

Эффективность каротидной эндартерэктомии у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу

О.А. Цимейко, И.Д. Авазашвили, С.А. Гончаров

ГУ «Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова НАМН Украины», г. Киев

Резюме. В статье представлены результаты анализа хирургического лечения 31 пациента, у которых были выявлены атеросклеротические поражения экстракраниального отдела внутренней сонной артерии (ВСА). Хирургическая реваскуляризация головного мозга, выполненная в сроки от 1 до 6 месяцев после перенесенного ишемического инсульта, является оптимальным способом для достижения лучшего клинического эффекта и улучшения качества жизни в ранние сроки после реконструкции сонных артерий. При выполнении каротидной эндартерэктомии (КЭ) частота и характер цереброваскулярных осложнений (инсульт, транзиторная ишемическая атака) и кардиоваскулярных осложнений (острый коронарный синдром, инфаркт миокарда) в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде достоверно не различаются. Каротидная эндартерэктомия улучшает неврологический статус, качество жизни и когнитивные функции у пациентов со стенозом сонных артерий 60-99%, которые оперированы после острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК).

Ключевые слова: хирургическое лечение, атеросклеротические поражения, экстракраниальный отдел, внутренняя сонная артерия, каротидная эндартерэктомия.

Ежегодно в мире регистрируется более 30 миллионов случаев нарушения мозгового кровообращения [5, 6]. Среди всех видов инсультов преобладают ишемические поражения головного мозга. Инсульт занимает одно из ведущих мест среди причин смерти и находится на первом месте среди причин стойкой утраты трудоспособности [1, 4]. Летальность в остром периоде инсульта составляет 29%, а к концу первого года достигает 59%. По данным Б.С. Виленского (1995 г.) при развитии повторных инсультов нетрудоспособными остаются 40-69% пациентов, 16-55% погибают и только у 2-12% пациентов происходит восстановление [2].

Повторные ОНМК приводят к усугублению неврологических дефектов: прогрессированию двигательного дефицита, формированию мультиинфарктной энцефалопатии, клинически проявляющейся в виде нарастающих интеллектуально-мнестических расстройств, экстрапирамидных и псевдобульбарных нарушений, эмоционально-волевых изменений личности [3, 7].

Сроки выполнения каротидной эндартерэктомии продолжают обсуждаться, хотя существует тенденция к выполнению каротидной эндартерэктомии в ранние сроки с момента первых симптомов ишемии головного мозга [7, 8]. Любое отдаление сроков соотносится с риском, который существует в течение первых 8 недель заболевания [3].

У пациентов с инсультом в анамнезе риск развития повторных ипсилатеральных инсультов за период двухлетнего наблюдения составил 26%, а у пациентов с латентной ишемией - 13%. Изъязвление атеросклеротической бляшки значительно ухудшает прогноз заболевания. Риск развития инсульта за двухлетний период наблюдения у пациентов с изъязвлением атеросклеротической бляшки, принимавших медикаментозную терапию увеличивался с 26,3% до 73,2%, параллельно увеличению стеноза сонных артерий с 70% до 99%. У пациентов без изъязвления риск ОНМК оставался постоянным - 21,3% [9, 10].

Цель работы - улучшение результатов ле-

© О.А. Цимейко, И.Д. Авазашвили, С.А. Гончаров

чения больных со стенозами экстракраниальных отделов сонных артерий путем каротидной эндартерэктомии (КЭ) у больных после ишемического инсульта (ИИ).

Материалы и методы

Исследование проведено в отделении неотложной сосудистой нейрохирургии ГУ «Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова НАМН Украины». С октября 2008 года по ноябрь 2012 года проведен анализ хирургического лечения 31 пациента, у которых были выявлены атеросклеротические поражения экстракраниального отдела внутренней сонной артерии (ВСА). В исследование были включены больные с пренесенным ИИ сроком от 4 недель до 6 месяцев, с ипсилатеральным стенозом ВСА. У всех пациентов (29 мужчин, 2 женщины), средний возраст которых составил 62±8 лет, была выполнена 31 операция КЭ. Все пациенты перед операцией были осмотрены неврологом, терапевтом, нейроофтальмологом, отоневрологом и анестезиологом. Оценивали неврологический статус, степень хронической

сосудисто-мозговой недостаточности по классификации А.В. Покровского (1988 г.).

Для диагностики поражения брахиоцефальных артерий основными диагностическими методами были ультразвуковое исследование сосудов головы и шеи (УЗДГ) с дуплексным сканированием, компьютерная томография (КТ), магнито-резонансная томография (МРТ) головного мозга, церебральная ангиография (ЦАГ) (фото 1).

Комбинация этих методов обследования позволяет полноценно оценить как состояние экстракраниальных артерий с определением типа атеросклеротической бляшки (АСБ), так и выявить аномалии интракраниальных артерий и наличие патологических очагов в головном мозге.

За 3-е суток до операции больным назначали двойную антиагрегатную терапию: клопидогрель 75 мг, препарат ацетилсалициловой кислоты 100 мг.

На фото 2 и 3 представлены этапы проведенных операции КЭ.

