

УДК 616.134/.133-007.721:616.831-005.1-053.7

А.Г. ФАЗЛИАХМЕТОВА^{1,2}, Э.И. БОГДАНОВ^{1,2}¹Республиканская клиническая больница МЗ РТ, 420064, г. Казань, Оренбургский тракт, д. 138²Казанский государственный медицинский университет, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49

Спонтанные диссекции шейных артерий как причина инсульта у лиц молодого возраста

Фазлиахметова Алсу Газинуровна — врач-невролог неврологического отделения, аспирант кафедры неврологии и реабилитации, тел. +7-917-262-90-04, e-mail: fragaria5@rambler.ru^{1,2}

Богданов Энвер Ибрагимович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой неврологии и реабилитации КГМУ, руководитель неврологической клиники РКБ МЗ РТ, тел. (843) 237-34-72, e-mail: enver_bogdanov@mail.ru^{1,2}

В статье приведен обзор литературных данных, касающихся диссекций шейных артерий как одной из основных причин инсульта у молодых. Рассматриваются вопросы этиологии, клинической картины, диагностики и лечения.

Ключевые слова: диссекция цервикальных артерий, диссекция сонных артерий, диссекция позвоночных артерий, диссекция шейных артерий.

A.G. FAZLIKHMETOVA^{1,2}, E.I. BOGDANOV^{1,2}¹Republican Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, 138 Orenburgskiy Trakt, Kazan, Russian Federation, 420064²Kazan State Medical University, 49 Butlerov St., Kazan, Russian Federation, 420012

Spontaneous cervical artery dissections as a cause of stroke in young adults

Fazliakhmetova A.G. — neurologist of the Department of Neurology, postgraduate student of the Department of Neurology and Rehabilitation, tel. +7-917-262-90-04, e-mail: fragaria5@rambler.ru^{1,2}

Bogdanov E.I. — D. Med. Sc., Professor, Head of Neurological Clinic, Head of the Department of Neurology and Rehabilitation, tel. (843) 237-34-72, e-mail: enver_bogdanov@mail.ru^{1,2}

The article presents a literature review on the cervical artery dissections as a major cause of stroke in young adults. Issues of etiology, clinical patterns, diagnostic and treatment are considered.

Key words: cervical artery dissection, carotid artery dissection, vertebral artery dissection.

Спонтанные диссекции шейных артерий (СДША) в настоящее время являются одной из основных причин инсульта в молодом возрасте [1, 2], тогда как в общей популяции они являются причиной только 2% инсультов [3] и их распространенность в общей популяции составляет 2-6 случаев на 100000 населения в год [1]. СДША выявляется в 15-25% случаев инсульта у лиц молодого возраста [2, 3]. Частота выявления СДША зависит от диагностических возможностей клиник, осведомленности и компетентности неврологов, однако во многих случаях эта патология остается неустановленной даже при наличии церебральной ишемической симптоматики у молодых больных.

Диссекции шейных артерий (ДША) возникают в результате разрыва vasa vasorum и формирования интрамурального кровоизлияния, ведущего к рас-

пространенному неравномерному стенозу, иногда с участками окклюзии, обычно во внутренней сонной артерии на несколько сантиметров выше бифуркации или в позвоночной артерии после входа ее в межпозвоночный канал [2]. Чаще всего кровоизлияние является субинтимальным, иногда — субадвентициальным, формирующим псевдоаневризму. Радиологические исследования выявляют стенотическую форму ДША в 48%, окклюзионную — в 35% и аневризматическую — в 17% [1]. Считается, что диссекции каротидных артерий встречаются чаще, чем диссекции вертебральных артерий [1, 4]. Распространенность диссекций вертебральных артерий составляет 1 случай на 100000 населения в год [1]. Однако в российском исследовании Л.А. Калашниковой показана одинаковая частота поражения сонных и позвоночных артерий, что

может быть обусловлено средовыми факторами [5]. В 13-16% случаев ДША могут быть множественными [1].

Средний возраст больных с ДША, по данным разных авторов, составляет 35,5-45,8 лет [1]. ДША в целом примерно с одинаковой частотой встречаются у мужчин и женщин. Однако имеются некоторые гендерные различия в зависимости от локализации диссекции. Так, диссекция в системе каротидных артерий чаще наблюдается у мужчин, а в вертебрально-базиллярной системе — у женщин [1,5].

