Е.Т. Махамбетов, Ф.Х. Смагулов, М.С. Бердиходжаев, А.С. Шпеков, А.Т. Касымханова<sup>1</sup>, Ш. Маймон<sup>2</sup>*

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАРОТИДНЫХ-КАВЕРНОЗНЫХ СОУСТИЙ**

*Республиканский научный центр нейрохирургии, Астана<sup>1</sup>,  
Госпиталь Ихиллов-Соураски, Тель-Авив<sup>2</sup>*

Каротидно-кавернозное соустье (ККС) образуется в результате повреждения внутренней сонной артерии в том месте, где артерия проходит в пещеристом синусе. Причиной повреждения артерии чаще всего является травма. Значительно реже такое соустье возникает самопроизвольно вследствие инфекционного процесса, атеросклероза, аномалий сосудов. В результате заброса артериальной крови резко повышается давление в кавернозном синусе (от 14–16 до 80–100 мм рт. ст.). Происходит сдавление черепных нервов, проходящих в его растянутой стенке, резко расширяется верхняя глазничная вена. Это приводит к нарушению оттока крови и застою в головном мозге, к ретроградному току артериальной крови по дренирующей в синус венозной системе, а в конечном итоге – к церебральной гипоксии, снижению зрения, атрофическим процессам в мозгу и орбите. Клиническая картина каротидно-кавернозного соустья включает: первичные симптомы, непосредственно связанные с образованием патологического перетока крови, и вторичные симптомы, вызванные длительно существующими застойными явлениями.

**Материалы и методы исследования:** С 2008 по 2010 г в АО «РНЦНХ» госпитализировано 19 пациентов (11 мужчин, 8 женщин). Основными методами исследования на догоспитальном этапе являлись КТ, МРТ, МРА. В отделении сосудистой и функциональной нейрохирургии дополнительно производилась селективная церебральная ангиография.

Возраст пациентов от 14 до 63 лет.

15 пациентов (75%) имели посттравматическое соустье, 4 пациента (25%) спонтанное ККС.

Выполнено 18 операций (7 мужчин, 8 женщин).

17 – рентгенэндоваскулярное закрытие фистулы. При проведении эндоваскулярных операций использовались трансартериальный, трансвенозный доступы. Трансартериальным доступом проведено – 15 операций. Трансвенозным – 1. Комбинированно – 1.

Реконструктивных операций – 10 (62.5%). Деконструктивных – 7 (37.5%).

Эмболизация микроспиральями – 3

Эмболизация микроспиральями с баллонной ассистенцией – 7.

Эмболизация микроспиральями и эмболизирующим агентом Опух – 3.

Эмболизация отделяемыми баллонами – 1.

Стентирование кавернозного сегмента ВСА – 1.

Одному пациенту произведена двухэтапная эмболизация ККС с использованием микроспиралей, отделяемых баллонов и эмболизирующего агента Опух.

В 1 случае проведено открытое лигирование внутренней сонной артерии слева.

Летальных случаев не было. В послеоперационном периоде отмечен в разной степени регресс экзофтальма, хемоза и глазодвигательных нарушений.

**Вывод:** Методом выбора при лечении ККС является эндоваскулярное разобщение фистулы. Использование современных материалов и их комбинаций для эндоваскулярных операций позволяет существенно увеличить эффективность вмешательств при ККС.