

**ПРИМЕНЕНИЕ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ
В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

© 2015 А.Г. Сахипова

Самарский государственный медицинский университет
Городская клиническая больница №1 имени Н.И. Пирогова

Статья поступила в редакцию. 29.10.2015

Рассмотрены результаты хирургического лечения 26 больных, находящихся в остром периоде ишемического инсульта. У всех пациентов выявлены окклюзии либо стенозы сонных артерий более 70%. Всем больным была проведена КЭАЭ в остром периоде. Наблюдение в послеоперационном периоде показало, что у большинства больных отсутствует нарастание неврологического статуса, у части больных отмечался регресс неврологической симптоматики. Приводится описание клинического случая регресса неврологической симптоматики после КЭАЭ у пациента с окклюзией внутренней сонной артерии.

Ключевые слова: острый период ишемического инсульта, каротидная эндартерэктомия

Актуальность. Инсульт до настоящего времени остаётся важнейшей причиной заболеваемости и смертности населения. В России, США и странах Европы он занимает третье место, уступая только инфаркту миокарда и злокачественным новообразованиям. Кроме того, это заболевание является основной причиной инвалидизации населения. Помимо безусловного медико-социального значения, инсульт также приносит значительный экономический ущерб, развиваясь у лиц трудоспособного возраста [6]. Это проблема актуальна и в России. Заболеваемость и смертность от инсульта в нашей стране остаются одними из самых высоких в мире [7]. Среди всех форм инсульта существенно преобладает ишемический инсульт (инфаркт головного мозга), на который приходится почти 70% в структуре заболеваемости. [9]. В настоящее время не вызывает сомнения концепция патогенетической гетерогенности ишемического инсульта, причём наиболее частым (более трети случаев) является атеротромботический тип, связанный с поражением экстракраниальных артерий, в первую очередь сонных артерий [2]. Особое внимание в последнее десятилетие уделяется острым нарушениям кровообращения, развившимся на фоне стеноза сонных артерий. Объективизация данной патологии стала возможной в связи с внедрением в медицинскую практику современных неинвазивных методов ангиовизуализации, дуплексного сканирования и МР-ангиографии. Эти методы существенно облегчили и повысили надёжность диагностики окклюдированных поражений сонных артерий [4]. С другой стороны, доступность сонных артерий для оперативного вмешательства создаёт очевидные предпосылки

к широкому применению хирургических методов лечения, особенно с учётом недостаточной эффективности лекарственной профилактики у данной категории пациентов [1].

Хирургическая реваскуляризация давно и широко используется при атеросклеротическом поражении различных сосудистых бассейнов. Наиболее часто выполняется КЭАЭ – хирургическое вмешательство, направленное на удаление атеросклеротической бляшки из сонной артерии, позволяющее устранить гемодинамически значимый стеноз и предотвратить артериоартериальную эмболию [3]. Указанный инвазивный метод лечения становится рутинной клинической практикой. Корректный отбор пациентов является одним из важнейших залогов успешности инвазивной манипуляции. Поэтому следует чрезвычайно жестко подходить к оценке показаний и противопоказаний для тех или иных вмешательств [5]. В соответствии с рекомендациями по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками исполнительного комитета Европейской инсультной организации, операция КЭАЭ рекомендована пациентам со стенозами сонных артерий 70–99% и должна выполняться в центрах с показателем периоперационных осложнений (любой инсульт и смерть) менее 6% [10].

Цель исследования: провести предварительный анализ эффективности оперативного лечения сонных артерий при симптомном стенозе у пациентов в остром периоде ишемического инсульта.

Материалы и методы. Было исследовано 26 пациентов в возрасте от 46 до 75 лет, находившихся в городском сосудистом центре ГБУЗ СГКБ №1 имени Н.И. Пирогова города Самара. Пациенты поступали в остром периоде острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК).

Сахипова Айым Гарипуллаевна, аспирант кафедры неврологии и нейрохирургии. E-mail: simvol90@mail.ru

Среди больных преобладали мужчины – 20 наблюдений, женщин было 6.

У всех пациентов был диагностирован ишемический инсульт полушарной локализации в бассейнах правой или левой внутренней сонной артерии (ВСА). Преобладал атеротромботический тип ишемического инсульта – 17 наблюдений, не уточненный характер инсульта был у 9 больных.

У всех пациентов отмечались неврологические нарушения в виде гемипареза, гемигипестезии, дизартрии, нарушения функции VII и XII пар черепных нервов, в разной степени выраженности. При оценке неврологического статуса использовались шкалы Рэнкина, NIHSS, Ривермид. Все пациенты оказались в следующих рамках: по модифицированной шкале Рэнкина от 1 до 3, по шкале NIHSS от 1 до 9, по индексу мобильности Ривермид от 6 до 14. Всем пациентам при поступлении была выполнена КТ головного мозга, проведено ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий (БЦА). Выявлены окклюзии и стенозы внутренней сонной артерии более 70%. Пациенты осмотрены сосудистым хирургом. С учетом критериев отбора, в срок от 2 до 21 дня прооперированы все больные. Цель операции – восстановить кровоснабжение ишемизированного полушария головного мозга. Всем больным до и после операции проводилась стандартная консервативная терапия ОНМК [8].