Этиология диссекции остается неизвестной. Как правило, диссекции предшествует травма, инфекция, умеренное повышение уровня гомоцистеина, гормональные нарушения, прием контрацептивов, алкоголя [5]. Подавляющее большинство диссекций являются спонтанными. Основной причиной спонтанных диссекций являются врожденные и генетически опосредованные диспластические изменения стенки артерий. Диспластические изменения характеризуются истончением, расщеплением, уменьшением степени извитости внутренней эластической мембраны, вплоть до ее полного выпрямления, патологическим изменением коллагеновых волокон с их беспорядочным расположением, формированием грубых пучков, рыхло расположенных и окруженных бесструктурным пространством, наличием кистозных полостей между медией и внутренней эластической мембраной, кистозной дегенерации медики. Эти изменения обуславливают «слабость» артериальной стенки и предрасполагают к развитию диссекции [5]. В 10-15% случаев расслоения ангиографические исследования выявляют фибромышечную дисплазию, синдром Марфана, 4-й тип синдрома Элерса-Данлоса и медионекроз [4]. Имеются данные о том, что артериальная гипертензия может быть фактором риска ДША у молодых, тогда как гиперхолестеринемия, ожирение, повышенная масса тела не ассоциированы с ДША [6]. У больных с мигренью без ауры в 2 раза повышается риск развития ДША [7, 8].

Причинами инсульта при ДША являются гемодинамические нарушения, обусловленные стенозом или артерио-артериальными эмболиями в связи с образованием пристеночного тромба, который может сформироваться в месте разрыва интимы, обычно экстракраниальных артерий [9]. В 67% дебютирующих проявлениями ДША являются транзиторные ишемические атаки (ТИА) или ишемический инсульт [9]. В 1% случаев ДША может приводить к субарахноидальному кровоизлиянию [1]. Бассейн средней мозговой артерии (СМА) поражается в 99% случаев, система передней мозговой артерии (ПМА) — в 1%, сочетанное поражение бассейнов СМА и ПМА — в 4%, а СМА и задней мозговой артерии — в 2% [4].

Клинические проявления ДША зависят от ее локализации. Типичным клиническим проявлением диссекции внутренней сонной артерии (ВСА) является триада симптомов: ишемический инсульт или переходящее нарушение мозгового кровообращения, головные или шейные боли и симптом Горнера. Головная боль при диссекции ВСА наблюдается в 60-100% [5]. У 20% больных головные боли являются единственным проявлением диссекции ВСА и не сопровождаются симптомами переходящей или стойкой ишемии мозга. Это может наблюдаться не только при диссекции одной ВСА, но и сочетанной диссекции обеих ВСА и ПА. Головные боли при ДША не имеют специфических черт, дебютируют остро или постепенно, являются интенсивными, пульси-

рующими, напоминают мигренозные или кластерные головные боли [1]. Синдром Горнера связан с быстрым расширением ВСА, сдавливающей симпатические нервные волокна и наблюдается у 14-50% больных [4]. Остро развившийся симптом Горнера в сочетании с головной или шейной болью, а также ипсилатеральным ишемическим инсультом в каротидном бассейне являются специфическими для диссекции каротидных артерий и требуют дальнейшего незамедлительного исследования шейных артерий [1]. Черепные нервы поражаются реже, лишь в 7% наблюдений, это обычно 12, 11 и 10 нервы, анатомически прилегающие к сонной артерии на шейном уровне [1]. У 14 среди 696 пациентов с диссекцией каротидных артерий развивается ретинальная ишемия [1]. Время от момента появления локальной симптоматики до развития инсульта составляет от нескольких минут-недель до месяца [1]. Пациенты, имеющие только локальные симптомы, без признаков церебральной или ретинальной ишемии составляют до 33% [1]. При диссекции позвоночных артерий, клинические проявления не столь стереотипны, наряду с шейными болями, ТИА и инфарктами в вертебро-базиллярной системе, возможны цервикальные радикулопатии. Примерно в трети наблюдений локальные симптомы, обусловленные интрамуральной гематомой, но не осложнившиеся нарушением мозгового кровообращения являются единственным проявлением ДША [1]. В 6% случаев ДША бывает асимптомной и может быть выявлена при проведении рутинных исследований [1].

