



TACTICS AND TREATMENT IN CHRONIC BRAIN ISCHEMIA

Mirzaev B.B.
D.M.S, Dosent

Irnazarov A.A.
D.M.S

Shamatov E.B.

Mukhammadzhanov A.B.

Annotation

In Uzbekistan, 148.1 strokes are registered annually per 100,000 population. Stroke affects women more often than men (respectively 52.2% and 47.8%). Disability exceeds 83.8% (in the city - up to 94.7%, in the countryside - up to 72.9%). About 500 operations per year are performed in the republic for chronic cerebrovascular insufficiency (CVD), of which more than half (58%) are in patients who have already had ischemic stroke (IS). The increased interest in the problem is also explained by the fact that, along with the development of modern medicine and technology, ideas about the tactics of treatment and preventive measures for this severe pathology are changing, the development of which continues to attract the attention of practitioners and scientists.

The NASCET (North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborative Group) study, which was conducted in North America (1998), concluded that patients with “symptomatic” stenoses > 70% are definitely indicated for surgical treatment in order to treat transient ischemic attack (TIA) and prevent strokes. The study revealed that over 2 years the overall risk of developing IS in the ipsilateral hemisphere was • 4% for operated patients and 13.1% for the control group. The ECST study (European Carotid Surgery Trial), which was conducted in European medical centers (Germany, Austria, France, Italy, Belgium, etc.) ”also proved the advantage of surgical correction over drug therapy in symptomatic (> 60%) and asymptomatic carotid stenoses (> 70%). At the same time, the risk of developing ipsilateral stroke after a 3-year follow-up was 10.3% for operated patients, while in the control group, in whom the operation was not performed, it was 16.8%.

Keywords: chronic cerebrovascular insufficiency (CVD), ischemic stroke (IS), acute cerebrovascular accident (ACV), transient ischemic attack (TIA), ipsilateral stroke.





Аннотация

В Узбекистане ежегодно регистрируется 148,1 инсульта па 100 тыс. населения. Женщин инсульт поражает чаще, чем мужчин (соответственно 52,2% и 47,8%). Инвалидизация превышает 83,8% (в городе - до 94,7%, на селе - до 72,9%). В республике осуществляется около 500 операций в год по поводу хронической сосудисто-мозговой недостаточности (ХСМН), из них более половины (58%) - у больных, уже перенесших ишемический инсульт (ИИ). Повышенный интерес к проблеме объясняется еще и тем, что вместе с развитием современной медицины и техники меняются представления о тактике лечения и мерах профилактики этой тяжелой патологии, разработка которых продолжает привлекать внимание практических врачей и ученых.

В результате исследования NASCET (North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborative Group), которое проводилось в Северной Америке (1998), был сделан вывод: больным с “симптомными” стенозами >70% безусловно показано хирургическое лечение с целью терапии транзиторной ишемической атаки (ТИА) и профилактики инсультов. В ходе исследования выявлено, что за 2 года общий риск развития ИИ в ипсилатеральном полушарии • равнялся 4% для оперированных пациентов и 13,1% - для лиц контрольной группы.

Исследование ECST (European Carotid Surgery Trial), которое проводилось в медицинских центрах Европы (Германия, Австрия, Франция, Италия, Бельгия и Др.)» также доказало преимущество хирургической коррекции перед медикаментозной терапией при симптомных (>60%) и асимптомных каротидных стенозах (>70%). При этом риск развития ипсилатерального инсульта по истечению 3-летнего наблюдения составил 10,3% для оперированных больных, тогда как у лиц контрольной группы, у которых операция не производилась, он равнялся 16,8%.

Ключевые слова: хроническая сосудисто-мозговая недостаточность (ХСМН), ишемический инсульт (ИИ), острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), транзиторная ишемическая атака (ТИА) ипсилатеральный инсульт.

Introduction

На основании сравнительной оценки результатов диагностики и хирургического лечения разработаны рациональная схема диагностики и





принципы хирургического лечения больных с ПД СА, нами разработан оптимальный алгоритм диагностики и лечения больных с сочетанными поражениями ветвей дуги аорты, КА, почечных артерий и АНК при мультифокальном атеросклерозе (МА) на основании изучения ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения больных с двусторонним поражением СА нами разработаны критерии, определяющие показания к первоочередной реконструкции сосудов и ведению больных выявлена статистически достоверная взаимосвязь в регрессе неврологического дефицита (НД) в зависимости от сроков выполнения реконструктивных вмешательств после перенесенного ОНМК.

Разработаны меры, позволяющие уменьшить количество рестенозов, повреждений ЧМН, появление аневризм анастомозов впервые усовершенствована и внедрена операция на НСА с эндартерэктомией не только из устья НСА, но и её ветвей, с наложением широкой заплаты для вовлечения в кровотока ветвей НСА и предотвращения эмбологенных инсультов через систему НСА на основании полученных результатов разработаны методические рекомендации для студентов и врачей.

При обследовании пациентов использовались общепринятые клинические методы. Диагностический алгоритм включал физикальный осмотр, определение неврологического статуса, ультразвуковую доплерографию (УЗДГ), дуплексное исследование, компьютерно-томографическую, магнитно-резонансную и рентгеноконтрастную ангиографию, эхокардиографию.

После выполнения реконструктивной операции по восстановлению кровотока в сосудах оценивали динамику неврологических симптомов и гемодинамических изменений на 2—30-е сутки и через 3, 6, 12, 24, 48 месяцев. Функциональное состояние больных, перенесших ИИ, оценивалось по шкале Бартела, а для оценки когнитивных расстройств у симптомных больных использовали мини тест оценки психического состояния - шкалу MMSE-MiniMentalScaleExamination (Folstein, 1975).