Пациенты были осмотрены неврологом до и после хирургического вмешательства. После-

операционных осложнений, летальных исходов отмечено не было. Неврологический статус оценивался по шкалам Рэнкина, NIHSS, Ривермид. Нарастания очаговой неврологической симптоматики не было отмечено ни в одном из 26 наблюдений, в 22 случаях неврологический статус пациентов не изменился, у 4 больных отмечался регресс неврологической симптоматики на 1 сутки после операции.

Представляем клиническое наблюдение. Пациент Б. 02.09.15 поступил в кардиологическое отделение Клиник СамГМУ с диагнозом Гипертоническая болезнь, гипертонический криз. Мужчина отметил неловкость в левых конечностях на фоне высокого артериального давления 180 и 100 мм рт. ст. Однако слабость в левых конечностях нарастала. 04.09.15 доставлен в ГБУЗ СГКБ № 1 имени Н.И. Пирогова, где была выполнена КТ головного мозга: ОНМК по ишемическому типу в правой гемисфере головного мозга. Зоны энцефаломалации в правой гемисфере головного мозга. Дисциркуляторная энцефалопатия (рис. 1). Осмотрен неврологом в смотровом кабинете специализированного сосудистого отделения. В неврологическом статусе: сознание ясное, общемозговые и менингеальные симптомы отсутствуют, речь дизартрична, сглажена левая носогубная складка, язык девирует влево. Отмечается левосторонняя гемигипестезия, левосторонний гемипарез до 3 баллов, сухожильные рефлексы с рук и ног S>D, патологический симптом Бабинского слева. 04.09.15 было

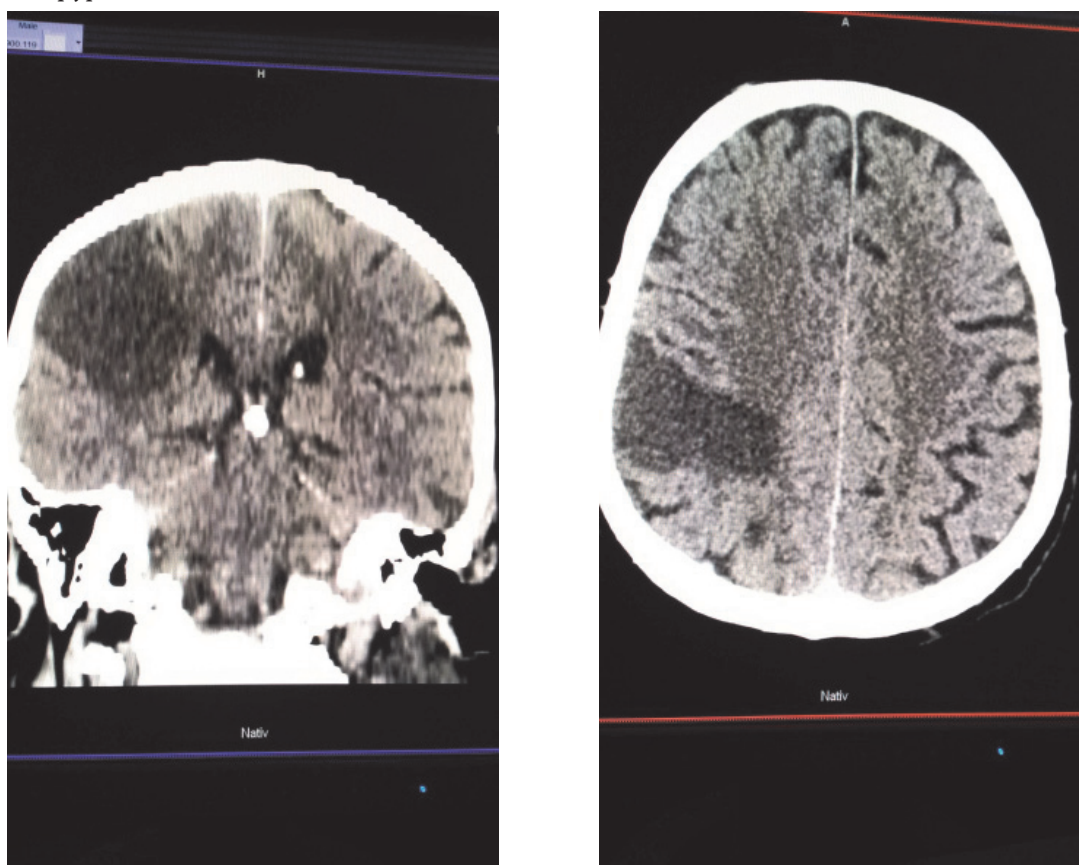


Рис. 1. КТ головного мозга пациента Б.

