

УДК 616.831-005.4-089-036.86.

*Т.С. Мищенко, Е.В. Песоцкая***РОЛЬ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАКТОМИИ В СНИЖЕНИИ ИНВАЛИДИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, Центральная клиническая больница № 5, г.Харьков

Ключевые слова: атеротромботический инсульт, каротидная эндартерэктомия, стеноз сонных артерий, дуплексное сканирование

Инсульт по-прежнему остается одной из наиболее важных проблем современной клинической медицины. В большинстве западных стран ежегодно инсультом заболевают 0,2% населения [1]. Из них треть умирает в течение одного года, треть навсегда утрачивает трудоспособность и лишь у 10-20% больных происходит восстановление [2]. Люди, перенесшие инсульт, утрачивают самостоятельность в повседневной жизни и быту. Инсульт приводит к наибольшему уменьшению числа лет с нормальным качеством жизни по сравнению с любыми другими болезнями [3]. Также актуальна эта проблема в Украине, где заболеваемость инсультом в 1,6 раз выше, чем в США и в странах Западной Европы. 25% инвалидизации взрослого населения в Украине обусловлено перенесенным инсультом [4].

В структуре острых сосудистых поражений мозга ведущая роль принадлежит ишемическому инсульту. В экономически развитых странах он составляет 80%, в Украине соотношение ишемии к геморрагии равно 3,6:1. Наиболее распространенным подтипом является атеротромботический, частота которого составляет 25-30% всех ишемических инсультов [5].

Риск развития повторной церебральной катастрофы у больного, перенесшего инсульт, в 2 раза выше, чем первой, и составляет в среднем 8-12% в год, а в течение первых 5 лет достигает 25-42% [6]. Развитие повторного инсульта повышает риск смерти, увеличивает длительность лечения, неврологический дефицит, а, следовательно, инвалидизацию. Кроме того, повторные инсульты очень часто вызывают развитие сосудистой деменции [7]. У больных, перенесших инсульт, повышается также риск развития и других сердечно-сосудистых заболеваний [8]. Так, перенесенный инсульт повышает в 2-3 раза риск развития инфаркта миокарда. По данным

литературы у более чем 50% больных, перенесших ишемический инсульт, наблюдаются симптомы ишемической болезни сердца (инфаркт миокарда, стенокардия, ЭКГ-признаки ишемии миокарда). Некоторые наблюдения говорят о прямо пропорциональной зависимости между выраженностью стеноза сонных артерий и проявлениями ИБС [9].

По данным многих авторов причиной ишемических поражений головного мозга в 84-90% является стеноз и окклюзия экстракраниальных отделов сосудов головного мозга и чаще всего бифуркации сонной артерии [10]. Поэтому одним из перспективных направлений вторичной профилактики ишемического инсульта являются хирургические методы лечения, направленные на устранение стенозов магистральных артерий головы и шеи. Несмотря на многочисленные исследования, посвященные эффективности КЭАЭ, многие вопросы остаются дискуссионными, мало исследованными, в частности, это касается проблемы влияния каротидной эндартерэктомии на качество жизни больных, перенесших атеротромботический инсульт.

Поэтому целью нашей работы явилось: изучить влияние каротидной эндартерэктомии на снижение степени инвалидизации больных, перенесших ишемический инсульт.

Задачи исследования:

1. Провести клинико-неврологическое исследование больных с атеротромботическим инсультом до и после проведения каротидной эндартерэктомии.
2. Определить структурные изменения вещества головного мозга по данным компьютерной томографии у обследованных больных.
3. Изучить состояние церебральной гемодинамики до и после КЭАЭ.
4. Провести сопоставительный анализ кли-

нико-неврологических проявлений, состояния церебральной гемодинамики до и после проведения каротидной эндартерэктомии.

Для осуществления поставленных задач в работе были применены следующие методы: клинично-неврологическое обследование по специально разработанной карте. Для оценки выраженности неврологического дефицита была использована Скандинавская шкала (сокращенный вариант). Для определения структурных изменений головного мозга применялась компьютерная томография. Состояние церебрального кровотока изучалось методом дуплексного сканирования на аппарате Sigma iris 880 CE CD (Франция, 1998г).

