

ПРИЧИНА АНГИОЭМБОЛИИ. ЗНАЧЕНИЕ АНГИОСКОПИИ ПРИ СТЕНОЗЕ СОННЫХ АРТЕРИЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

^{1,2}Дуданов И.П., ¹Ахметов В.В., ¹Можаровский К.В., ¹Шилов Р.В., ¹Гапизов М.С., ¹Рубаненко Ю.К.

¹ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет», г. Петрозаводск;

²СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», Санкт-Петербург

Актуальность проблемы. Тактика ранней реперфузии головного мозга в остром периоде ишемического инсульта вызывает немало споров и нередко определяется возможностями и интересами учреждения. Риск и частота возникновения инсульта, связанного с рестенозом сонных артерий (СА) после стентирования (СтСА) или каротидной эндартерэктомии (КЭАЭ) при симптомном стенозе, не изучены.

Цель исследования. Уточнить причины и определить риск рестеноза и инсульта после стентирования или каротидной эндартерэктомии при патологии сонных артерий в остром периоде ишемического инсульта.

Материал и методы. За период с 2011 по 2019 гг. 1206 пациентам в возрасте около 60 лет (в среднем – $61,2 \pm 8,3$) и старше с симптомным стенозом просвета СА 60%, диссекцией интимы и другой патологией выполнены 1489 вмешательств в сроки до 2 недель после возникновения ОНМК. Анализированы результаты исследования пациентов, которые регулярно наблюдались у невролога, обследованы с использованием методов УЗИ или КТ-ангиографии (по показаниям). Рестеноз определялся как любое сужение оперированной артерии размером 50% или более, или окклюзия артерии. Оценивались клинические симптомы при наличии рестеноза, перенесенные повторные НМК или ТИА. Выполнена КЭАЭ преимущественно классическим методом продольной артериотомии у 1/3 и эверсионной – у 2/3 от общего количества опе-

рированных. У 186 пациентов этой группы в сроки от 2 до 4 недель после первой операции, выполнены реконструкции при критических стенозах контрлатеральных СА.

За тот же период у 62 пациентов выполнено СтСА в раннем периоде инсульта. Показания к стентированию определялись тяжестью сопутствующей патологии пациентов в возрасте старше 80 лет, а также, у большинства, настоятельным желанием пациентов. Возраст пациентов 2 группы составил $82,4 \pm 7,7$ года.

Пациенты после операции наблюдались как клинически, так и оценкой с помощью дуплексного сканирования через 30 дней, через 3, 6 и 12 месяцев после лечения, затем ежегодно. За период наблюдения клинически центральные осложнения в виде ТИА на стороне ранее оперированной артерии в I группе наблюдали у 4 пациентов (0,04%). Во II группе (стентированных) – у 6 (9,7%) больных; в 4 случаях диагностированы рестенозы просвета СА в стенте до 90% и тромбоз стента у 2 больных – больные реоперированы с удалением стента и эндартерэктомией открытым способом

Результаты исследования. Умеренный рестеноз (<40%) наблюдался у 17 пациентов (27,4%) после стентирования и у 52 после эндартерэктомии (4,6%). Выраженный рестеноз (50% и более) с клиникой в виде частых ТИА и повторных ОНМК, потребовавший повторного вмешательства в группе стентированных наблюдался у 14 пациентов (22,6%); во всех случаях открытым способом выполнено удаление стентов, эндартерэктомия. В группе оперированных открытыми способами – рестеноз более 50% просвета артерии без ОНМК и ТИА после вмешательства – у 6 больных (0,5%); во всех случаях были выполнены дилатации и установлены стенты в зоне рестеноза.

Обсуждение. При плотной фиброзной бляшке показано, и скорее всего, необходимо выполнить стентирование стенозированного сегмента СА. Особенно у «возрастных» пациентов с тяжелой сопутствующей патологией. При гетерогенной бляшке, распад которой и является преимущественно причиной атероэмболии с дефектом ее покрышки и выходом содержимого в просвет

сосуда, стентирование артерий противопоказано. Это связано с пролабированием элементов гетерогенной бляшки через «сетку» стента в просвет артерии и неизбежным рестенозом, тромбозом стента. Частота выраженных рестенозов, а также послеоперационных ТИА и ОНМК наблюдается у 20% и более больных в сроки 3-6 месяцев после СтСА в остром периоде ишемического инсульта. Стентирование – метод временного улучшения перфузии пораженного бассейна, не исключая частые осложнения в ближайшем и отдаленном периоде. Когда речь идет о бассейне головного мозга – временное может быть как исключение! Целесообразно в один этап решение вопроса о восстановлении адекватной церебральной перфузии. При стабильном состоянии больного уже в раннем периоде инсульта открытое вмешательство с удалением атерозмбологенной бляшки, реконструкцией артерии при других причинах дает наиболее предсказуемые результаты с благоприятным прогнозом.

Заключение. По крайней мере, умеренный (<40%) и выраженный (50% и более) рестеноз наблюдался чаще после СтСА, чем после открытой операции КЭАЭ у оперированных пациентов в остром периоде ишемического инсульта в сроки до 2 недель, и повышал риск развития ипсилатерального инсульта в отдаленном периоде.

В какой степени и в связи с преимущественно какими процессами возникает риск инсульта при рестенозе от стентирования или от открытого вмешательства – каротидной эндартерэктомии, необходимы дальнейшие исследования, которые должны быть выполнены как можно быстрее в нескольких региональных сосудистых центрах и оформлены в виде национальных рекомендаций.