

УДК: 616.831-005.1-08

*І.С. Зозуля, В.І. Боброва, А.І. Зозуля***ЕФЕКТИВНІСТЬ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ, ОБУМОВЛЕНИМ ОКЛЮЗИВНО-СТЕНОТИЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ ВНУТРІШНЬОЇ СОННОЇ АРТЕРІЇ**

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика

Ключові слова: ішемічний інсульт, тромбоз внутрішньої сонної артерії, консервативне і оперативне лікування, реабілітація.

В загальній структурі смертності в економічно розвинутих країнах питома вага смертності від серцево-судинних захворювань становить 40-50%.

Проблема цереброваскулярної патології та її наслідків в Україні провідна серед негативної оцінки здоров'я. Зокрема, захворюваність та поширеність її в 2002 році становила серед дорослих та підлітків 939,8 і 6917,6 на 100 тис. населення. Збільшується частота ішемічних інсультів, транзиторних ішемічних атак, а також хронічних, повільно-прогресуючих форм церебральної судинної патології, які з віком призводять до розриву деменції. Поширеність цереброваскулярних захворювань в Україні неухильно зростає. За останні 15 років цей показник зріс майже в чотири рази. Головне місце в структурі інсультів займають ішемічні ураження [1,3,5,7]. Більше 80% всіх випадків ішемічного інсульту обумовлені оклюзивними і стенотичними процесами церебральних артерій [4,6]. Це стало основою для перегляду традиційного консервативного підходу до лікування і профілактики ішемічних інсультів [2,9,8]. Значимість хірургічного лікування патології каротид всім відома, але вимагає подальшого вивчення і покращення. Позитивні результати хірургічної корекції оклюзивно-стенотичних уражень церебральних артерій залежить від цілого ряду питань.

Метою нашої роботи було вивчення ефективності комплексного лікування (медикаментозного і оперативного) хворих ішемічними інсультами, обумовленими оклюзивно-стенотичними процесами внутрішньої сонної артерії.

Нами проведено клініко-інструментальне дослідження 124 хворих з ішемічним інсультом, обумовленим оклюзивно-стенотичними ураженнями внутрішньої сонної артерії, які лікувалися в нейросудинному відділенні Київської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги та Київської центральної міської лікарні де мають бази ка-

федра нейрохірургії та медицини невідкладних станів КМАПО ім. П.Л.Шупика.

Діагноз ґрунтувався на даних анамнезу, соматичного і неврологічного обстеження, біохімічних і загально-клінічних лабораторних досліджень, функціональних і візуалізуючих методів обстеження (ЕКГ, УЗДГ, ТК УЗДГ, АКТ, МРТ, АТ). Із 124 хворих чоловіків було 105, жінок 19 у віці від 50 – 59 років (%) (47,5%), 40-49 – 42 (33,8%). До 30 років було 4 хворих (3,2%).

Каретою швидкої допомоги доставлено 102 хворих. Від 1 – до 3 годин з часу інсульту госпіталізовано 36 (29,0%), 4-8 год. – 21 (16,9%), 8-12 год. – 14 (11,29%), 12-24 год. – 26 (20,9%). Тобто, згідно сьогоденних вимог в перші 6 годин госпіталізовано 50 (40,3%) хворих, до 24 годин – також 50 (40,3%) хворих.

Основними причинами виникнення ГПМК було у 105 хворих (84,6%) атеросклеротично-тромботична оклюзія. Чисто тромботична оклюзія зареєстрована у 19 хворих. Крім того у 27 хворих були перегини, подовження, петлеутворення, у 18 – фібромускулярна дисплазія. Атеросклеротично-тромботична оклюзія більше 75% просвіту ВСА була у 105 (84,5%) хворих, тільки тромботична більше 75% - у 19 (15,4%). 75 (80%) хворих страждали атеросклерозом, біля 56 (60%) – атеросклерозом в поєднанні з артеріальною гіпертензією.

Основну групу хворих (які отримували медикаментозну терапію та прооперовані) склали 94 хворих, контрольну – 30 хворих, які отримували тільки медикаментозне лікування.

Хворі обстежувалися в гострому періоді порушення мозкового кровообігу, на 7-10, 20-21 день та у віддалений період (3-6 місяців, 1-2 роки).

В данному повідомленні ми зупинимось на реабілітаційному періоді лікування хворих ішемічним інсультом, обумовленим оклюзивно-стенотичними процесами ВСА.

Реабілітаційний період оцінювали згідно динаміки неврологічних симптомів і повторності ГПМК, стану кроволину по реконструйованих артеріях, даних візуалізуючих методів (АКТ, МРТ). Нами розроблені ознаки ефективності комплексного лікування хворих з патологією екстракраніальних магістральних артерій голови і шиї.

