

## **ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ И ТОПОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ ПОСЛЕ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ**

Инсульты головного мозга — актуальная медицинская и социальная проблема. В России ежегодно регистрируется более 400 000 инсультов, около 80% из которых составляют ишемические нарушения. По смертности в экономически развитых странах инсульт занимает 2-3 место в структуре общей смертности и первое место среди причин инвалидизации. Летальность в остром периоде инсульта достигает 35%, увеличиваясь на 12-15% к концу первого года после перенесенного инсульта. К трудовой деятельности возвращается не более 10-12% больных. В настоящее время не вызывает сомнения концепция патогенетической гетерогенности ишемического инсульта, причём наиболее частым являются атеротромботический и тромбэмболический типы, связанные с атеросклерозом экстракраниальных сосудов. Основным методом лечения и вторичной профилактики при окклюзирующих поражениях сонных артерий считается каротидная эндартерэктомия (КЭ).

**Целью исследований** явилось изучение в сравнительном аспекте клинических, ультразвуковых и МР-томографических результатов каротидной эндартерэктомии в двух группах пациентов.

### **Материалы и методы**

В основную группу (n=63) входили пациенты с эндартерэктомией на 70-90 сутки после наступления инсульта, а в контрольную группу (n=67) входили пациенты, получавшие только консервативную терапию. Исследования проводили на 50-60, 120-130 дни течения ИИ (30 дней после КЭ в основной группе) и в катанамнезе до 3 лет. 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 (дуплексное сканирование и ТКДГ) 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 падение 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 за у больных через 1 месяц после КЭ в основной группе и контрольной группе через 3-4 месяца лечения по данным МР — ДВИ. 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 уже не отмечалось.

Нами была прослежена частота повторных ОНМК в катанамнезе у пациентов в обеих группах в зависимости от резерва дилатации пиально-капиллярных сосудов (коэффициент овершута-КО). Все 130 пациентов обеих групп 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**

Профилактическое назначение КЭ заключается в ускорении регрессии клинической симптоматики за счет репарации мозга и профилактики повторного ОНМК. Коэффициент овершута может служить маркером отдаленного прогноза и возможного развития повторного ишемического инсульта.

#### **Литература**

1. Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. -СПб: Фолиант, 2002.- С.10-16; 34; 93-98; 99;126-143.
2. Джибладзе Д.Н. Патология сонных артерий и проблема ишемического инсульта: клинические, ультразвуковые и гемодинамические аспекты. М., 2002. — 169 с.
3. Зайратьянц О.В. Анализ смертности, летальности, числа аутопсий и качества клинической диагностики в Москве за последнее десятилетие (1991-2000гг.)// Приложение к журналу Архив патологии. 2002. — С.18-21.
4. Казанчян П.О. Пластика сонной артерии при каротидной эндартерэктомии //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 1995. — Т. 154, №2. — С. 42-45.
5. Леменев В.Л., Крылов В.В., Ахметов В.В., Усачев Д.Ю. Хирургическое лечение ишемии головного мозга // Международный хирургический конгресс: «Актуальные проблемы современной хирургии»: Материалы. Москва, 2003. — С. 167.
6. Wilkinson I.D. Short-term changes in cerebral microhemodynamics after carotid stenting / I.D. Wilkinson, P.D. Griffiths, N. Hoggard et al. // AJNR. 2003. -V. 24, №8. — P.1501-1507.