Нами было обследовано и проанализировано 49 пациентов в возрасте от 43 до 77 лет, перенесших атеротромботический инсульт. Всем больным была произведена каротидная эндартерэктомия. Из них мужчин было 46(94%), женщин- 3(6%). У 32 пациентов ишемический инсульт развился в левом каротидном бассейне, у 17- в правом. Двигательные пирамидные нарушения разной степени выраженности имели все 100% больных (49 человек). Очаговая неврологическая симптоматика проявлялась в виде центрального пареза мимической мускулатуры, гиперрефлексии, слабости в контрлатеральных очагу конечностях в пределах 2-4 баллов, сенсорной недостаточности по гемитипу. У 27 % (13 человек) имелись речевые нарушения (различные виды афазий, корковая дизартрия), у 4% (2 человека)- экстрапирамидные нарушения.

На основании клинично-неврологических данных у обследованных больных удалось установить среднюю и легкую степень тяжести ишемического инсульта. Согласно Скандинавской шкале средний балл составил  $14,2 \pm 0,3$ . Согласно данным компьютерной томографии у 34 больных отмечались признаки кортикальной и субкортикальной атрофии, у 26 больных были выявлены очаговые изменения вещества головного мозга в виде зон сниженной плотности, локализующихся в височно-теменных отделах. У 11 больных определялось изоденсное состояние ишемического очага.

У 100% больных были выявлены атеросклеротические бляшки различного характера, приводящие к гемодинамически значимому стенозу общей или внутренних сонных артерий. Чаще диагностированы стенозы внутренних сонных артерий (31 случай). Стенозы общей сонной артерии выявлены в 15 случаях. У 23 больных встречалась сочетанная атеросклеротическая

патология двух и более сосудов. У 46 пациентов был выявлен гемодинамически значимый (70 и более %) каротидный стеноз, у 3- нестабильная изъязвленная атеросклеротическая бляшка, что послужило основанием для проведения каротидной эндартерэктомии у этих больных. Всем больным произведена каротидная эндартерэктомия: 43 пациентам—по классической методике с аутовенозной пластикой сонной артерии [11], 6 пациентам—по эверсионной методике, суть которой заключается в пересечении ВСА выше бифуркации, выворачивании адвентиции с наружной эластической мембраной ВСА в дистальном направлении, КЭАЭ и реимплантация артерии в старое русло [12]. Всем больным во время операции за 5 мин. до пережатия сонной артерии вводилось 5 тыс. гепарина. В послеоперационном периоде продолжалась постоянная инфузия низких доз гепарина в течение 5 дней с последующим переходом на низкомолекулярные антикоагулянты, а затем на пероральные антитромбоцитарные препараты (аспирин, клопидогрель). После выполненных операций у каждого больного была оценена неврологическая симптоматика в динамике. У 42 пациентов, имевших легкую и среднюю степень двигательных нарушений, отмечалась существенная положительная динамика в виде уменьшения выраженности гемипареза. Выраженные двигательные расстройства мало регрессировали в послеоперационном периоде. У 11 больных отмечался регресс речевых нарушений, у 2 пациентов с экстрапирамидными расстройствами также отмечалось уменьшение выраженности симптоматики. Динамическое доплерографическое исследование показало, что в результате КЭАЭ реконструированные участки сонных артерий проходимы, внутрисосудистые образования в них не лоцировались. У 1 больного на 3-и сутки после операции развился тромбоз оперированного сегмента, что потребовало повторного оперативного вмешательства. Этому пациенту произведена тромбэктомия с аутовенозным протезированием левой ВСА. У 1 пациента отмечалось повреждение подъязычного нерва, что проявлялось отклонением языка и затруднением глотания.

В результате динамического наблюдения больных в течение года отмечено, что у прооперированных больных не наблюдался повторный инсульт, транзиторные ишемические атаки и другие сердечно-сосудистые события.

Таким образом, проведенное исследование показало:

- необходимость проведения дуплексного

сканирования больным, перенесшим ишемический инсульт для выявления стенозов магистральных артерий головы и шеи и установления показаний к оперативному лечению;

- каротидная эндартерэктомия предотвращает развитие повторных ишемических инсультов и других сердечно-сосудистых событий;

- каротидная эндартерэктомия должна рас-

сматриваться не только как метод вторичной профилактики ишемического инсульта, но и как операция, дающая значительный лечебный эффект в плане реабилитации постинсультных больных;

- каротидная эндартерэктомия является методом, позволяющим уменьшить инвалидизацию, следовательно повысить качество жизни пациентов и их семей.

