В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 616.831-005.4-08

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ИШЕМИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

*С. С. Маскин, Э. А. Пономарев, Н. Н. Стрепетов, Д. А. Крайнов, О. П. Виноградов,
Ю. А. Мочайло, К. Э. Пчелинцев*

Кафедра госпитальной хирургии ВолГМУ

Даны практические рекомендации по диагностике и профилактике ишемического инсульта, а также указания по ранней диагностике.

Ключевые слова: ишемический инсульт, профилактика ишемического инсульта, хирургическое лечение, операции на сонных артериях.

ORGANIZATION OF ASSISTANCE TO PATIENT WITH ISCHEMIC BRAIN CEREBRAL LESION

*S. S. Maskin, E. A. Ponomarev, N. N. Strepetov, D. A. Kraynov, O. P. Vinogradov,
Yu. A. Mochaylo, K. E. Pchelincev*

The paper presents practical recommendations on diagnostics and prophylaxis of ischemic stroke. Special emphasis is on early diagnostics.

Key words: ischemic stroke, prophylaxis of ischemic stroke, surgery, carotid arteries operation.

Сосудистые заболевания головного мозга — одна из наиболее важных проблем современного общества. Частота встречаемости инсульта мозга непрерывно увеличивается. В настоящее время в России по различным оценкам его переносят не менее 450 000 человек в год [4, 7]. Из них доля ишемических инсультов составляет 80—85 % [3, 5]. Течение заболевания ведет к снижению и потере трудоспособности. Так в исходе ишемического инсульта до 20 % больных остаются глубокими инвалидами и нуждаются в постоянном постороннем уходе [6]. Связанный с этим процесс реабилитации длителен и сопряжен со значительными материальными затратами. Восстановление утраченных функций идет с большим трудом и далеко не всегда бывает значимым [1]. Структура реабилитации этих больных имеет следующий характер: наиболее активное восстановление утраченных функций идет в первые 3—6 месяцев, то есть в «ранние» сроки. Максимальные сроки эффективной реабилитации не превышают 1,5 лет. В последующем все развившиеся изменения приобретают стойкий характер. В результате заболевания качество жизни этих пациентов неизбежно снижается, а лечеб-

ный эффект минимизируется. Высокая и стойкая инвалидизация больных, перенесших инсульт, низкий процент восстановления трудоспособности (60 и 10 % соответственно) побуждает рассматривать эту проблему более пристально [2, 10].

При обследовании пациентов, перенесших ишемический инсульт, у 60 % выявляется патология экстракраниальных артерий. К таковым относятся аневризмы, атеросклероз, аортоартериит, патологическая извитость артерий, фиброзно-мышечная дисплазия.

Время, когда больные с нарушением мозгового кровообращения расценивались как жертвы заболевания, на которое невозможно повлиять или предотвратить, осталось в прошлом. По мнению ряда авторов и данным мультицентровых клинических исследований, имеется доказанная эффективность и целесообразность выполнения превентивных реконструктивных операций у больных с поражением брахиоцефальных артерий. При этом в России сохраняется чрезвычайно малая выявляемость данной патологии из-за отсутствия скрининговых обследований. В то же время в промышленно развитых странах в течение последних 40 лет этой проблеме уделяют неиз-

менно пристальное внимание. Об этом свидетельствуют данные по выполняемым операциям в связи с поражениями (в основном атеросклеротическими) сосудов головного мозга — 100 тысяч каротидных эндартерэктомий на 100 млн. населения в год. Данный подход во многом обусловлен экономическими соображениями и инициируется страховыми компаниями, так как высокая эффективность своевременного лечения позволяет значительно снизить затраты на лечение последствий инсульта и реабилитацию больных.

Одним из ключевых моментов профилактики ишемического **инсульта** является раннее выявление факторов риска данной патологии и определение тактики последующего лечения, в том числе и хирургического.