Результаты лечения пациентов с хронической ишемией нижних конечностей (ХИНК) оценивались по стандартам, рекомендуемым Российским Консенсусом ангиологов и сосудистых хирургов (2005).

УЗДГ выполнялась всем больным с окклюзией ВСА, а также для определения регионарного систолического давления при ХИНК.

Глубина ультразвукового дуплексного сканирования (ДС) составляла 2-5 см. Расчет степени стенозирования сосуда осуществлялся относительно



$C - A$ площади сечения сосуда, по методике ECST. ECSTmetod:100% stenosis где C - максимальный диаметр просвета артерии, A - диаметр свободного от стеноза просвета артерии.

АСБ оценивались по классификации Gray-Weale(1988): I тип - однородная эхонегативная (мягкая гомогенная бляшка); II тип - преимущественно эхонегативная (гетерогенная бляшка); III тип - преимущественно эхопозитивная (гетерогенная бляшка); IV тип -однородная эхопозитивная (плотная гетерогенная бляшка); V тип - неклассифицируемая вследствие выраженного кальциноза и акустических теней (твердая кальцинированная бляшка). По данным транскраниального дуплексного сканирования (ТКДС) определяли направление кровотока, линейную скорость кровотока (ЛСК) в средней мозговой артерии (СМА), основной артерии (ОА) и глазничной артерии (ГА). Толерантность ГМ к ишемии оценивалась с помощью пробы Матаса.

При проведении мультиспиральной компьютерно-томографической ангиографии производили серию снимков сосудов ГМ, включая Виллизиев круг. Рентгеноконтрастную ангиографию выполняли в режиме дигитальной субтракции с частотой 6 кадров в секунду, при этом скорость введения контрастного составляла 4 - 6 мл/с, а в дугу аорты 18-20 мл/с.

Эхокардиографию выполняли с целью определения размеров камер сердца, наличия тромбов, толщины стенок, характера их движений, функции клапанов. С целью улучшения мозгового кровообращения всем больным осуществлялась предоперационная подготовка, включавшая антикоагулянтную и дезагрегантную терапию: препараты, улучшающие реологию крови, метаболизм ГМ, статины, а также симптоматическую терапию для коррекции нарушений со стороны других органов и систем.

Выводы

При диагностике поражения сонных артерий различной этиологии следует отдавать предпочтение ДС. Выполнение реконструктивных операций только на основании Д С, показано при выявлении локальной АСБ в устье ВС А с неизменным кровотоком по глазничной и средней мозговой артериям.

У больных с ПД сонных артерий и АГ ДС необходимо производить, не снижая АД, что позволяет более адекватно оценить гемодинамические изменения в экстра- и интракраниальных сосудах. При этом ДС должно быть дополнено ангиографическими методами, так как в 4,8% случаев высокие деформации при ДС не визуализируются. Усовершенствованный подход и использование интервенционных вмешательств при лечении больных с сочетанными



атеросклеротическими поражениями С А и других артериальных бассейнов позволяет снизить частоту ИИ в ближайшем послеоперационном периоде с 4,2 до 2,1%, частоту ОИМ - с 4,2 до 1,05%. При этом общая летальность снижается с 4,2 до 1,6%. У больных перенесших ИИ, операцию по реконструкции сосудов необходимо выполнять в сроках от 1 до 3 месяцев с момента ОНМК, это обеспечивает достоверный регресс НД.

Список Литературы

1. Закон Республики Узбекистан № 251. «О профилактике микронутриентного дефицита у населения». Ташкент, 2010.
2. Постановление Президента Республики Узбекистан от 7 февраля 2017 года «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан» № УП-4947., Ташкент, 2017.
3. Постановление Президента Республики Узбекистан от 18 декабря 2018 года «О мерах по профилактике неинфекционных заболеваний, поддержке здорового образа жизни и повышению физической активности населения» № УП-4063. Ташкент, 2018.
4. Каримов Ш.И., Турсунов Б.З., Суннатов Р.Д., Ирнazarов А.А., Ахматов О.М. Роль реконструктивных операций при патологической деформации сонных артерий // Роль сосудистой хирургии в снижении смертности России, 21 (XXV) международная конференция, - Самара, 2009. -№2, том 15. - С. 180-181.
5. Каримов Ш.И., Турсунов Б.З., Суннатов Р.Д., Ирнazarов А.А., Келдиеров Б.К., Юлбарисов А.А., Алиджанов Х.К., Ахматов А.М. Результаты реконструктивных операций на сонных артериях у больных перенесших ишемический инсульт // “Хроническая сосудисто-мозговая недостаточность”, Вопросы эпидемиологии, ранней диагностики и лечения, - Ташкент, 2010. - С. 127-132.
6. Каримов Ш.И., Суннатов Р.Д., Ирнazarов А. А., Келдиеров Б.К., Юлбарисов А.А., Алиджанов Х.К., Асраров У.А., Ганиев Д.А., Ахматов А.М. Выбор лечебной тактики при окклюзии внутренней сонной артерии // “Хроническая сосудисто-мозговая недостаточность”, Вопросы эпидемиологии, ранней диагностики и лечения, - Ташкент, 2010. - С. 133-135.
7. Karimov Sh.I., Sunnatov. R., Irnazarov A.A., Alidzhanov Kh.K., Ahmatov A.M., Yulbarisov A.A., Muminov R. Prevention of the ischemic stroke at the patients with critic ischemia of the lower extremities // The Heart Surgery Forum/ Abstracts of the 9th International Congress of Update in Cardiology and Cardiovascular Surgery. -Antalya, 2013. -S61.

