

ПРИЧИНЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАКТОМИИ

Мамадалиев Б.Р.

Мадаминов Ф.Х.

Хомиджонов И.Б.

РНЦЭМП Ферганский Филлиал

Введение. Изучить частоту и причины периферических нейропатий черепно-мозговых нервов (ЧМН) после каротидной эндартерэктомии. Материалы и методы. Исследование одностороннее, проспективное, продольное. Период исследования: с начала 2022 по конец 2025 год.

Критерием включения явился факт выполнения оперативного вмешательства «каротидная эндартерэктомия» вне зависимости от ее варианта.

Конечные точки: развитие симптомокомплекса, характерного для одного из вариантов периферической нейропатии, связанной с повреждением черепно-мозговых нервов; контроль за неврологической динамикой через 1,3,6,12 месяцев после развития нейропатии. Группы

пациентов: всего в исследование включено 125 пациентов с выполненной каротидной эндартерэктомией. Контрольная группа (без нейропатии ЧМН) – 15 (80,3%); группа сравнения (с нейропатией ЧМН) – 6 (19,7%). Обследование пациента включало осмотр неврологом до оперативного вмешательства, после пробуждения от наркоза, в первые и четвертые сутки после оперативного вмешательства. Тяжесть повреждения ЧМН оценивалась по клиническим проявлениям. Нейропатии ЧМН относили к транзиторным, если полный регресс симптоматики наблюдался к моменту выписки (4-е сутки) и стойким, если требовалось дальнейшее наблюдение. Из 15 (послеоперационные нейропатии) пациентов в дальнейшем наблюдении у невролога приняли участие 25, что позволило провести анализ стойких нейропатий.

Результаты. В группе сравнения из 210 пациентов выявлены нейропатии ЧМН: возвратно-гортанного нерва – 6 (35,7%), лицевого нерва – 5 (31%), подъязычного нерва – 3 (9%), языкоглоточного нерва – 2 (5,2%), сочетанные поражения – 3 (16,2%). Транзиторные повреждения ЧМН составили 2 (7,6%) случаев и не потребовали дальнейшего лечения и наблюдения у невролога. Стойкие повреждения – 3, в дальнейшем исследование вошли. Из повреждений ЧМН по степени тяжести составили: легкая – 60,8 %, умеренная – 35,6%, тяжелая – 0,6 %. Комплаентность к лечению составила 84,2%. Регресс симптоматики: полный регресс – 77,0% (в срок до 1 мес -31,52% , 1-3 мес – 15,15% , 3-6 мес – 15,76%, 6-12 мес – 7,27%, более 1

года - 7,27%), улучшение – 20,6% (3-6 мес – 1,21%, 6-12 мес – 3,64%, более 1 года – 15,76%), без изменений – у 2,4% (более 1 года).

Обсуждение. Проведенный многофакторный корреляционный анализ выявил основные значимые причины возникновения периферических нейропатий ЧМН:

миниинвазивный доступ, ожирение, высокое расположение бифуркации ОСА, «короткая» шея, протяжённость стеноза

ВСА более 3,4х см.

Выводы. Периферические неврологические осложнения после КЭЭ ухудшают качество жизни пациента. Осмотр невролога пациентов после КЭЭ в раннем послеоперационном периоде помогает выявить компрессионно-ишемические нейропатии и назначить своевременное лечение, что позволяет добиться максимально быстрого восстановления функции повреждённых нервов и снижает риск инвалидизации пациента.