

А.Г. САХИПОВА

Самарский государственный медицинский университет

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ С ПОМОЩЬЮ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАКТОМИИ

В статье рассматриваются результаты сравнительного анализа двух групп больных. Исследуемая группа состоит из 20 человек и группа сравнения – из 14. Все пациенты перенесли ишемический инсульт и получали стационарное лечение в ГБУЗ СГКБ № 1 имени Н.И. Пирогова. У всех пациентов исследуемой группы выявлены окклюзии либо стенозы сонных артерий более чем в 60% случаев, и этим больным была проведена КЭАЭ в остром периоде заболевания. Пациенты контрольной группы имели гемодинамически незначимые стенозы и, соответственно, не были оперированы. У многих пациентов были выявлены депрессия, тревожное расстройство, практически все они имели когнитивные нарушения. Наблюдение в течение последующего года показало, что у большинства больных неврологический статус не изменился, у части больных отмечался регресс неврологической симптоматики, причем в исследуемой группе результаты были лучше. Все пациенты отметили улучшение самочувствия и общего состояния, уменьшение симптомов депрессии и тревоги. Восстановление когнитивных функций было эффективнее в исследуемой группе.

Ключевые слова: острый период ишемического инсульта, каротидная эндартерэктомия, динамика неврологических нарушений

Сахипова Айым Гарипуллаевна – заочный аспирант кафедры неврологии и нейрохирургии. E-mail: simbol90@mail.ru

A.G. SAKHIPOVA

Samara State Medical University
Samara State Clinical Hospital №1 n.a. N.I. Pirogov, Samara

SECONDARY PREVENTION OF ACUTE ISCHEMIC STROKE BY MEANS OF CAROTID ENDARTERECTOMY

The article discusses the results of the comparative analysis of 2 groups. The study group consists of 20 people and a comparison group of 14 patients. All patients suffered ischemic stroke and were treated Samara State Clinical Hospital №1 n.a. N.I. Pirogov. All patients of the study group demonstrated the occlusion or carotid stenosis greater than 60%, and these patients were performed CEA in the acuity. Patients in the control group having hemodynamically insignificant stenoses were not operated. Many patients demonstrated depression, anxiety disorder, almost all had cognitive impairments. One year follow-up revealed that most patients didn't change their neurological status. Some of the patients having regression of neurological symptoms, the results in the study group were better. All patients noted improvement of health and general condition, reduction of depression and anxiety. Recovery of cognitive function was greater in the study group.

Keywords: acute ischemic stroke; carotid endarterectomy; dynamics of neurological disorders

Aiym Garipullaevna Sakhipova, Postgraduate of the Neurology and Neurosurgery Chair. E-mail: simbol90@mail.ru

Ежегодно огромное количество людей становятся инвалидами после перенесенного инсульта. Отмечается большое количество летальных исходов в результате данного заболевания [9]. В России инсульт занимает третье место в структуре смертности населения [4]. Самым распространенным является ишемический инсульт, причем наиболее частым (более трети случаев) – атеротромботи-

ческий, связанный с поражением сонных артерий [8]. Дуплексное сканирование и магнитно-резонансная ангиография облегчают диагностику поражений сонных артерий [2]. В настоящее время «золотым стандартом» лечения при стенозирующих поражениях сонных артерий считают каротидную эндартерэктомию (КЭАЭ) [1]. В многочисленных многоцентровых рандомизированных ис-

следованиях (NASCET, ACAS), проведенных в США и странах Европы, была убедительно показана эффективность данной операции для вторичной профилактики ОНМК у больных с выраженным (более 50-70%) каротидным стенозом, перенесших ТИА и инсульт. При симптомном стенозе сонных артерий уменьшается риск инвалидизирующего инсульта или смерти у пациентов со стенозом сонных артерий выше 70% (по критерию ECST [10]), или 50% (по критерию NASCET [11]), а при бессимптомном стенозе – более 60%. Исходя из приведенных выше данных, целесообразна оценка эффективности каротидной эндартерэктомии, выполненной в остром периоде ОНМК, в плане вторичной профилактики ишемического инсульта.

Цель исследования: оценить эффективность каротидной эндартерэктомии у пациентов в остром периоде ишемического инсульта.

Материалы и методы

Были обследованы 34 пациента в возрасте от 45 до 79 лет, находившиеся в городском сосудистом центре ГБУЗ СГКБ № 1 имени Н.И. Пирогова города Самары. Пациенты поступали в сосудистый центр в остром периоде острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Все пациенты были разделены на две группы. В первой группе (группе исследования) пациенты перенесли операцию – каротидную эндартерэктомию в остром периоде ишемического инсульта и получали стандартное лечение ОНМК [3]. Во второй группе (группе сравнения) пациенты получали лишь стандартную терапию. В обеих группах преобладали мужчины, всего 26 пациентов, женщин – 8 (по 4 пациентки в каждой группе).

