

РИСК ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ИНФАРКТА ГОЛОВНОГО МОЗГА В ХИРУРГИИ СОННЫХ АРТЕРИЙ

А. А. ФОКИН, А. Н. КАРАНИЗАДЕ

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Южноуральский государственный медицинский университет», Челябинск, Россия

Каротидная эндартерэктомия (КЭЭ) снижает риск повторного инсульта или смерти у пациентов с недавним ишемическим инсультом (ИИ) (NASCET, 1991; ECST, 1996). Мнение о том, что хирургический метод профилактики должен во всех случаях рассматриваться не раньше чем через 4 недели после инсульта, довольно распространено. Риск геморрагической трансформации (ГТ) и расширения зоны инфаркта головного мозга остается главным аргументом для задержки хирургической операции до 4 недель. С другой стороны, риск рецидивного инсульта в течение периода ожидания хирургической операции, по общим сведениям, достигает 11,5 % (Giles MF et al., 2007). Тем не менее стратегия задержки операции до 4 недель после ИИ была признана и широко рекомендована.

Цель. Оценка риска периперационной ГТ инфаркта головного мозга после операции ранней (<4 недель) и отсроченной (>4 недель) КЭЭ у больных с ИИ.

Материалы и методы. Мы ретроспективно проанализировали данные пациентов, подвергавшихся КЭЭ в различные сроки после ИИ. Исследовали интервал времени между инсультом и КЭЭ, относительно хирургических результатов и исходов. Все операции проводились под проводниковой анестезией (блокада шейного сплетения на уровне C1-CIV) и с использованием гепарина внутривенно (5000 ЕД) до пережатия сонных артерий (СА). Всем пациентам при отсутствии противопоказаний было сделано церебральное КТ в течение последующих 48 часов. За 24 часа до операции было сделано окончательное сканирование КТ, чтобы исключить новые ишемические и геморрагические процессы. Послеоперационная КТ была сделана пациентам, которые демонстрировали новые неврологические симптомы после КЭЭ. Реконструкция СА выполнена со средней степенью стеноза ипсилатеральной СА в 86 % (от 60 до 99 %) по NASCET. Пациенты были оперированы по общепринятым показаниям. Критериями для ранней хирургии были малый инсульт, неврологическая стабильность, тяжесть инсульта не более 15 баллов по шкале степени тяжести инсульта NIHSS, отсут-

ствие данных за геморрагический инсульт или отек мозга при КТ.

Результаты. В промежутке между январем 1996 г. и декабрем 2005 г. 297 пациентам сделали КЭЭ после ИИ. КЭЭ была проведена в течение 4 недель 87 (29,3 %) пациентам, в период больше 4 недель – 210 (70,7 %) больным. Частота периперационных осложнений (ГИА, тромбоз ВСА, инсульт) в группе ранней хирургии была не больше, чем в группе ожидания (для каждого вида осложнения $p>0,05$). По числу летальных исходов группы достоверно не различаются ($p>0,05$). Общая частота неврологических осложнений и летальность после КЭЭ в группах значительно не различаются (5,8 против 6,2 %; $p>0,05$). Риск периперационной ГТ инфаркта головного мозга среди больных, оперированных в течение 4 недель, составил не больше, чем у пациентов, оперированных после 4-недельного ожидания (2,3 против 2,4 %; $p>0,05$). Однако 36,7 % пациентов, ожидающих операцию 4 недели и более, перенесли повторный инсульт во время ожидания операции. Все повторные инсульты происходили в бассейне той же самой СА, что и первичные инсульты. Большинство повторных инфарктов – 58,4 % ($p<0,01$) – происходили в течение 3–4 недель (средний промежуток – 23 дня, минимум – 15 дней, максимум – 28 дней); 33,8 % осложнений происходили в разные сроки, спустя более одного месяца после первого приступа, и только 7,8 % больных перенесли повторный инфаркт на второй неделе после первого инсульта. Пациенты с повторным инсультом имели более выраженный неврологический дефицит по шкале NIHSS и тяжелую степень инвалидизации по шкале Рэнкина. У 21 % из них повторный инсульт произошел при стенозе 50–69 %, причем при стенозе СА 70–99 % риск составил 79 %.

Заключение. Наши данные показывают, что КЭЭ может быть проведена со сравнительно низким риском в течение первых 4 недель после ИИ. Применив тактику более ранней КЭЭ, можно избежать повторных инфарктов мозга и смерти в периоде ожидания операции.