



Рис. 5.3а,б,в. Нарушения прямолинейного хода сосудов:

- а - петлеобразная извитость внутренней сонной артерии;*
- б - S-образная извитость внутренней сонной артерии;*
- в - извитость хода позвоночной артерии.*

ной дуги и дорсальной аорты. Другим фактором, способствующим деформации сонной артерии, может быть более выраженный рост дуги аорты по сравнению с ростом шеи [4,7].

У детей нередко встречается извитость хода позвоночных артерий в V_1 - V_2 сегментах (рис. 5.3в). Угловые и S-образные изгибы позвоночных артерий чаще отмечаются в сегменте V_2 . Нередки сочетания деформаций внутренних сонных и позвоночных артерий. Извитости артерий у детей довольно часто сочетаются с проявлениями соединительнотканной недостаточности.

Возникающие в области деформации изменения скоростных и спектральных показателей гемодинамики являются отображением локального гемодинамического перепада. До зоны деформации линейная скорость кровотока может снижаться, индексы периферического сопротивления могут быть повышены. В зоне изгиба отмечается двунаправленный турбулентный поток. Максимальная систолическая и средняя скорости кровотока в месте наиболее выраженной деформации возрастают на 30-40% и более. За зоной деформации, в дистальном отделе, обычно показатели кровотока соответствуют нормативным значениям.

Деформации магистральных артерий головного мозга у детей, как правило, не приводят к развитию системных гемодинамических сдвигов. Предрасполагающими факторами к формированию перфузионного дефицита мозгового