

ях. Отмечены: несахарный диабет и ухудшение зрения – по одному (1,6%) случаю, послеоперационная назальная ликворея у 3 (5,0%) пациентов. У одного (1,6%) пациента было выполнено повторное оперативное вмешательство – эндоскопическая пластика турецкого седла и основной пазухи. Воспалительные осложнения в виде риносинуситов имели место в 2 (3,2%) случаях.

Наблюдение за пациентами для оценки отдаленных результатов продолжается.

Выводы:

1. Эндоскопический метод удаления соматотропных аденом гипофиза позволяет более радикально проводить хирургическое вмешательство.

2. Применение эндоскопического удаления соматотропных аденом гипофиза позволяет снизить количество и тяжесть послеоперационных осложнений.

3. Применение оригинальной методики пластики дефекта основания черепа с использованием свободного аутожирового лоскута и синтетической клеевой композиции позволяет избежать послеоперационной назальной ликвореи.

ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Капацевич С.В., Кисурин Е.В., Шпакевич В.П.

*Республиканский научно-практический центр неврологии и
нейрохирургии, Минск, Беларусь*

Цель исследования: изучить возможность и проанализировать первые результаты внутрисосудистого ремоделирования брахиоцефальных артерий при их атеросклеротическом поражении.

Профилактика и лечение острых нарушений мозгового кровообращения по ишемическому типу является актуальной проблемой клинической неврологии и нейрохирургии, что обусловлено чрезвычайной их распространенностью. Частота инсульта составляет от 327 до 553 случаев на 100 000 населения (80% - ишемический). Инсульт уверенно занимает первое место среди причин инвалидности и третье место в структуре смертности, а в целом цереброваскулярные болез-

ни являются причиной около 25% всех смертей. От 20 до 35% церебральных ишемических инсультов обусловлены стенозами прецеребральных артерий. Атеросклеротическое поражение брахиоцефальных артерий у пациентов с проявлениями церебральной ишемии, как правило, носит распространенный характер. Часто поражаются две и более артерии, выявляются протяженные или тандемные стенозы, полная непроходимость одного или нескольких сосудов. Как правило, в процесс вовлекаются начальные сегменты внечерепных отделов прецеребральных артерий: внутренняя сонная артерия (ВСА) в области над бифуркацией общей сонной артерии (ОСА), несколько реже устья позвоночных артерий (ПА). Инсульт и транзиторная ишемическая атака (ТИА) могут быть следствием нескольких механизмов, связанных с экстракраниальными церебральными артериями: артерио-артериальная эмболия тромбами, сформированными на атеросклеротической бляшке; атероэмболия кристаллами холестерина или другими атероматозными частицами; острая тромботическая окклюзия экстракраниальной артерии при разрыве бляшки; структурные нарушения сосудистой стенки вследствие диссекции или субинтимальной гематомы; сниженная церебральная перфузия вследствие критического стеноза или окклюзии при прогрессирующем росте бляшки. Из неатеросклеротических причин стенозов БЦА можно выделить диссекцию артерии, постлучевые, постхирургические стенозы, фибромускулярную дисплазию и другие [1, 4].

Традиционно «золотым стандартом» реваскуляризации прецеребральных артерий является каротидная эндартерэктомия (КЭ), профилактическая эффективность которой была доказана выполненными в 1990-2000 гг. рандомизированными клиническими исследованиями симптомных (NASCET, ECST, VASST) и бессимптомных (ACAS, VAAST) стенозов ВСА [4, 8, 9]. С момента первых ангиопластик со стентированием ВСА при атеросклеротическом стенозе, выполненных J.Thegon в 1989 г., эндоваскулярная техника непрерывно развивается и совершенствуется. Внедряются новые стент-системы, при стентировании ВСА в настоящее время обязательно используются системы защиты головного мозга от дистальной эмболии, возникающей во время операции [2, 3, 4, 5]. Стентирование и ангиопластика ВСА своей главной задачей ставит устранение стеноза с восстановлением исходного просвета артерии, а также сдерживание нарастания атеросклеротических и тромботических наслоений. К настоящему времени стентирование все более широко применяется для ле-

чения как симптомных, так и асимптомных поражений ВСА, малоинвазивно и значительно менее травматично, чем КЭ. По эффективности и безопасности, осложнениям и смертности оно сравнивалось с КЭ, а в группе пациентов хирургического риска значительно ее превосходит. Эффективность и безопасность стентирования по сравнению с КЭ была доказана в рандомизированных исследованиях CAVATAS, SAPPHIRE, CREST [4, 6, 7].

В настоящее время пациентов с атеросклеротическими стенозами ВСА принято разделять на симптомных и асимптомных. К симптомным относятся пациенты, перенесшие инфаркт мозга или ТИА, включая amaurosis fugax в течение 6 мес. Реваскуляризация показана симптомным пациентам со степенью стеноза $>50\%$. Асимптомным пациентам со степенью стеноза $>70\%$ по данным дигитальной ангиографии. Степень стеноза оценивается по методике NASCET (по сравнению с просветом дистальной к стенозу части артерии) [4].

Методы. В период с августа 2008 г. по апрель 2011 г. нами были пролечены с использованием эндоваскулярной методики 32 пациента с окклюзирующими поражениями БЦА в возрасте от 52 до 71 года (24 мужчины, 8 женщин). В 2008 г. – 3 пациента, в 2009 г. – 5, в 2010 г. – 19, в 2011 г. – 5. В указанной группе больных выполнено 36 стентирований, в 30 случаях имели место критические стенозы (75-99% по NASCET), в 6 случаях субкритические (от 50 до 74%). Мы подвергали эндоваскулярному лечению только симптоматических больных. В том числе 16 после ТИА, 10 после малого инсульта и 6 после перенесенного завершеного инсульта. Диагноз верифицирован с использованием следующих методик: компьютерно-томографическая ангиография (КТА), магнитно-резонансная ангиография (МРА), дигитальная ангиография (ДАГ), дуплексное сканирование БЦА.

