

## КАРОТИДНАЯ ЭНДАРТЕРАЕКТОМИ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ.

Соколов А.А., Цветкова Н.В., Зинченко М.В., Шевченко В.А., Кочергина Е.И

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

**Целью** исследований явилось изучение в сравнительном аспекте клинических, транскраниальных доплерографических (ТКДГ) и КТ-перфузионных исследований у пациентов с ИИ и каротидной эндартерэктомией и у пациентов только с лекарственной терапией.

**Материал.** В основную группу (n=63) входили пациенты с каротидной эндартерэктомией (КЭ), а в контрольную группу (n=67) входили пациенты, получавшие только консервативную терапию. Исследования проводили на 50-60, 120-130 дни течения ИИ (первое исследование -30 дней после КЭ в основной группе).

**Результаты.** Следует отметить, что эволюция неврологической симптоматики наблюдалась в обеих группах преимущественно за счет уменьшения гемипареза. Однако в основной группе через 1 месяц после КЭ уменьшение гемипареза было статистически достоверным ( $P<0,05$ ) по сравнению с контрольной группой. Достоверной разницы в эволюции монопареза и нарушений высших мозговых функций отмечено не было. По данным доплерографических исследований увеличение объемной скорости кровотока по ВСА и линейной скорости по средней мозговой артерии (СМА) симптомной стороны наблюдалось в обеих группах больных со статистической достоверностью, но особенно эта разница была заметна к 1 году после инсульта. Если в контрольной группе происходило закономерное замедление ЛСК в СМА симптомной стороны, то в основной группе скорость кровотока сохранялась практически на уровне послеоперационного течения ( $P=0,002$ ). В сравнительном аспекте особенно наглядно проявлялась эволюция очага повреждения у больных через 1 месяц после КЭ в основной группе и контрольной группе через 3-4 месяца лечения по данным КТ - перфузии. Объем очага поражения в контрольной группе сократился на 21-37% в зависимости от типа ИИ за счет уменьшения зоны ишемии вокруг очага некроза мозговой ткани. Такие изменения, по нашему мнению, связаны с улучшением мозгового кровообращения и «вымыванием» мелких тромбов из зоны ишемии мозговой ткани. Однако через год после наступления ИИ существенной разницы в объеме очага в обеих группах уже не отмечалось.

Нами была прослежена частота повторных ОНМК в анамнезе у пациентов в обеих группах в зависимости от резерва дилатации пияльно-капиллярных сосудов (коэффициент овершута-КО). Все 130 пациентов обеих группах были разделены на две подгруппы: 1-КО<1,2, 2-КО>1,2. Повторный

ИИ в оперированной группе наступил у 15(24%) пациентов, в контрольной – у 53(79%) больных в течение срока наблюдения. Выявлена определенная закономерность наступления повторного ОНМК. Повторное ОНМК наступило в обеих группа преимущественно у пациентов при КО<1,2, т.е. при низком резерве дилатации капилляров мозга. Частота наступления повторной ишемии в основной группе оказалась в 3 раз реже, чем в контрольной группе.

**Заключение.** Таким образом, основное назначение КЭ заключается в ускорении регрессии клинической симптоматики и профилактике повторного ОНМК в основной группе. Коэффициент овершута может служить маркером отдаленного прогноза и возможного развития повторного ишемического инсульта.

### Список литературы:

- 1) Дадабаев В.К., Стрельников В.Н., Соколов А.А., Стрельников Е.В. Снижение частоты артефактов при кт-оценке плотности костной ткани в стоматологии и для идентификации личности при проведении судебно-медицинских экспертиз // Международный научно-исследовательский журнал. 2015. № 9-4 (40). С. 28-33.
- 2) Дадабаев В., Соколов А., Колкутин В. Рентгенологические методы при судебно-медицинской экспертизе шейного отдела позвоночника // Врач. 2014. № 7. С. 63-66.
- 3) Дадабаев В.К., Соколов А.А. Компьютерная томография в производстве судебно-медицинской экспертизы для диагностики и определения степени тяжести причинённого вреда здоровью при повреждении шейного отдела позвоночника // Медицинская экспертиза и право. 2014. № 2. С. 49-54.
- 4) Чичановская Л.В., Соловьева А.В., Бахарева О.Н., Брянцева М.В., Соколов А.А. Эффективность применения сочетанной антиоксидантной и нейропротективной терапии у больного вирусным менингоэнцефалитом // Consilium Medicum. 2012. Т. 14. № 2. С. 19-21.
- 5) Румянцева И.К., Зинченко М.В., Соколов А.А., Плюхин А.А., Жиганова Н.В., Серяков В.Н. Вирус папилломы человека (ВПЧ) – лабораторная диагностика в Тверском онкодиспансере // Тюменский медицинский журнал. 2010. № 3-4. С. 24.
- 6) Поздняков О.Б., Асеев А.В., Ситкин С.И., Соколов А.А., Чирков Р.Н. Использование методов лучевой диагностики и реанимационных мероприятий у пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях на дооперационном этапе // Верхневолжский медицинский журнал. 2010. Т. 8. № 2. С. 44-46.
- 7) Соколов А.А., Страхов К.А., Ефимов С.Ю. Возможности рентгенэндоваскулярного лечения варикоцеле // Международный журнал интервенционной кардиоангиологии. 2009. № 19. С. 66-67.

- 8) Александрова З.П., Соколов А.А., Шевченко В.А. Случай мраморной болезни (остеопетроза) у мальчика 6 лет // Верхневолжский медицинский журнал. 2009. Т. 7. № 3. С. 19-21.
- 9) Соколов А.А., Цветкова Н.В., Шевченко В.А. Ультразвуковая диагностика первичного варикозного расширения вен таза // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2005. № 2. С. 122.
- 10) Соколов А.А., Цветкова Н.В. Флебосонографические изменения левой почечной вены при варикозном расширении овариальных вен // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2002. № 2. С. 235.
- 11) Соколов А.А. Значение фоновых изменений левых почечной и гонадных вен в патогенезе варикоцеле и варикозного расширения овариальных вен по данным флебографических исследований // Медицинская визуализация. 2002. № 3. С. 107-111.
- 12) Соколов А.А., Цветкова Н.В. Варикозное расширение овариальных вен - диагностика и лечение // SonoAce-Ultrasound. 1999. № 4. С. 15.
- 13) Доманский В.О., Соколов А.А., Цветкова Н.В. Ультразвуковая диагностика и рентгеноэндоваскулярное лечение варикозного расширения овариальных вен // Ультразвуковая диагностика. 1998. № 2. С. 18.