Ефективність відновлення під впливом реабілітаційної терапії неврологічних і нейропсихологічних порушень в сфері щоденної життєвої активності оцінювали відповідно класифікації соціально-побутової активності (Е.В.Шмидт; Т.А.Макинський).

Головною задачею віддаленого періоду була вторинна профілактика інсульту і лікування атеросклерозу і артеріальної гіпертензії, як основних етіологічних факторів ураження магістральних судин голови і шиї.

Велике значення надавали фізичним аспектам реабілітації, які мають важливе значення для збереження позитивних результатів оперативного втручання, психологічним аспектам – мотивації жити, трудитися, бути в колі сім'ї, родини і суспільства.

Ми враховували, що інсульт, оперативне втручання є свого роду стресовою ситуацією, які викликають значні зміни в психічному стані, особливо негативного ставлення до свого здоров'я. В такому стані для мобілізації життєвої активності користувалися послугами психотерапевтів наряду з застосуванням психотропних препаратів.

На етапах санаторної реабілітації, яка є періодом активної післяопераційної реабілітації проводили повний об'єм медикаментозної і фізичної реабілітації (етіотропної, патогенетичної і симптоматичної).

На диспансерному періоді (1-2 роки після інсульту) проводили курси відновного лікування в нейросудинних відділеннях (за викликом) з повним обстеженням хворих.

Як оперованим так і неоперованим хворим в обов'язковому порядку рекомендували постійне застосування антиагрегантів з їхнім чергуванням і перервою 3-4 тижні: ацетилсаліцилова кислота 100 мг (аспірін - кардіо) з епідогрелем, курантил 400 мг 2 рази на добу, тиклід 1 табл. 2 р. на добу. Крім того призначали флебопротектори, антиоксиданти, мембранопротектори, ендотелійпротектори (індивідуально). Обов'язково призначали гіполіпідемічну терапію (ловастатин, сандостатин, ліпанор) курсами, блокатори кальцієвих каналів (німотоп), вазоактивні пре-

парати (серміон, кавінтон) при необхідності, курсами. При артеріальній гіпертензії назначали гіпотензивні препарати (індивідуально) зі збереженням АТ на оптимальних цифрах для збереження перфузії мозку. При можливості радили церебралізін по 20 мл. внутрішньовенно, 10 діб, пірацетам по 20 мл. внутрішньовенно 10 діб. При необхідності призначали нестероїдні протизапальні препарати (німісулід, маваліс, диклофенак).

Результати клініко-неврологічного обстеження в різні періоди спостереження виявили статистично достовірну динаміку клінічних та параклінічних даних.

Слід відмітити, що в ранній післяопераційний період важко виявити динаміку деяких симптомів. Через 3-6 місяців (інколи до 1 року) при тенденції до покращення клінічних проявів у хворих основної і контрольної групи статистичні показники по деяких симптомах (пірамідна недостатність, чутливі порушення) були недостатні.

Важливо, що в більш віддаленому періоді (1-2 роки) зареєстровано статистично достовірне покращення клінічних даних у більшості хворих основної групи, тобто оперованих. 60% хворих навіть приступили до роботи.

У хворих контрольної групи (тільки медикamentозна терапія) в рік спостереження зберегли лише тенденцію до покращення клінічної картини на фоні відновної терапії. При цьому у 15 хворих були зареєстровані ГІА або ІІ, один хворий помер.

Дані клініки підтверджені даними додаткових методів дослідження.

Так у хворих з гемодинамічно значимими доопераційними стенозами ВСА швидкість кровоплину після операції нормалізувалась, нормалізувались спекторальні показники (RI, S/D). Візуально спектрограми реконструйованих ВСА наближались до норми.

Слід відзначити, що задовільний кровоплин по реконструйованих ВСА був зареєстрований у 98,8% випадків, проти 34,7% випадків хворих контрольної групи (за рахунок реканалізації або включення колатерального кровоплину).

При порівнянні середніх величин ЛШК по інтракраніальних артеріях хворих, що були оперовані в різні періоди спостереження зареєстровано достовірне збільшення її по всіх артеріях (крім перев'язки) відразу ж після операції, в ранньому і пізньому післяопераційному періодах.

При порівнянні середніх величин ЛШК по інтракраніальних артеріях у хворих контрольної

(не оперованих) групи виявлено практично без змін в перші 7-10 діб, недостовірне покращення через 3-6 місяців і значне погіршення через 2 роки.

Таким чином, комплексне лікування хворих з оклюзивно-стенотичними процесами внутрішньої сонної артерії з оперативним втручанням (ендартеректомія, тромбектомія на тлі відновлю-

вальної медикаментозної терапії) призводило до відновлення і збереження адекватного кровоплину по реконструйованих ВСА та інтрацеребральних артеріях. Все це спонукало продовженню результатів операційного лікування, профілактиці ТІА і ІІ, зниженню прогресування дисциркуляторної енцефалопатії.