Результаты. Стентирование ВСА выполнено в 16 случаях, ПА – 13, брахиоцефального ствола, подключичной артерии, наружной сонной артерии (НСА) – по одному. У троих пациентов имелись множественные критические стенозы, что потребовало установки стентов в 2 сосуда у двух пациентов, в 3 сосуда у одного пациента. Стентирование ВСА во всех случаях проводилось с использованием систем защиты церебрального кровотока от эмболии. В равной степени использовались системы как проксимальной, так и дистальной защиты. Приоритет отдавался в пользу проксимальной защиты при наличии извитого супрастенотического сегмента, либо при наличии изъязв-

ленной «тромбогенной» бляшки, выраженных кальцинированных стенозах, требующих предилатации. Условием использования дистальной системы защиты мы считали наличие прямого супрастенотического сегмента артерии, приоритет в пользу этой системы отдавался при недостаточном коллатеральном кровотоке на фоне пережатия ВСА. Стентирование ПА проводилось без использования устройств защиты от эмболии. Стентирование НСА было проведено пациенту с критическим стенозом НСА, сопровождавшейся окклюзией ипсилатеральной ВСА, при этом НСА обеспечивала значительное поступление крови к головного мозга по офтальмологическому анастомозу. Стентирование брахиоцефального ствола и подключичной артерии было проведено с целью обеспечения кровотока в вертебробазилярном бассейне у пациента с критическим стенозом названных артерий и имеющейся окклюзией гетеролатеральных ПА и ОСА. При затруднении прохождения инструментарием зоны стеноза использовали баллонную предилатацию (7 случаев), после установки стента при наличии остаточного стеноза более 30-40% выполняли баллонную постдилатацию (15 случаев). Технических осложнений, связанных с инструментарием, а также церебральных эмболических осложнений не было. Степень резидуального стеноза в наших наблюдениях не превышала 40%. В одном случае (3,1%) развилось тяжелое геморрагическое осложнение через 1 сутки после вмешательства в виде массивного паренхиматозно-интравентрикулярного кровоизлияния у больной после ангиопластики и стентирования в зоне субокклюзии (99%) ВСА. Мы связываем развитие этого осложнения с синдромом реперфузии на фоне гипокоагуляции.

Выводы. Ангиопластика и стентирование при мультифокальном окклюзирующем и стенозирующем поражении БЦА является малотравматичным и эффективным методом лечения. Показаниями к проведению ангиопластики и стентирования являются симптоматические стенозы высокой и средней степени (>50%), а также асимптоматические стенозы высокой степени (>70%) вне зависимости от наличия у пациента ипси – или контрлатеральной неврологической симптоматики.

Литература

1. Гайдар, Б.В. Практическая нейрохирургия / Б.В. Гайдар. - СПб.: Гиппократ, 2002. - 465с.
2. Лазарев, В.А. Стентирование внутренней сонной артерии с церебральной протекцией / Лазарев В.А., Волков С.Б., Иванов В.А. и др. // Нейрохирургия. - 2005. - №3. - С. 27-32.

3. Реймерс, Б. Стентирование сонной артерии с установкой защитного церебрального фильтра / Реймерс Б., Цернетти К., Сакка С. и др. // Ангиология и сосудистая хирургия: -2002. - №3. - С. 57-62.

4. 2011 ASA/ACCF/AHA/AANN/AANS/ACR/ASNR/CNS/SAIP/SCAI/SIR/SNIS/SVM/SVS Guideline on the Management of Patients With Extracranial carotid and Vertebral Artery Disease // J. Am. Coll. Cardiol. - 2011. - Vol.57. - No.X.

5. Theron J. Carotid angioplasty with cerebral protection and carotid stenting / J. Theron // J. Mai. Vase. - 1996. - №21. - P.113-122.

6. Brott TG, Hobson RW, Howard G, et al. Stenting versus endarterectomy for treatment of carotid-artery stenosis. /N. Engl. J. Med. - 2010; Vol.363 - P.11-23.

7. Gurm HS, Yadav JS, Fayad P, et al. Long-term results of carotid stenting versus endarterectomy in high-risk patients. // N. Engl. J. Med. – 2008. Vol. 358. – P.1572–9.

8. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial (NASCET). Methods, patient characteristics, and progress // Stroke. - 1991- №22. - P.711-720.

9. Rothwell PM, Gutnikov SA, Warlow CP. Reanalysis of the final results of the European Carotid Surgery Trial. // Stroke. – 2003. – Vol.34. P.514–23.

НАРУШЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Картюк В.А.

*Гродненский государственный медицинский университет,
Гродно, Беларусь*

В современной психиатрии реализуется новая парадигма лечения шизофрении. Внимание психиатров фокусируется не на снятии симптомов, а на предупреждении рецидивов. Поэтому стандартом терапии становится долгосрочное последовательное ведение больного при минимизации обострений и достижении максимально возможного социального приспособления и качества жизни. Как следствие такого подхода, основной стратегией лечения пациентов с шизофренией является комплексный подход, сочетающий в себе индивидуально подобранную фармакотерапию и психотерапевтическое воздействие с целью повышения социального функционирования пациентов, минимизации социальной дезадаптации и предупреждения обострений заболевания. Согласно актуальным представлениям и действующим классификациям психических и поведенческих расстройств, нарушение социального функционирования является определяющей характеристикой шизофрении, сохраняющейся на всем протяжении болез-