

*Ф.Д. ЕВЧЕВ, М.А. ВАРЕШКИНА*

## **РЕДКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СОСУДИСТОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ЗОНЫ БИФУРКАЦИИ СОННОЙ АРТЕРИИ И ВНУТРЕННЕЙ ЯРЕМНОЙ ВЕНЫ СЛЕВА**

*Одес. нац. мед. ун-т (ректор – акад. В. Н. Запорожан)*

Удельный вес сосудистой патологии составляет от 7 до 20% от всех новообразований у человека. В области головы локализуется от 60 до 80% из них [2]. Сосудистые новообразования на шее у взрослых составляют около 10% от опухолей шеи и 25% опухолей из производных мезенхимы [1]. Суммарная частота ангиоматозных пороков развития в год составляет 19 случаев на 100000 населения. Эти заболевания присутствуют с рождения, но проявляются в разные возрастные периоды (от 10 до 60 лет) [3].

Мальформация (Malformation): *malus* – плохой и *formation* – образование, формирование. Сосудистая мальформация – неправильное соединение артерий, вен или обоих сосудов. Существует пять видов сосудистых мальформаций. Их следует классифицировать по типу кровоснабжения (венами, артериями или лимфатическими сосудами). Различаются капиллярные, венозные, артериовенозные мальформации, лимфатические и комбинированные мальформации. Из них чаще встречается патология, когда артерия напрямую переходит в вену и образуется артериовенозная мальформация (АВМ). Функционально АВМ представляет собой прямое артериовенозное шунтирование без промежуточных капилляров. При этом вены расширяются, так как принимают дополнительный объем крови.

Мальформации могут быть поверхностными или глубокими. К первым относятся сосудистые дисплазии с локализацией в кожных покровах и мягких тканях лица, верхних и нижних конечностей, а к глубоким локализациям – АВМ сосудистой системы головного мозга [4].

Наиболее существенным различием между сосудистой мальформацией и сосудистыми опухолями является естественный ход их развития. Так, например, гемангиома растет быстро, а затем начинает постепенно уменьшаться, а сосудистая мальформация растет вместе с человеком в течение всей жизни и не уменьшается.

Клиническая симптоматика сосудистых новообразований обусловлена особенностью морфологического строения, локализацией и бывает различной по течению. При геморрагическом типе течения первым проявлением АВМ сосудистой системы головного мозга является внутримозговое кровоизлияние.

По данным литературы, в практике отоларинголога АВМ не описана. Учитывая, что в области шеи (в IV клетчаточном пространстве) АВМ проявляется объективной неврологической симптоматикой в виде ОНМК по ишемическому типу, то такие больные обследуются и получают лечение в неврологических стационарах.

Приводим наблюдение за пациентом, находящимся в неврологическом отделении, который был нами консультирован и дообследован.

Больной П., (38 лет), в ургентном порядке поступил в отделение неврологии с жалобами на выраженной интенсивности несистемное головокружение, умеренную тошноту, общую слабость. До поступления была дважды рвота съеденной пищей. Пациент отрицает какие-либо негативные эмоциональные воздействия, чрезмерную физическую нагрузку, изменения режима питания. В анамнезе отмечаются частые носовые кровотечения. Со слов больного,

заболеваниями сердечно-сосудистой системы он не болел. АКД при поступлении – 190/100 мм рт.ст.

При поступлении объективно выявлен горизонтальный среднеразмашистый нистагм влево, мелкоразмашистый – вверх, вниз, кнутри с ротаторным компонентом. Легкая асимметрия носогубных складок, девиации язык нет. Умеренная анизорефлексия D>S, больше выражена в верхних конечностях. Координаторные пробы пациент выполняет с умеренным промахиванием справа, чувствительность не изменена. На вторые сутки у него открылось носовое кровотечение. 7.02.11 больной консультирован отоларингологом.

**ЛОР-статус.** Нос: в левом носовом ходе – сгустки крови, слизистая оболочка носовой перегородки с обеих сторон субатрофична, эрозирована; в зоне Киссельбаха определяется сеть извитых мелких сосудов на фоне эрозированной поверхности; носовая перегородка S-образно искривлена; носовое дыхание умеренно затруднено.

Глотка: акт глотания не нарушен, зев симметричен, язык подвижен, моторика гортани сохранена. Признаков опухолевого поражения ротовой и гортанной части глотки нет. Наружные контуры шеи не деформированы, пальпаторно шейные л/узлы и объемные образования не определяются, пульсация сонных артерий – симметричная с двух сторон. Отоларингологом назначено дообследование (ангиографическое исследование).

Больному при поступлении на основании данных неврологического статуса выставлен диагноз: острое нарушение мозгового кровообращения, артериальная гипертензия III степени.