И.С. Зозуля, В.И. Боброва, А.И. Зозуля

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ОККЛЮЗИОННО-СТЕНОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ.

Киевская медицинская академия последипломного образования им. П.Л.Шупика

Проведено клініко-інструментальне обстеження 124 хворих з ішемічним інсультом, обумовленим окклюзіонно-стенотичними ураженнями ВСА. Хворі розділені на 2 групи – І – основна (94 хворих), які оперовані (ендартеректомія, тромбектомія, реконструкція ВСА) і ІІ (30 хворих) – які отримували тільки медикаментозну відновлювальну терапію.

Крім клінічного обстеження, хворим проводилось клініко-лабораторне обстеження і застосовувались візуалізуючі методи (УЗДГ, ТК, УЗДГ, АКТ, МРТ, АГ).

Визначено, що у хворих в віддаленому періоді (1-2 роки) було статистично достовірне покращення клінічних даних у більшості хворих основної групи. 60% хворих приступили до роботи. У хворих контрольної групи збережено тільки тенденцію до покращення клінічних показателів. При цьому у 15 хворих були ТІА і ІІІ, один хворий помер.

Удовільняюче кровообіг в ВСА було зареєстровано у 98,8% хворих основної і у 34,7% - контрольної групи. (Журнал психіатрії і медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.87-89)

I.S. Zozulya, V.I. Bobrova, A.I. Zozulya

EFFICACY OF SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH ISCHEMIC INSULT CONDITIONED ON OCCLUSION-STENOTIC LESIONS OF INTERNAL CAROTID ARTERY

Kyiv Medical Academy of Post-Graduate Education named after P.L.Shupik

A clinical-instrumental examination of 124 patients with ischemic insult conditioned on occlusion-stenotic lesions of internal carotid artery (ICA) was carried out. There were 2 groups of patients: the first one was basic (94 patients who were operated (endarterectomy, thrombectomy, renovation of ICA) and the second one included 30 patients who took only medicamentous recovery therapy. The clinical-laboratory examination was conducted in addition to clinical one. The visualizing methods were applied (ultrasonic dopplerography, transcranial ultrasonic dopplerography, axial computer tomography, MRI, angiography). It was determined that statistic reliable improvement of the clinical data in the most of patients in basic group was observed in patients in the remote period (1-2 years). 60% of patients started their work. At the same time, 15 patients had transitory ischemic attack and ischemic insult. One patient died. Satisfactory blood circulation in the ICA was registered in 98.8% of patients in basic group and in 34.7% of patients in the control group. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.87-89)

Література

1. Виничук С.М. Сучасна діагностика і лікування гострих ішемічних порушень мозкового кровообігу (методичні рекомендації).- Київ-2002.- 28 с.
2. Губка А.В., Котова Т.П., Перцов В.И., Губка В.А. Доплерографічна оцінка результатів хірургічного лікування хворих з окклюзіонними ураженнями екстракраніальних артерій. //Тези всеукраїнської конференції за міжнародною участю "Актуальні проблеми відновлювальної хірургії". Запоріжжя.- 2001.- с.17-18.
3. Дубенко О.Е. Магнітно-резонансна томографія мозку при кардіогенних інсультах.//Укр. радіологічний журнал.- 2000.- №8.- с.31-34.
4. Зозуля І.С., Боброва В.І. Вторинна профілактика ішемічного інсульту. Оптимізація лікувальної тактики.//Укр. вісник психоневрології.- 2002.- Т.10, вип. 1 (30) (додаток).- с.55-56.
5. Кузнецова С.М. Этиопатогенез инсульта. Клинические варианты/

- /DOCTOR. Журнал для практичних лікарів.- 2003.- №3.- с.13-16.
6. Мищенко Т.С. Вторичная профилактика ишемического мозгового инсульта. //Укр. мед. часопис.- 2001.- №5 (25).- с.9-18.
7. Поліщук М.С., Гурковський А.І., Гончарук О.М., Ломачко В.В., Зозуля А.І., Самосюк Н.І., Смолянко В.І. Диференційоване лікування гемодинамічних перешкод кровотоку в каротидному басейні. //Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л.Шупика.- Вип. 11, кн.3.- К.- 2002.- с.314-319.
8. Полищук Н.Е. Что делать? Или необходимость организационных изменений в борьбе с инсультом в Украине. // DOCTOR.- 2003.- №3.- с.7-10.
9. Покровский А.В., Гусев Е.И., Пышкина Л.И., Ерохина О.Ю., Яшвили Д.И. Результаты неврологического обследования больных с окклюзионным поражением магистральных артерий головы в отдаленном послеоперационном периоде. //Невропатология и психиатрия.- 1985.- Т.85.- №1.- с.3-5.

Поступила в редакцію 19.06.2004