

Лечение диссекции внутренней сонной артерии – профилактика ишемического инсульта

А.Г. Евдокимов², В.И. Шмырев^{1,2}, Т.Г. Баскова^{1,2}, А.Б. Сахаров², М.С. Романова¹

¹ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ,

²ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ

Одной из редко диагностируемых, но поддающихся лечению причин развития ишемического инсульта является диссекция церебральных артерий. В последние десятилетия в клиническую практику внедрены современные ультразвуковые (цветовое дуплексное сканирование) и рентгенологические (мультиспиральная компьютерная томография с контрастированием препарата) методы исследования сосудов человека, позволяющие диагностировать расслоение стенки экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий в качестве «случайной» находки. В данной статье приводятся два клинических примера диагностики расслоения стенки внутренней сонной артерии у пациентов с различным проявлением и степенью мозговой сосудистой недостаточности. Выявленное поражение сонных артерий позволило выбрать наиболее оптимальную тактику лечения. Надеемся, что данное сообщение позволит оптимизировать раннюю диагностику на уровне поликлинического обследования больных.

Ключевые слова: диссекция сонной артерии, профилактика ишемического инсульта.

Dissection of cerebral arteries is one of rarely diagnosed but quite yielded for treatment reasons of developing ischemic stroke. Lately, modern ultrasound (coloured duplex scanning) and X-ray (multispiral computerized tomography with contrast) diagnostic tools have been included into man's examination programmes. These techniques allow to diagnose a dissection lesion in extracranial parts of brachiocephal arteries as "an accidental finding". The authors describe two clinical examples of diagnosing such wall dissection in patients with various manifestations and degrees of cerebral vascular insufficiency. The revealed lesion in carotid arteries has helped to select the most optimal tactics of treatment. The authors expect their information to be helpful for optimizing early diagnostics in patients at out-patient units.

Key words: dissection of carotid arteries, prophylactics of ischemic stroke.

Острые сосудистые заболевания головного мозга являются одними из самых распространенных причин заболеваемости и смертности населения во всем мире. По данным ВОЗ, ежегодно от цереброваскулярных заболеваний умирают 5 млн человек. Показатели смертности от цереброваскулярных заболеваний в России одни из самых высоких в мире и имеют тенденцию к увеличению [1]. Ведущую роль в структуре цереброваскулярных заболеваний играет инсульт. В России ежегодно регистрируется около 400 000 инсультов, из них чаще встречаются ишемические инсульты (70–80%), реже – кровоизлияние в мозг и субарахноидальное кровоизлияние (20–30 и 5% соответственно) [2]. Летальность при ишемическом инсульте достигает 39–45%. Следует отметить катастрофические последствия ишемического инсульта: до 84–87% больных умирают или остаются инвалидами и только 10–13% пациентов полностью выздоравливают [3]. Экономические затраты (прямые и косвенные) на лечение инсульта огромны. Наиболее частыми причинами острого ишемического поражения головного мозга являются атеросклеротические стенозы внутренних сонных артерий высокой степени (более 70%), вызывающие острую дисциркуляцию или служащие источником артерио-артериальных эмболий. Расслоение стенки внутренней сонной артерии – не столь частая причина нарушения мозгового кровообращения, однако в настоящее время эта болезнь является далеко не казуистической в числе причин ишемического инсульта. Диссекция церебральных артерий проявляется в виде разрыва интимы, а в некоторых случаях и средней оболочки, с по-

следующим расслоением потоками крови стенки сосуда в каудальном направлении. Данное расслоение сопровождается резким сужением основного просвета артерии, вследствие чего и возникает ухудшение кровоснабжения головного мозга [4–7]. Причинами разрыва и диссекции сонных артерий, а в ряде случаев и позвоночных артерий являются тупая травма шеи, а также поражение стенки артерии атеросклеротическим процессом или фиброзно-мышечной дисплазией. В более редких случаях причиной расслоения служит артериит. Диссекция церебральных артерий с одинаковой частотой встречается у мужчин и женщин, чаще – в молодом возрасте [8]. В 94% диссекция церебральных артерий приводит к ишемическим нарушениям мозгового кровообращения [9,10]. Характерной особенностью является сочетание симптомов очаговой ишемии головного мозга с головной или шейной болью. Боль, как правило, наблюдалась на стороне диссекции при поражении экстракраниального отдела внутренней сонной артерии и предшествовала очаговым неврологическим симптомам инсульта на 3–4 нед, а при распространении расслоения на интракраниальные артерии обычно возникала одновременно с ними [8].