У пациента urgently проведена МРТ головного мозга. Получена МРТ картина лакунарного ишемического инфаркта в бассейне левой средней мозговой артерии, а также очаговые изменения головного мозга.

Учитывая данные МРТ, больному назначено ангиографическое исследование. При ангиографии каротидных и вертебральных артерий использовался ультравист 300 общим количеством 200 мл. Патологической деформации (извитости) магистральных сосудов шеи не выявлено. Обна-

ружено, что от левой подключичной артерии отходит патологически извитой на всем своем протяжении сосуд, параллельно левой позвоночной артерии и заканчивается на уровне С2-С3 большим сосудистым скоплением с венозным «сбросом» во внутреннюю яремную вену слева (диагностическая находка, рис. 1, 2, 3). С целью уточнения выявленной патологии было дополнительно выполнено МРТ-исследование данной области для исключения новообразования шеи. Исследование мягких тканей шеи проводилось с внутривенным контрастным усилением (магневист – 20 мл). При этом визуализировано образование веретенообразной формы, нижний полюс которого расположен в области бифуркации левой сонной артерии, выше на протяжении 25 мм и интимно прилежит к задней стенке левой внутренней сонной артерии, верхний его полюс размещен на уровне основания черепа. Образование имеет однородную структуру, четкие контуры, однородно интенсивно накапливает контраст. В его структуре определяется собственная сосудистая сеть (рис. 4, 5, 6).

На основании комплексной интраскопической диагностики установлен диагноз: ОНМК по ишемическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии: сосудистая мальформация (артерио-венозная мальформация) в области бифуркации сонной артерии и внутренней яремной вены слева.

Таким образом, комплексная диагностика позволила оценить ангиоархитектонику сосудистого образования, (в том числе их питающие и дренирующие сосуды), а также определить взаимоотношение опухоли с краниоцервикальными структурами. Полученная в ходе исследования информация показала необходимость выполнения хирургического вмешательства с целью восстановления кровоснабжения головного мозга и органов шеи, которое заключается в удалении сосудистого образования бифуркационной зоны с лигированием дополнительного сосуда, идущего от подключичной артерии слева. Больной консультирован сосудистым хирургом, который также рекомендовал хирургическое вмешательство, от которого пациент отказался.

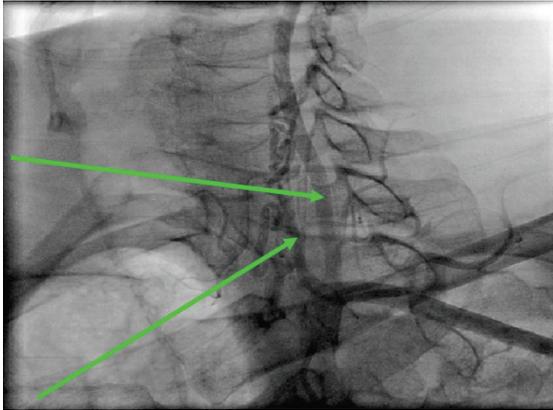


Рис. 1. Рентгеновская ангиография, боковая проекция. От левой подключичной артерии, параллельно левой позвоночной артерии, отходит сосуд, патологически извитой на всем своем протяжении

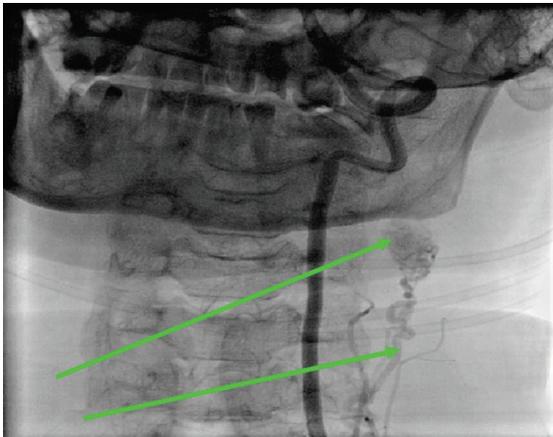


Рис. 2. Рентгеновская ангиография, передняя проекция. Патологически извитой сосуд от левой а. subclavia заканчивается на уровне C<sub>2</sub>-C<sub>3</sub> большим сосудистым скоплением.

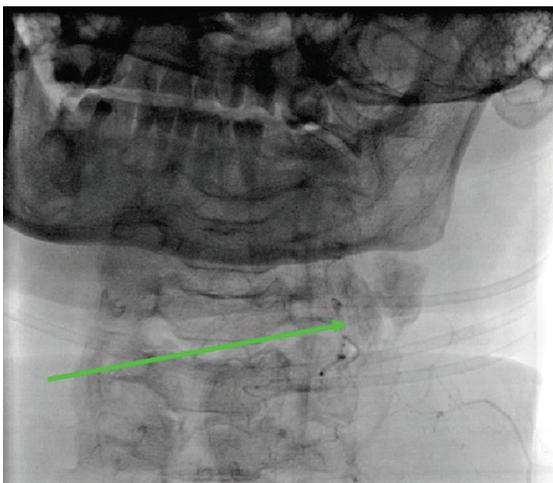


Рис. 3. Рентгеновская ангиография, передняя проекция. Патологически извитой сосуд от левой а. subclavia заканчивается на уровне C<sub>2</sub>-C<sub>3</sub> большим сосудистым скоплением с венозным «сбросом» во внутреннюю яремную вену слева.

