

Каротидно-кавернозные соустья

Памятка для пациента

Каротидно-кавернозные соустья (ККС) представляют собой патологическое прямое сообщение просвета внутренней сонной артерии с кавернозным синусом через фистулу.

Наиболее частой причиной развития ККС является черепно-мозговая травма, приводящая к разрыву стенки кавернозного сегмента внутренней сонной артерии. Значительно реже такие соустья формируются вследствие распада атеросклеротической бляшки или некротического повреждения инфекционного генеза (спонтанные ККС).

Клиническая симптоматика представлена симптомами нарушения венозного оттока из глазницы: экзофтальм (выпячивание глазного яблока), инъекция эписклеральных и конъюнктивальных сосудов глазного яблока, отеки век, хемоз (отек конъюнктивальной складки в виде "мешочка"), повышение внутриглазного давления, зрительные нарушения. При осмотре можно обнаружить пульсацию глазного яблока (прежнее название ККС – "пульсирующий экзофтальм"). Нарушение венозного оттока из глазницы может наблюдаться как на стороне соустья, так и на противоположной стороне. В ряде случаев при одностороннем соустье развиваются двухсторонние симптомы.

Над глазным яблоком выслушивается синхронный с пульсом сосудистый шум, который исчезает или уменьшается при сдавлении поврежденной сонной артерии на шее. Расстройства зрительных функций при травматических ККС отмечены более чем в 50% наблюдений. Примерно 5% ККС сочетаются с травматическими ложными аневризмами сонной артерии, сопровождающимися опасными для жизни профузными носовыми кровотечениями.

Диагноз относительно легко может быть поставлен при осмотре и аускультации глазных яблок. Подтверждение с помощью МРТ, МР-ангиографии. Ангиографическое исследование обычно совмещается с эндоваскулярным вмешательством.

В условиях быстро нарастающих симптомов затрудненного венозного оттока из орбит с угрозой утраты зрения, при выраженном болевом синдроме и сочетании ККС с ложной аневризмой хирургическое лечение должно быть произведено в минимально короткий промежуток времени.

Помните! Чем раньше произведена операция при ККС, тем меньше вероятность развития зрительных и глазодвигательных нарушений.

Лечение эндоваскулярное. Используется методика трансартериальной баллонной окклюзии фистулы со стороны кавернозного синуса. Также возможна трансвенозная окклюзия синуса микроспиралями или использование стентов. В подавляющем большинстве случаев удается сохранить просвет сонной артерии. В затруднительных случаях производится окклюзия сонной артерии на уровне фистулы при хорошем развитии коллатерального кровообращения мозга.

Подготовка пациента к операции аналогична подготовке к ангиографическому исследованию.

После операции больной обычно выписывается из стационара на 2-3 сутки.

После выписки необходимо наблюдение офтальмолога по месту жительства до исчезновения офтальмологических симптомов.

В случае стойких глазодвигательных нарушений и отсутствии эффективности медикаментозной терапии вопрос о проведении офтальмологической операции корригирующей положение глазного яблока решается в сроки не менее 6 мес. после эндоваскулярной операции.