Эффективным направлением ее решения можно считать подход, практикуемый в ряде стран, имеющих положительный опыт в этой области. Ежегодное обследование всего населения, достигшего возраста 40 лет с применением ультразвуковых методик (доплерография) позволяет четко определить группу риска. Результаты обследования показывают, что примерно у 14,8 % мужского населения выявляются цереброваскулярные заболевания различной этиологии. Из них в 28 % (41,4 на 1000 мужчин 40—60-летнего возраста) случаев выявляются окклюзирующие поражения ветвей дуги аорты преимущественно атеросклеротического генеза, а 32 % уже наблюдаются у кардиолога по поводу ишемической болезни сердца или жалуются на боли в области сердца и нуждаются в кардиологическом обследовании, у 46,6 % выявляется артериальная гипертензия, а сахарных диабет — в 5,4 % случаев.

Локализация атеросклеротических поражений брахиоцефальных артерий традиционна: в каротидном и вертебробазиллярном бассейнах (50,8 и 15 %) и 34,1 % очагов имеют сочетанные поражения. При этом клинические проявления сосудистой мозговой недостаточности различной степени тяжести отмечаются в 70 %, а бессимптомное течение — в 30 % случаев. Отмечается, что окклюзирующие поражения ветвей дуги аорты являются причиной развития нарушения мозгового кровообращения у 81 % пациентов с цереброваскулярными заболеваниями. Эти статистические данные в очередной раз свидетельствуют о значительной распространенности поражений артериального русла во второй половине жизни, что, в свою очередь, предполагает разработку организационных принципов оказания лечебной и профилактической помощи этой категории пациентов.

Ситуация, складывающаяся вокруг атеросклеротического поражения брахиоцефальных артерий, малоудовлетворительна. Процессы стенозирования магистральных артерий головы в начальной стадии малосимптомны, и больные обращаются за помощью во время, а чаще после возникно-

вения клиники поражения головного мозга с развившимся неврологическим дефицитом [9]. Гемодинамика в момент развития клинической симптоматики при этом может складываться благоприятно (при развитии адекватного коллатерального кровообращения), и поражение мозговой ткани минимизируется [16]. Эта наиболее благополучная категория больных, перенесших ишемическую атаку, является перспективной для хирургического лечения. Больным с умеренным и выраженным неврологическим дефицитом также можно проводить хирургическое лечение.

Можно выделить три группы пациентов с атеросклеротическими поражениями брахиоцефальных артерий разной степени выраженности, перспективных для хирургического лечения:

1. Асимптомная группа (клинические проявления сосудистой мозговой недостаточности минимальные или отсутствуют).
2. Пациенты с легким и умеренным неврологическим дефицитом.
3. С выраженными остаточными явлениями ишемического инсульта, при этом целью лечения данной группы будет являться профилактика повторного нарушения мозгового кровообращения.

Критерием эффективности оперативного лечения брахиоцефального сегмента является предотвращение или отсутствие повторения ишемических эпизодов в оперированных сосудистых бассейнах. Хирургическое лечение отличается очень высокой эффективностью с хорошими отдаленными результатами — в течение 10—25 лет у большинства пациентов симптомы заболевания полностью исчезают, а рецидивы встречаются редко. Показаниями к оперативному лечению при поражении каротидного бассейна являются: 1) асимптомный стеноз внутренней сонной артерии (VCA) 70 % и более, 2) симптомные стенозы VCA, 3) гемодинамически значимый стеноз или окклюзия брахиоцефального ствола, 4) патологическая извитость VCA, 5) аневризма сонных артерий, 6) состояние после инсультов, обусловленное стенозами — окклюзиями VCA.

Сроки пребывания в стационаре невелики и составляют в среднем 10 дней, а хирургический риск (летальность + осложнения) не превышает 1—3 % [6]. Дальнейшая тактика в отношении группы оперированных больных сводится к диспансерному наблюдению у профильных специалистов и поддерживающей медикаментозной терапии.

С целью контроля динамики 1—2 раза в год им следует проводить повторные ультразвуковые исследования (доплерография). Информированность пациентов о состоянии своего здоровья позволяет им вести скорректированный образ жизни и своевременно обращаться за помощью. Такой подход к решению обсуждаемой проблемы позволяет резко снизить инвалидизацию и летальность, сохранить ка-

чество жизни трудоспособного населения зрелого возраста, экономя значительные средства на социальных затратах. Использование ультразвуковых методов (доплерография) существенно повышает и расширяет диагностические возможности врача-ангиолога, помогая исследовать кровоток в магистральных и периферических сосудах. Появление новых ультразвуковых методик (транскраниальной доплерографии) позволяет проводить неинвазивную диагностику внутримозгового кровотока (точность диагностики окклюзирующих поражений сосудов головного мозга почти не уступает ангиографическому исследованию, составляя в опытных руках 90—98 %).