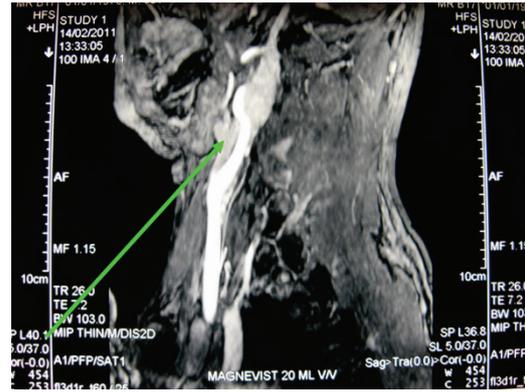


Рис. 4. МРТ-органов шеи. Режим МР-ангиографии, сагиттальная проекция. Сосудистое образование веретенообразной формы, нижний полюс которого расположен в области бифуркации левой сонной артерии, выше на протяжении 25 мм, интимно прилежит к задней стенке левой внутренней сонной артерии, верхний полюс образования расположен на уровне основания черепа

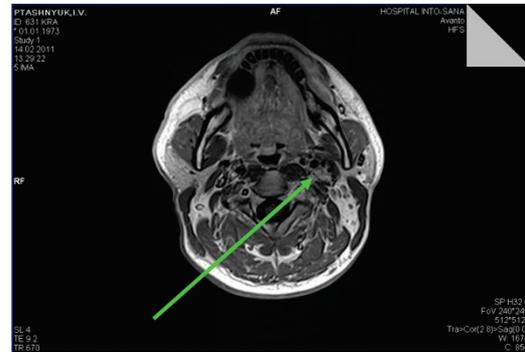


Рис. 5. МРТ-органов шеи, коронарная проекция. Сосудистое образование в области бифуркации левой сонной артерии с четкими контурами однородно интенсивно накапливает контраст. В структуре опухоли определяется собственная сосудистая сеть. Внутренняя яремная вена расположена по передней поверхности сосудистого образования.

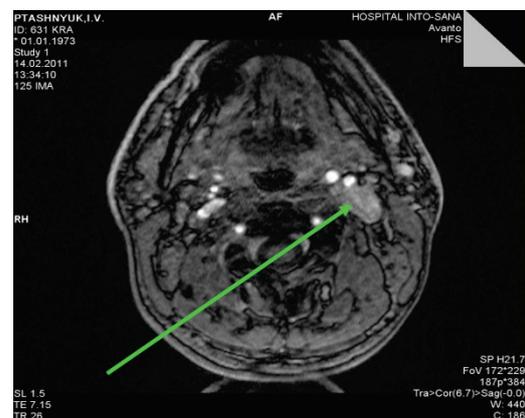


Рис. 6. МРТ-органов шеи. Режим МР-ангиографии, коронарная проекция. Сосудистое образование в области бифуркации левой сонной артерии, наружная и внутренняя сонные артерии расположены по передне-медиальной его поверхности.

Больному назначен курс гипотензивной, сосудистой терапии с использованием антиагрегантов. На фоне проводимого лечения достигнута положительная динамика, неврологический дефицит у пациента устранен. Особенность представленного случая

заключается в том, что АВМ на шее впервые манифестировала себя острой неврологической симптоматикой в виде ишемического инсульта. В настоящее время больной находится под динамическим наблюдением отоларинголога, невропатолога и кардиолога.

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи М.: Медицина, 1983. – 106 с.
2. Плужников М.С., Пашкова С.В., Рыжков В.К. Ангиография и эмболизация ветвей наружной сонной артерии в диагностике и лечении крупных сосудистых новообразований головы и шеи // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2007 – №3. – С. 2-13.
3. Томас В. Садлер. Медична ембріологія за Лангманом. – Львів: Наутілус, 2001. – С. 168-216.
4. Цимбалюк В.І., Лісчак Р., Сімейко О.А., Костюк М.Р., Костюк К.Р., Орлов М.Ю., Мороз В.В. Радіохірургічне лікування артеріовенозних мальформацій головного мозку на установі гамма-ніж // Укр. мед. часопис. – 2011. – №6. – С. 112-117.

Поступила в редакцію 05.03.12.

© Ф.Д. Евчев, М.А. Варешкина, 2012