В ближайшем послеоперационном периоде пациенты получали фраксипарин или клексан



Фото 1 Церебральная ангиография сонных артерий
* критический стеноз внутренней сонной артерии

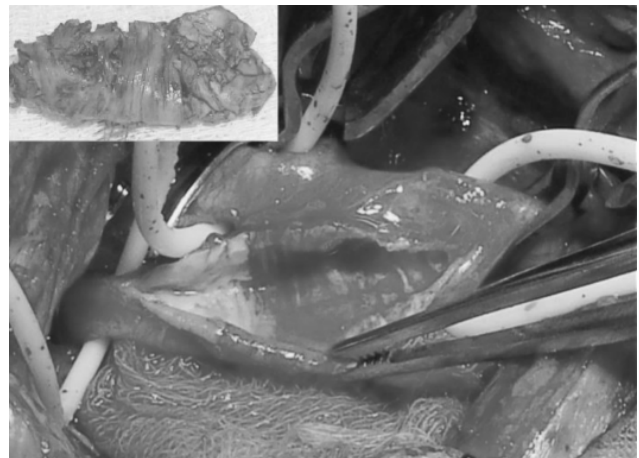


Фото 3 Удаление атероматозной бляшки



Фото 2 Этап выделения и взятия на держалки-турникеты сонных артерий



Фото 4-5 Контрольная церебральная ангиография после КЭ

* красная стрелка участка бифуркации сонной артерии

в соответствующих дозировках с переходом на прием непрямых антикоагулянтов (варфарин, мареван), антиагрегантов (клопидогрель), начиная с 5-6 суток под контролем показателей коагулограммы (ПТИ 55-70%, МНО 1,8-2,0). В дальнейшем (через 3-6 месяцев) пациентов переводили на прием антиагрегантов (ацетилсалициловая кислота). При дислипидемии назначали статины.

Результаты и их обсуждение

При анализе результатов КЭ в отдаленном послеоперационном периоде (12 мес.) у больных возникло 3 острых нарушений мозгового кровообращения, классифицированных в дальнейшем как один инсульт (3,2%) и две транзиторные ишемические атаки (6,4%) в неоперированных сосудистых бассейнах. Следует отметить, что ипсилатеральных нарушений мозгового кровообращения в периоперационном периоде, случаев острого коронарного синдрома и инфаркта миокарда не отмечено.

У пациентов, перенесших ишемический инсульт со стенозом сонных артерий 60-99% частота возникновения повторного инсульта после каротидной эндартерэктомии составляет 8,5% против 22,4% при консервативной терапии (в течение трех лет наблюдения) ($p=0,05$). КЭ является эффективным и безопасным методом профилактики повторных нарушений мозгового кровообращения у пациентов пожилого и старческого возраста, перенесших ранее ишемический инсульт.

Выводы

Хирургическая реваскуляризация головного мозга, выполненная в сроки от 1 до 6 месяцев после перенесенного ишемического инсульта, является оптимальным способом для достижения лучшего клинического эффекта и улучшения качества жизни в ранние сроки после реконструкции сонных артерий.

При выполнении КЭ частота и характер цереброваскулярных осложнений (инсульт, транзиторная ишемическая атака) и кардио-

скулярных осложнений (острый коронарный синдром, инфаркт миокарда) в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде достоверно не различаются.

Каротидная эндартерэктомия улучшает неврологический статус, качество жизни и когнитивные функции у пациентов со стенозом сонных артерий 60-99%, которые оперированы после острого нарушения мозгового кровообращения.

Список использованной литературы

1. Зозуля Ю.П., Цимейко О.А. Хирургическая профилактика ишемических поражений головного мозга // Второй съезд нейрохирургов РФ (16-19 июня 1998 г., Нижний Новгород): Материалы съезда. СПб., 1998. - С. 166-167.
2. Сосудистая хирургия по Хаймовичу / перевод 5-го издания под ред. А.В. Покровского. - М.: БИНОМ, 2010. - С. 124-169.
3. Тыш И.И., Цимейко О.А. Диагностика и хирургическое лечение больных с сочетанными окклюзионно-стенозическими поражениями брахиоцефальных и коронарных артерий атеросклеротического генеза. Мороз В.В., Скорохода И.И., Авазшвили И.Д. // Рос. нейрохирург. журнал. им. А.Л. Поленова. - 2013. - Т. 5, Спец. вып.: Поленовские чтения: материалы XII Всерос. науч.-практ. конф.: сб. тезисов. - СПб., 2013. - С. 158 - 159.
4. Цимейко О.А., Скорохода И.И., Авазшвили И.Д. Каротидна эндартеректомія і каротидне стентування при стенозних ураженнях сонних артерій // Укр. мед. вісті. - К., 2011. - С. 185-186.
5. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborative Group. The final results of the NASCET trial // New England Journal of Medicine. - 1998. - V.339. - P. 1415-1425.
6. Restenosis after carotid angioplasty, stenting, or endarterectomy in the Carotid and Vertebral Artery Transluminal Angioplasty Study (CAVATAS) / D.J. McCabe [et al.] // Stroke. - 2005. - V.36 (2). - P. 281-286.
7. Results of the Stent-Protected Angioplasty versus Carotid Endarterectomy (SPACE) study to treat symptomatic stenoses at 2 years: a multinational, prospective, randomised trial / H.H. Eckstein [et al.] // Lancet Neurol. 2008. - V.7 (10). - P. 893-902.
8. Safety and effectiveness of the INVATEC MO.MA proximal cerebral protection device during carotid artery stenting: results from the ARMOUR pivotal trial / G.M. Ansel [et al.] // Catheter Cardiovasc. Interv. 2010. - V.76 (1). - P. 1-8.
9. The CAPTURE registry: analysis of strokes resulting from carotid artery stenting in the post approval setting: timing, location, severity, and type / R. Fairman [et al.] // Ann. Surg. - 2007. - V. 246(4). - P. 551-556.

Надійшла до редакції 11.11.2014 р.