До недавнего времени основным инструментальным методом, золотым стандартом в диагностике расслоения шейных артерий являлась ангиография. Совершенствование неинвазивных методов диагностики привело к внедрению в практику комплекса магнитно-резонансной ангиографии (МРА), рентгеновской компьютерной ангиографии, цветового дуплексного сканирования (ЦДС), которые в силу своих больших возможностей постепенно вытесняют ангиографию на второе место. Диагностическая чувствительность ЦДС для каротидных диссекций составляет 80-90%, а для диссекций позвоночной артерии — 70-86% [2]. При каротидных диссекциях МРТ и МР-ангиография имеют высокую диагностическую чувствительность (87-100%). При МРТ можно увидеть не только окклюзию, стеноз артерии, но и саму интрамуральную гематому, выглядящую на томограммах в виде повышения МР-сигнала, обычно полукруглой формы в режиме T1 с подавлением жировой ткани. Также возможно определить степень расширения стенки сосуда за счет гематомы. Ограничениями метода являются сложности в оценке степени стеноза, трудности точного определения протяженности поражения при критических стенозах, так как низкая скорость кровотока дистальнее стеноза может вызывать потокозависимое повышение МР-сигнала. [4]. КТ-ангиография имеет 92-100% диагностическую чувствительность и ей следует отдавать предпочтение в диагностике диссекций позвоночной артерии [2]. Инвазивная ангиография используется в случаях, когда неинвазивные методы дают неоднозначные результаты или при планировании эндоваскулярного вмешательства [2].

Для предотвращения первичных или повторных церебральных ишемий при ДША в остром периоде назначаются антикоагулянты или антиагреганты. Антикоагулянтам отдается предпочтение при выраженных стенозах, псевдоаневризмах и окклюзиях с



риском эмболизации до наступления реканализации при условии, что зона инфаркта не слишком обширна [1]. Антиагреганты рекомендуются при наличии общих противопоказаний к назначению антикоагулянтов или в случаях, когда при ДША имеется обширный церебральный инфаркт с риском геморрагической трансформации [1]. Тромболитическая терапия при остром ишемическом инсульте, обусловленном ДША не противопоказана [1]. Хирургическое или эндоваскулярное лечение ДША рекомендуется только в исключительных случаях, поскольку риск повторного инсульта не высок [1].

Спонтанное расширение стеноза при ДША происходит у 70% пациентов, но реканализация при окклюзии возникает реже и развивается в течение первых шести месяцев. Вероятность повторного инсульта при ДША не велика и составляет 0,3-3,4%

в год [2]. Множественные диссекции и артериальная гипертензия являются факторами риска для повторных инсультов при ДША [1]. Летальный исход наблюдается редко, менее 5% случаев [5]. Функциональный прогноз благоприятный у $\frac{3}{4}$ больных с ДША. Неблагоприятный прогноз ассоциирован с каротидной локализацией, церебральной ишемией, артериальной окклюзией, пожилым возрастом [1].

Таким образом, ДША являются одной из основных причин инсульта у молодых, очень важна ранняя диагностика и дальнейшая тактика ведения данных больных. Клинические знаки спонтанной диссекции шейных артерий не специфичны, поэтому у молодого больного с интенсивной головной болью должна быть настороженность в отношении наличия СДША и своевременного проведения неинвазивных методов нейровизуализации.

ЛИТЕРАТУРА

1. DeBette S. et al. Cervical-artery dissections: predisposing factors, diagnosis, and outcome // *Lancet Neurol.* — 2009. — 8. — P. 668-78.
2. Ferro J.M. et al. Aetiological diagnosis of ischemic stroke in young adults // *Lancet Neurol.* — 2010. — 9. — P. 1085-1096.
3. Chen J. et al. Risk of stroke due to spontaneous cervical artery dissection // *Intern. Med.* — 2013. — 52. — P. 2237-2240.
4. Покровский А.В. и др. Расслоение сонных артерий (обзор литературы и клиническое наблюдение) // *Ангиология и сосудистая хирургия.* — 2005. — № 4. — С. 130-140.
5. Калашникова Л.А. Диссекция артерий, кровоснабжающих мозг, и нарушения мозгового кровообращения (научный обзор) // *Анн. клин. и экспер. неврол.* — 2007. — 1 (1). — С. 41-49.
6. DeBette S. et al. Association of vascular risk factors with cervical artery dissection and ischemic stroke in young adults // *Circulation.* — 2011. — 123. — P. 1537-1544.
7. Pamela M. et al. Migraine, migraine aura, and cervical artery dissection: a systematic review and meta-analysis // *Cephalalgia.* — 2011. — 31 (8). — P. 886-896.
8. Metso T.M. et al. Migraine in cervical artery dissection and ischemic stroke patients // *Neurology.* — 2012. — 78. — P. 1221-1228.
9. Богданов Э.И. Ишемический инсульт у пациентов молодого возраста // *Неврологический вестник.* — 2012. — № 2. — С. 30-40.