В нашей стране подобная тактика в отношении профилактики **ишемического** инсульта сдерживается следующими факторами: малым количеством квалифицированных специалистов-ангиологов; сосредоточением методик обследования и лечения в научных медицинских центрах крупных городов; недостаточным количеством диагностического оборудования и его высокой стоимостью (производство импортное); малой выявляемостью патологии на ранних стадиях заболевания (так мы проводим оперативное вмешательство преимущественно больным уже с имеющейся патологией либо головного мозга, либо периферических артерий). Очевидно, что с целью оптимизации диагностического скрининга пациентов и с учетом протяженности Волгограда необходима организация по меньшей мере трех скрининговых диагностических центров с соответствующим географическим положением. Таким образом, внедрение новых современных подходов и методов для решения проблемы профилактики и лечения **нарушений мозгового кровообращения** продолжает оставаться нерешенной задачей.

В настоящее время эффективного метода лечения инсульта не существует!

Основная задача хирургии брахиоцефальных артерий — профилактика нарушений мозгового кровообращения. В ACAS (Исследование Асимптомного Каротидного Атеросклероза) эксперты сделали вывод, что каротидная эндартерэктомия при асимптомных стенозах ВСА 60 % и более позволяет снизить 5-летний риск развития инсульта на 53 %.

В рандомизированных исследованиях ECST и NASCET доказано, что риск развития инсульта при

хирургических вмешательствах снизился с 16,8 до 2,8 % к 3-му году и с 26 до 9 % ко 2-му году.

Необходима диспансеризация трудоспособного населения (начиная с 50-летнего возраста) на предмет выявления патологии брахиоцефальных артерий.

Каротидная эндартерэктомия у пациентов после острого нарушения мозгового кровообращения, даже с выраженными неврологическими дефицитами, может уменьшить выраженность неврологической симптоматики, улучшить социальную адаптацию и качество жизни.

Каждый пациент, перенесший транзиторную ишемическую атаку (ТИА) либо ишемический инсульт, должен быть обследован на наличие поражения брахиоцефальных артерий.

Врач любой специальности должен понимать, что ишемический инсульт — это осложнение какой-либо патологии и без устранения причины, приведшей однажды к инсульту или ТИА, опасность последующих ишемических расстройств сохраняется постоянно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белова А. Н., Григорьева В. Н. Амбулаторная реабилитация неврологических больных. — М.: Атидор, 1997. — 216 с.
2. Верещагин Н. В. Клиническая ангионеврология на рубеже веков. Ж. неврологии и психиатрии. — 1996. — № 65 (1). — С. 11—139.
3. Верещагин Н. В., Моргунов В. А., Гулевская В. С. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертонии. — М.: Медицина, 1997. — 228 с.
4. Виленский Б. С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. СПб.; Медицинское информационное агентство, 1999. — 336 с.
5. Гусев Е. И., Скворцова В. И. Современные представления о лечении острого церебрального инсульта. CONSILIUM MEDICU. — М. — 2000. — № 2. — С. 60—65.
6. Кадыков А. С. // Рос. мед. журн. — 1997. — № 1. — С. 21—24.
7. Трошин В. Д., Густов А. В., Трошин О. В. Острые нарушения мозгового кровообращения. — Н.Новгород: НГМА, 2000. — 437 с.
8. Cooperberg E. B., Rudnev I. N., Gaidashev A. E., et al. // Cardiovascular. Surg. — 1993. — Vol. 1, № 6. — P. 704—708.
9. Hobson R. W. // Cerebral Revascularization. — 1996. — P. 231—237.
10. Kuperberg E. B., Yarustovsky M. B., Gaidashev A. E., et al. // J. Of Tropical and Geographic Neurology. — 1992. — № 2. — P. 109—114.