

УЛУЧШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВотоКА У БОЛЬНЫХ С ОККЛЮЗИЕЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ.

Можаровский К.В.¹, Шилов Р.В.¹, Гапизов М.С.¹, Рубаненко Ю.К.¹, Ахметов В.В.¹, Ду-
данов И.П.²

¹ГБУЗ «Городская клиническая больница им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ», Москва;

²ГБУЗ «Городская Мариинская больница», Санкт-Петербург

Актуальность: на долю полных завершенных инсультов приходится от 15% до 25% подтвержденных случаев окклюзии внутренней сонной артерии (ВСА). Совокупный риск ишемического инсульта на стороне окклюзированной внутренней сонной артерии составляет 5-7% в год, несмотря на проведение оптимальной медицинской терапии.

Материал и методы: в 2019-2020 годах в ГКБ им. А.К. Ерамишанцева г. Москвы оперированы 975 пациентов с атеросклеротическим поражением сонных артерий.

В исследование включены 16 пациентов с установленной полной окклюзией ВСА.

Критерий включения: наличие атеросклеротической бляшки (АСБ) по данным УЗДС, окклюдирющей просвет ВСА, тромбоз дистальных отделов ВСА, наличие стеноза общей сонной артерии (ОСА) более 50%, стеноз наружной сонной артерии (НСА) более 50%.

Все пациенты имели в анамнезе острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). Протокол предоперационного обследования включал общеклинические анализы, УЗДС, МСКТ-ангиографию экстра-интракраниальных отделов ВСА, осмотр невролога и кардиолога. В качестве метода оценки перфузии головного мозга перед операцией и для контроля результатов, выполнялась однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ). Хирургическая техника: эндартерэктомия из ампулы ВСА с тромбэктомией из дистальных отделов. При отсутствии ретроградного кровотока по внутренней сонной артерии, операция заканчивалась эндартерэктомией из ОСА, НСА, лигированием ВСА.

В послеоперационном периоде проводилась антикоагулянтная, дезагрегантная терапия, на 5 сутки послеоперационного периода выполнялось контрольное ОФЭКТ. Спу-

ства 6 месяцев ОФЭКТ выполнялось амбулаторно. В зависимости от времени первичного возникновения окклюзии ВСА пациенты разделены на 2 группы:

Первая группа (n=3): Время от начала ОНМК меньше месяца. Диаметр дистальной части ВСА превышал 4мм.

Вторая группа: (n=13) Время от начала ОНМК больше месяца. Диаметр дистальной части ВСА варьировался от 2 до 5мм.

Результаты: Всем троим пациентам первой группы удалось восстановить кровоток по внутренней сонной артерии. При выполнении контрольного ОФЭКТ определялось увеличение перфузии на 36%, 45%, 89% в ипсилатеральном полушарии и на 18%, 12%, 42% в контралатеральном полушарии у первого, второго и третьего пациента соответственно. При контрольном УЗДС через 3 месяца кровоток по ВСА сохранялся, результаты ОФЭКТ спустя 6 месяцев без отрицательной динамики.

У пациентов второй группы не удалось восстановить кровоток по ВСА, однако за счет улучшения кровотока по НСА отмечено улучшение перфузии головного мозга. После оперативного вмешательства перфузия ипсилатерального полушария увеличилась в среднем на 22% (9;40), перфузия контралатерального полушария увеличилась на 12% (8; 17), результаты ОФЭКТ спустя 6 месяцев без отрицательной динамики.

Среднее время наблюдения составило 17 месяцев (от 10 до 19 месяцев), ни у одного пациента не было повторного ОНМК.

Выводы: Успешное восстановление кровотока по окклюзированной ВСА возможно при сроках тромбоза менее месяца и наличии окклюдированной АСБ в ампуле ВСА. Ультразвуковыми критериями длительно существующей окклюзии ВСА являются малый диаметр ВСА и гомогенное содержимое в просвете артерии. При невозможности получить удовлетворительный ретроградный кровоток по ВСА показано выполнение ЭАЭ из НСА с лигированием ВСА для усиления кровотока по межсистемным анастомозам, что в свою очередь приводит к улучшению кровоснабжения головного мозга.