Клиническое наблюдение №1

П а ц и е н т к а Б., 32 лет, поступила в неврологическое отделение ЦКБ из районной травматологической клиники в день дорожно-транспортного происшествия. При поступлении жалоб не предъявляла. АД 115/80 мм рт. ст., ЧСС 65 уд/мин. Неврологический статус: в сознании, контакту доступна, ответы односложны, элементы

сенсомоторной афазии. Астереогноз. Обращенную речь понимает, но инструкции выполняет замедленно. Легкое снижение чувствительности в правой кисти. Координационные пробы выполняет с интенцией с двух сторон. Для определения степени поражения головного мозга выполнены мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). Однако вместо травматического поражения был выявлен ишемический очаг в лобно-височной области, в бассейне левой внутренней сонной артерии. Для определения его причины проведено цветное дуплексное сканирование (ЦДС) магистральных артерий головы (МАГ). С предварительным диагнозом стеноз дистального отдела шейной части левой внутренней сонной артерии для определения дальнейшей тактики выполнена МР-ангиография головного мозга. На расстоянии 19 мм от места бифуркации левой общей сонной артерии определяется участок отслоения интимы внутренней сонной артерии протяженностью 11 мм и ее стеноз на 80%. На 8 мм дистальнее выявлен еще один аналогичный участок отслойки интимы внутренней сонной артерии протяженностью 11 мм с элементами пристеночного тромбоза. Пациентка консультирована сосудистым хирургом, хирургическое лечение не показано в связи с протяженностью поражения сонной артерии до места входа в канал височной кости. Было рекомендовано проведение гепаринотерапии, что с неврологических позиций крайне нежелательно из-за опасности геморрагической трансформации зоны ишемии. Проведена терапия с применением антиоксидантов, нейропротекторов и ноотропов с положительной динамикой в неврологическом статусе. На момент выписки из всей первичной неврологической симптоматики сохранились лишь элементы астереогноза.

Клиническое наблюдение №2

П а ц и е н т А., 81 года, поступил в отделение сосудистой хирургии в плановом порядке. Был направлен неврологом поликлиники со стенозирующим процессом МАГ. Жалоб при поступлении активно не предъявлял. АД 150/90 мм рт. ст., ЧСС 75 уд/мин. Неврологический статус: рефлексы орального автоматизма, на вопросы отвечает замедленно, координаторные пробы выполняет с интенцией с двух сторон. В остальном без особенностей. Для выявления степени стеноза была проведена МСКТ сосудов головного мозга. Выявлена протяженная атеросклеротическая бляшка, суживающая просвет правой внутренней сонной артерии на 80%. На этом же уровне выявлена локальная изъеденность контуров. Артерия с признаками частичного отслоения интимы. Для уточнения процесса в МАГ и шеи проведено ЦДС МАГ, по данным которого диссекция правой внутренней сонной артерии была подтверждена. С целью первичной профилактики развития инсульта пациенту была выполнена

эндартерэктомия из правой внутренней сонной артерии и пластика заплатой Гор-Текс с использованием внутреннего шунта. Послеоперационный период протекал без осложнений. Проведена терапия с применением ноотропов, нейропротекторов, антиагрегантов, антигипертензивных препаратов. При динамическом наблюдении в послеоперационном периоде нарастания патологической симптоматики не выявлено. В удовлетворительном состоянии пациент выписан под амбулаторное наблюдение неврологом.

Заключение

Диссекция внутренней сонной артерии часто выявляется «случайно» в ходе дополнительного обследования пациентов в стационаре благодаря развитию современных методов инструментальной диагностики (ЦДС, МСКТ, МРТ). Это одно из состояний, приводящих в 94% случаев к развитию грозного осложнения — ишемического инсульта головного мозга. При своевременной диагностике врачами поликлинического звена и проведении специфического лечения в стационаре возможна первичная профилактика развития инсульта.

Литература

1. Сулина З.А. Академия инсульта. Альманах №1. — М. — 2006. — 112 с.
2. Верецагин Н.В., Моргунов В.А., Гулевская Т.С. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертонии. — М. — 1997. — 228 с.
3. Шевченко Ю.Л., Батрашов В.А., Сергеев О.Г., Гороховатский Ю.И. Хирургическое лечение больных с окклюзирующими поражениями сонных артерий // *Consilium medicum. Актуальные вопросы болезней сердца и сосудов.* — 2007. — № 3. — С. 24.
4. Калашикова Л.А. // *Анн. клин. и экспер. неврол.* — 2007. — № 1(1). — С. 41.
5. Калашикова Л.А. и др. // *Журн. неврол. и психиатр. Прилож. "Инсульт".* — 2006. — № 17. — С. 4.
6. Menon R.K., Norris J.W. // *Annals of N.Y. Academy of Sciences.* — 2008. — Vol. 1142. P. 200–217.
7. Schievink W.I. // *The New England Journal of Medicine.* — 2001. — Vol. 344. — P. 898.
8. Калашикова Л.А. // *Атмосфера. Нервные болезни.* — 2011. — № 2. — С. 2–5.
9. Arnold M. et al. // *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry.* — 2006. — Vol. 77. — № 9. — P. 1021.
10. Baumgartner R.W., Bogousslavsky J. // *Front Neurol Neurosci Journal.* — 2005. — Vol. 20. — P. 70.