У всех пациентов был диагностирован ишемический инсульт полушарной локализации в бассейнах правой или левой внутренней сонной артерии (ВСА). В 1 группе преобладал атеротромботический тип ишемического инсульта (16 наблюдений), неуточненный характер инсульта был у 4 больных. Во 2 группе преобладал неуточненный тип ишемического инсульта (10 пациентов), атеротромботический тип был у 4 больных. Всем пациентам были выполнены компьютерная томография (КТ) головного мозга и ультразвуковое исследование брахиоцефальных сосудов. В первой группе с помощью ультразвукового исследования брахиоцефальных артерий (БЦА) были выявлены окклюзии и стенозы внутренней сонной артерии более чем в 60% случаев, поэтому всем этим больным была прове-

дена КЭАЭ в остром периоде ОНМК в сроки от одного до 21 дня, с целью улучшить кровоснабжение ишемизированного полушария головного мозга. Общее состояние здоровья больных позволяло проводить плановое хирургическое вмешательство [1]. Во второй группе пациенты имели либо системный не стенозирующий атеросклероз – 9 наблюдений, либо системный стенозирующий атеросклероз до 50% – у 5 больных.

Результаты исследования и их обсуждение

У всех пациентов отмечались неврологические нарушения в виде гемипареза, гемигипестезии, дизартрии, моторной сенсорной афазии, нарушения функции VII и XII пар черепных нервов разной степени выраженности.

При оценке неврологического статуса использовали шкалы Рэнкин, NIHSS, Ривермид [5], и результаты распределились следующим образом: по модифицированной шкале Рэнкин – от 1 до 3 баллов, по шкале NIHSS – от 1 до 7 баллов, по индексу мобильности Ривермид – от 2 до 14 баллов (таблица 1).

Таблица 1

Сравнительная таблица показателей неврологических шкал

Разброс баллов по шкалам в группах	1 группа	2 группа
NIHSS (баллы)	1-7	2-7
Рэнкин (баллы)	1-3	1-3
Ривермид (баллы)	2-14	4-12

Исследование также включало шкалы тревоги и депрессии Гамильтона, шкалу тревоги Цунга, оценку когнитивных функций с помощью МОСА-теста [6]. Результаты исследования представлены в таблице 2.

Все обследованные больные имели сопутствующую соматическую патологию. Данные представлены в таблице 3.

Все пациенты были осмотрены до и после хирургического вмешательства. Каких-либо послеоперационных осложнений ближайшего периода, а также летальных исходов отмечено не было. Нарастания очаговой неврологической симптоматики не было отмечено ни в одном наблюдении. В большинстве случаев неврологический статус пациентов не изменился.

Пациенты были осмотрены через 12 месяцев после перенесенного инсульта и хирургического лечения. Выяснено, что повторных нарушений мозгового кровообращения в обеих группах ни в одном наблюдении не отмечалось. Все больные

Таблица 2

Уровни депрессии, тревоги и нарушения когнитивных функций у исследованных больных

Шкалы	1 группа	2 группа
Депрессии Гамильтона	4 - норма 9 - легкое депрессивное расстройство 5 - депрессивное расстройство средней степени тяжести 2- депрессивное расстройство тяжелой степени	10 - легкое депрессивное расстройство 4 - депрессивное расстройство средней степени тяжести
Тревоги Гамильтона	13- отсутствовала тревога 7- средняя выраженность тревожного расстройства	14 - тревога отсутствовала
Шкала Цунга	18 - норма 2- ситуативная тревога	14 - норма
МОСА-тест	нет нарушений 19 - имели когнитивные нарушения	2 - нет нарушений 12 - имели когнитивные нарушения

Таблица 3

Сопутствующая патология в группах исследованных больных

Сопутствующая патология	1 группа	2 группа
Гипертоническая болезнь	18	14
Стенокардия напряжения	6	4
Фибрилляция предсердий	2	1
Сахарный диабет	4	3
Дислипидемия	17	13
Инфаркт миокарда	4	2
Инсульт в анамнезе	-	2
Аритмии (экстрасистолия)	-	2
Хроническая сердечная недостаточность	3	-
Ишемическая болезнь сердца	15	5

обеих групп проводили медикаментозную профилактику ОНМК с использованием аспирина и нейропротекторов [7].

При осмотре и исследовании по шкалам Рэнкин, NIHSS, Ривермид показатели улучшились в обеих группах, однако в 1 группе пациентов без симптомов или с незначительной неврологической симптоматикой было больше, как это видно из данных таблицы 4.

