

КЛИНИЧЕСКИЕ И ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ ПОСЛЕ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ

М. А. Голубева, Е. М. Семенова, А. А. Соколов

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

Цель исследования: изучить клинические, ультразвуковые и МР-томографические результаты каротидной эндартерэктомии (КЭ) при ишемическом инсульте (ИИ).

Материалы и методы: в основную группу (n=63) входили пациенты с эндартерэктомией на 70-90 сутки после наступления ИИ, а в контрольную группу (n=67) - 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: эволюция неврологической симптоматики наблюдалась в обеих группах преимущественно за счет уменьшения гемипареза. В основной группе через 1 мес. после КЭ уменьшение гемипареза было статистически значимым ($P < 0,05$), по сравнению с контрольной группой. Существенной 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 значимостью, но особенно это различие было заметно 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 ($P = 0,002$). Особенно наглядно проявлялась эволюция очага повреждения у больных через 1 мес. 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 связаны с улучшением мозгового кровообращения и «вымыванием» мелких тромбов из зоны ишемии мозговой ткани. Через год после ИИ существенной разницы в объеме очага уже не было. Прослежена частота повторных ОНМК в катанамнезе у пациентов в обеих группах в зависимости от резерва дилатации пияльно-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. Выявлена определенная закономерность наступления повторного ОНМК. Повторное ОНМК чаще наступало у пациентов при $KO < 1,2$, т.е. при низком резерве дилатации капилляров мозга. Частота наступления повторной ишемии в основной группе оказалась в 3 раз ниже, чем в контрольной группе.

Выводы: значение КЭ заключается в ускорении регрессии клинической симптоматики за счет репарации мозга и в профилактике повторного ОНМК. Коэффициент овершута может служить маркером отдаленного прогноза и возможного развития повторного ИИ.