выполнено дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов: эхографические признаки системного стеноооклюзирующего атеросклероза брахиоцефальных артерий, с окклюзией правой ВСА, стенозами правой ОСА до 35-40%, левых ОСА до 35-40%, ВСА до 60-65%, макроангиопатии БЦА, с системными нарушениями кровотока в БЦА. Госпитализирован. Клинический диагноз: Основной: острое нарушение мозгового кровообращения – ишемический инсульт в бассейне правой ВСА, атеротромботического типа, атеросклероз БЦА, окклюзия правой ВСА, стеноз левой ВСА до 65%, левосторонний гемипарез. Сопутствующие заболевания: хроническая ишемия головного мозга, хронический атрофический процесс головного мозга. Консультирован сосудистым хирургом. Проведена КТ-ангиография головного мозга и прецеребральных артерий с перфузионной программой: Ишемический инсульт в правой гемисфере головного мозга, энцефаломалация в правой гемисфере. Дисциркуляторная энцефалопатия. Атеросклероз экстра- и интракраниальных сосудов. Окклюзия правой ВСА. Стеноз левой ВСА. Патологическая извитость левой ВСА. Гипоплазия правой позвоночной артерии. Вариант развития сосудов Виллизиева круга (рис. 2). 07.09.15 пациент переведен в отделение сосудистой хирургии. На 5 сутки острого периода выполнена операция каротидная эндартерэктомия справа, артерэктомия ВСА справа, пластика ОСА-НСА справа аутоартериальным лоскутом по типу Вейбеля. Из операционной пациент поступил в ОРИТ, где провел сутки без осложнений, затем вновь переведен в неврологическое отделение. После операции, через 2 часа в неврологическом статусе: сознание ясное, общемозговые и менингеальные симптомы отсутствуют, дизартрия легкой степени, сглажена левая носогубная складка, язык девирует влево, левосторонняя гемигипестезия, сила мышц увеличилась до 4,5 баллов в левых руке и ноге. Сухожильные рефлексы с рук и ног S>D, патологический симптом Бабинского слева, т.е. парез регрессировал с 3 до 4,5 баллов.

Как видно из примера, КЭАЭ выполненная на 5 сутки острого периода ишемического инсульта. Периоперационных осложнений не возникло, отмечается явный регресс неврологической симптоматики. Аналогичное течение послеоперационного периода имело место еще у 3 пациентов.

Таким образом, анализ исследования 26 больных показал, что КЭАЭ, выполненная по строгим показаниям в остром периоде ишемического инсульта, не сопровождается увеличением частоты периоперационных осложнений, числа летальных исходов и удлинением сроков госпитализации по сравнению с данными литературы, повествующими об отсроченном хирургическом лечении, и является дополнительным фактором улучшения уровня восстановления и регресса неврологической симптоматики, предупреждает



Рис. 2. 3D- изображение сонных артерий пациента Б

негативное развитие заболевания в условиях нарушенной перфузии головного мозга.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белоусов Ю.Б., Явелов И.С., Гуревич К.Г. Вторичная профилактика инсульта // Инсульт. Журнал неврологии и психиатрии. 2004. Вып. 10. С. 10-17.
2. Верецагин Н.В. Гетерогенность инсульта: взгляд с позиций клинициста // Инсульт. Приложение к Журналу неврологии и психиатрии. 2003. Вып. 9. С.8-9.
3. Верецагин Н.В., Джигладзе Д.Н., Гулевская Т.С. и др. Каротидная эндартерэктомия в профилактике ишемического инсульта у больных с атеросклеротическими стенозами сонных артерий // Журнал неврологии и психиатрии. 1994. № 2. С.103-108.
4. Верецагин Н.В., Пирадов М.А., Сулина З.А. Принципы диагностики и лечения больных в остром периоде инсульта // Consilium medicum. 2001. № 5. С.221-225.
5. Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. СПб., 2002. 396 с.
6. Скворцова В.И. Инсульт // Приложение к Журналу неврологии и психиатрии – 2001. Вып. 2. С.12-17.
7. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Эпиде-

- миология инсульта в России // Инсульт. Приложение к Журн. невр. и психиатр. 2003. Вып. 8. С.4–9.
8. Суслина З.А. Лечение ишемического инсульта // Лечение нервных болезней. 2000. № 1. С. 3–7.
9. Суслина З.А., Пирадов Н.В., Верещагин Н.Н. Подтипы ишемических нарушений мозгового кровообращения: диагностика и лечение // Consilium medicum. 2001. № 5 С. 218-221.
10. Профилактика и лечение инсульта. Рекомендации Европейской инициативной группы по проблеме инсульта (EUSI) // Инсульт. Приложение к Журн. невр. и психиатр. 2001. Вып. 4. С.3-9.

THE USE OF CAROTID ENDARTERECTOMY IN THE ACUTE PHASE OF ISCHEMIC STROKE

© 2015 A.G. Sakhipova

Samara State Medical University
City Clinical Hospital №1 named after N.I. Pirogov

The article presents the results of surgical treatment of 30 patients in acute ischemic stroke. All patients had occlusions or carotid stenosis more than 70%. All patients underwent CEA in the acute period. The observation in the postoperative period shows that neurological status of most patients has not changed, but some patients have regression of neurological symptoms. The author describes a clinical case of regression of neurological symptoms after CEA in a patient with occlusion of the internal carotid artery.
Keywords: acute ischemic stroke, carotid endarterectomy.