Таблица 4

Показатели неврологических шкал в группах больных через 12 месяцев после инсульта

Шкалы	1 группа	2 группа
NIHS	0-7	0-7
Рэнкин	0-1	0-2
Ривермид	12-15	10-15

Анализ уровня депрессии по шкале депрессии Гамильтона, тревоги по шкалам Цунга и тревоги Гамильтона показал, что уровень депрессии и тревоги стали существенно ниже в обеих группах.

Когнитивные функции оценивались с помощью Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (МОКА-тест), согласно которой в 1 группе увеличилось количество пациентов с не измененными когнитивными функциями, и у всех пациентов этой группы баллов, набираемых по данному тесту, стало больше. Во второй группе значимых изменений выявлено не было (таблица 5).

Заключение

Таким образом, в результате проведенного у 34 больных исследования было установлено, что КЭАЭ, выполненная по показаниям в остром периоде ишемического инсульта, является методом вторичной профилактики ОНМК и, кроме того, сопровождается улучшением общего самочувствия пациентов, уменьшением уровня тревожности, исчезновением или уменьшением выраженности депрессивного состояния, а также способствует лучшему восстановлению и регрессу неврологической симптоматики и когнитивных нарушений.

Уровни депрессии, тревоги и нарушения когнитивных функций в исследуемых группах через 12 месяцев

Шкалы	1 группа	2 группа
Депрессии Гамильтона	9 - норма 10 - легкое депрессивное расстройство 1 - депрессивное расстройство средней степени тяжести	6 - норма 6 - легкое депрессивное расстройство 2 - депрессивное расстройство средней степени тяжести
Тревоги Гамильтона	19 - тревога отсутствовала 1 - средняя выраженность тревожного расстройства	14 - тревога отсутствовала
Шкала Цунга	20- норма	14 - норма
МОСА-тест	4 - нет когнитивных нарушений 16 - имели когнитивные нарушения	2 - нет нарушений 12 - имели когнитивные нарушения

Список литературы

1. Верещагин Н.В. Каротидная эндартерэктомия в профилактике ишемического инсульта у больных с атеросклеротическими стенозами сонных артерий / Н.В. Верещагин, Д.Н. Джибладзе, Т.С. Гулевская и др. // Журнал неврологии и психиатрии – 1994. – № 2. – С. 103-108.

2. Верещагин Н.В. Принципы диагностики и лечения больных в остром периоде инсульта / Н.В. Верещагин, М.А. Пирадов, З.А. Суслина // Consilium medicum. – 2001. – № 5 – С. 221–225.

3. Виленский Б.С. Неотложные состояния в неврологии. Руководство для врачей. – СПб.: Фолиант, 2004. – 512 с.

4. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Эпидемиология инсульта в России // Инсульт. Приложение к Журналу неврологии и психиатрии. – 2003. – Вып. 8. – С. 4-9.

5. Кузнецов А.Н. Ишемический инсульт и транзиторные ишемические атаки / А.Н. Кузнецов, В.И. Скворцова, Л.В. Стаховская, З.А. Суслина / Клинические рекомендации. Неврология и нейрохирургия // Под. ред. Е.И Гусева, А.Н. Коновалова, А.Б. Гехт. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С. 129-177.

6. Кумминг Т.Б., Берхардт Дж., Линден Т. Монреальская шкала оценки когнитивных

функций: быстрое исследование когнитивных функций в крупных исследованиях с участием пациентов с инсультом // Stroke. – 2011. – № 4– С. 4-7.

7. Профилактика и лечение инсульта. Рекомендации Европейской инициативной группы по проблеме инсульта (EUSI) // Инсульт. Приложение к Журналу неврологии и психиатрии. – 2001. – Вып. 4. – С. 3-9.

8. Суслина З.А. Пирадов Н.В., Верещагин Н.Н. Подтипы ишемических нарушений мозгового кровообращения: диагностика и лечение // Consilium medicum. – 2001. – № 5.

9. Bravata D.M. Long-term mortality in cerebrovascular disease / D.M. Bravata, S.Y. Ho, L.M. Brass et al. // Stroke. – 2003. – 34. P.699–704.

10. European Carotid Surgery Trialists' Collaborative Group. MRC European Carotid Surgery Trial: interim results for symptomatic patients with severe (70-99%) or with mild (0-29%) carotid stenosis. Lancet. – 1991. – 337. – P. 1235-1243.

11. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators. Beneficial effect of carotid endarterectomy in symptomatic patients with high-grade carotid stenosis. N. Engl. J. Med. – 1991. – 325. – P. 445-453.