

## КАРОТИДНАЯ ЭНДАРТЕРАКТОМИЯ ПРИ БИЛАТЕРАЛЬНОМ ПОРАЖЕНИИ СОННЫХ АРТЕРИЙ

<sup>2</sup>Сурсаева Д.С., <sup>2</sup>Корниевич С.Н., <sup>1</sup>Шулейко А.Ч., <sup>1</sup>Давидовский И.А.,  
<sup>2</sup>Толканица А.Ю., <sup>2</sup>Познякова О.В., <sup>2</sup>Евтушенко А.В., <sup>2</sup>Дрозд Т.В.

<sup>1</sup>ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,  
<sup>2</sup>УЗ «Минская областная клиническая больница», Минск, Беларусь

**Введение.** Несмотря на прогресс в разработке методов профилактики и лечения ишемических расстройств мозгового кровообращения, они занимают одно из лидирующих мест среди причин инвалидизации и смертности. Атеросклеротическое поражение сонных артерий является причиной ишемических инсультов. Одной из проблем лечения данной патологии является выбор хирургической тактики у пациентов с билатеральным поражением сонных артерий. Сочетание окклюзии внутренней сонной артерии (ВСА) с одной стороны и стеноза контралатеральной ВСА представляет особую сложность в хирургии брахиоцефальных артерий.

**Цель.** Улучшить результаты хирургического лечения пациентов с билатеральным поражением сонных артерий.

**Материал и методы.** В отделении сосудистой хирургии УЗ «Минская областная клиническая больница» с 2019 по 2022 гг. пролечено 126 пациентов с билатеральным поражением сонных артерий. У всех пациентов причиной поражения сонных артерий был атеросклероз. Возраст оперированных пациентов варьировал от 53 до 72 лет (средний  $56,5 \pm 0,5$  года). Оперировано 14 женщин, и 112 мужчин. Среди этих пациентов окклюзия ВСА с одной стороны и гемодинамически значимый стеноз контралатеральной ВСА выявлен у 63(50%) пациентов; окклюзия ВСА с одной стороны и наличие нестабильной атеросклеротической бляшки контралатеральной ВСА у 41(32,5%) пациентов; окклюзия ВСА и наличие гемодинамически значимого стеноза НСА на стороне окклюзии у 23(18,2%) пациентов. Обследование пациентов включало: цветное дуплексное картирование экстракраниальных артерий, КТА головного мозга и экстракраниальных артерий, консультация невролога. Хроническая сосудисто-мозговая недостаточность протекала асимптомно (I степень по классификации А.В. Покровского) у 11(8,7%) пациентов, транзиторные ишемические атаки (II степень) наблюдались у 13(10,3%), дисциркуляторная энцефалопатия (III степень) выявлена у 41(32,5%), перенесенный инсульт (IV степень) диагностирован у 61(48,5%) пациента. По данным ультразвукового исследования мягкие гомогенные бляшки были выявлены в 18,6% наших наблюдений, мягкие гетерогенные – в 34,3%, плотные гетерогенные – в 28,5%, плотные гомогенные – в 2,8%. Показанием к операции считали: стеноз ВСА у симптомных пациентов более 60%, стеноз ВСА от 60% при наличии нестабильной атеросклеротической бляшки, стеноз ВСА более 70% у асимптомных пациентов, гемодинамически значимый стеноз НСА при окклюзии ВСА. Каротидную эндартерэктомию

выполняли под общим обезболиванием. Перед пережатием сонных артерий проводили гепаринизацию и повышение системного артериального давления на 20-30% от исходного уровня, непрерывный мониторинг инвазивного артериального давления. После пробного пережатия ОСА и НСА, проводили оценку инвазивного ретроградного давления во внутренней сонной артерии. При инвазивном ретроградном давлении выше 50 мм.рт.ст выполняли каротидную эндартерэктомию, так как защита головного мозга в этом случае не требуется. Критическим значением считали снижение ретроградного инвазивного давления ниже 30 мм.рт.ст. В такой ситуации использовали временный каротидный шунт для защиты головного мозга от ишемии.

**Результаты и обсуждение.** Пациентам с сегментарной окклюзией ВСА выполнена каротидная эндартерэктомия с восстановлением кровотока по ВСА. При окклюзии ВСА с одной стороны и гемодинамически значимым стенозом ВСА с другой стороны выполняли каротидную эндартерэктомию на стороне стеноза ВСА. У пациентов с окклюзией ВСА и наличием гемодинамически значимого стеноза НСА на стороне окклюзии выполняли эндартерэктомию из НСА. Интраоперационной летальности не было. В раннем послеоперационном периоде у 3(2,4%) пациентов развился ишемический инсульт в бассейне оперируемой внутренней сонной артерии, умерло 2(1,6%) пациента. Перевод на амбулаторный этап лечения на 5-8 сутки после операции. Анамнез пациентов, оперированных в состоянии хронического нарушения мозгового кровообращения прослежен от 1 года до 3 лет. Нарушений мозгового кровообращения в бассейне оперированной артерии не было.

**Выводы.** Оперативная тактика при билатеральном поражении сонных артерий может быть различной в зависимости от вида атеросклеротического поражения. Выполнение каротидной эндартерэктомии при билатеральном поражении сонных артерий позволяет восстановить и улучшить мозговой кровоток. Это приводит к существенному улучшению перфузии головного мозга, что способствует регрессу общемозговых, психических и очаговых неврологических симптомов. Выполнение операций на сонных артериях при гемодинамически значимых стенозах является хирургической профилактикой ишемических инсультов.