*Т.С. Мищенко, О.В. Песоцька*

## **РОЛЬ КАРОТИДНОЇ ЕНДАРТЕРЕКТОМІЇ У ЗНИЖЕННІ ІНВАЛІДІЗАЦІЇ ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ**

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

У статті наведені дані аналізу клініко-неврологічних проявів, стану церебральної гемодинаміки у хворих, що перенесли мозковий інсульт до і після проведення каротидної ендартеректомії. Було обстежено 49 хворих у віці від 43 до 77 років. Проведені досліджені показали, що у 94% хворих відмічався регрес рухових, афатичних та екстра пірамідних порушень. Показана роль каротидної ендартеректомії у вторинній профілактиці мозкового інсульту та в зниженні інвалідизації хворих, які перенесли атеротромботичний інсульт. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.84-86)

*T.S. Mishchenko, O.V. Pesotska*

## **THE ROLE OF CAROTID ENDARTERECTOMIA IN REDUCTION OF INVALIDIZATION OF THE PATIENTS WITH CEREBRAL STROKE**

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of AMS of Ukraine

The article shows the specifies the data of the comparative analysis of cliniconeurologic manifestations, the condition of cerebral hemodynamics at the patients who have had cerebral stroke before and after carrying out carotid endarterectomy. It is shown the role of carotid endarterectomy in secondary prophylaxis of cerebral stroke and in reduction of invalidization of the patients, who have had atherothrombotic stroke. The purpose of this work was to study the influence of carotid endarterectomy on reduction of an invalidization degree of the patients. In the work it is given research data of 49 patients before and after carotid endarterectomy. Cliniconeurologic examination was carried out on the specially developed card, the structural changes of cerebrum substance were determined by methods of neurovisualization, the condition of cerebral hemodynamics was appreciated by duplex scanning. As a result of the executed operations motor, aphonic, subcortical disorders have essentially regressed at the observable patients. The conclusions about necessity of carrying out duplex scanning to the patient who have had ischemic stroke for revealing stenosis of major arteries and for determining the indications to operative treatment are made. Carotid endarterectomy prevents development of recurrent ischemic stroke and other vascular events and is a method which allows to reduce invalidization of the patients and to increase quality of their and their families' life. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.84-86)

### *Литература*

1. Sudlow C.L., Warlow C.P. Comparable studies of the incidence of stroke and its pathological subtypes: results from an international collaboration. International Stroke Incidence Collaboration. Stroke 1997; 28:491-499.

2. Murray C.J., Lopez A.D. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349:1269-1276.

3. World Bank. World Development Report 1993. Investing in Health. New York: Oxford University Press 1993.

4. Москаленко В.Ф., Волошин П.В., Петрашенко П.Р. Стратегія боротьби з судинними захворюваннями головного мозку // Український вісник психоневрології.-2001.-Т.9,Вип..1(26).-С.5-8.

5. Верещагин Н.В. Гетерогенність інсульту: взгляд с позиций клинициста // Журн. Неврологи и психиатрии им. С.С.Корсакова.-2003-Инсульт(приложение) (вып. 9):8-9.

6. Kaste M., Skyhoj Olsen T., Orgogozo J., Bogousslavsky J., Hacke W. (2000) Organization of stroke care: education, stroke units and rehabilitation. European Stroke Initiative (EUSI). Cerebrovasc. Dis., 10(Suppl.3): 1-11.

7. Мищенко Т.С. Вторичная профилактика мозгового инсульта

(рекомендации для практических врачей).-Киев 2003.-19с.

8. (Leys D. (2001) Atherothrombosis: a major health burden. Cerebrovasc. Dis., 11(Suppl.2): 1-4.

9. Мишалов В.Г., Литвинова Н.Ю., Черняк В.А., Селюк В.М. и др. Особенности хирургического лечения атеросклеротического поражения брахиоцефальных артерий у больных с сопутствующей ишемической болезнью сердца // Актуальные вопросы диагностики и лечения сосудисто-мозговой недостаточности и распространенного атеросклероза. Киев-2003.-С.10-13.

10. Покровский А.В. Первичная профилактика ишемического инсульта и возможности сосудистой хирургии // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.- 2003-Инсульт (приложение) (вып.9): 96-97.

11. Покровский А.В. «Классическая» каротидная эндартерэктомия // Ангиология и сосудистая хирургия.-2001.№ 1.С.101-104.

12. Казанчян П.О., Попов В.А., Ларьков Р.Н., Рудакова Т.В. Отдаленные и ближайшие результаты эверсионной каротидной эндартеректомии // Бюллетень НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН Сердечно-сосудистые заболевания.-2002-Т 3.№ 2.С.46-48.

Поступила в редакцию 5.07.2004