

Щаницын И.Н.

Современные тенденции в лечении стеноза сонных артерий*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России***Ключевые слова:** стеноз сонных артерий, инсульт, рентгенэндоваскулярные вмешательства

Число инсультов ежегодно растет. Абсолютное количество смертей от инсульта в мире выросло на 40,2% с 1990 г. по 2013 г.. По данным национального центра статистики США после 2000 года отмечается тенденция к снижению общей смертности от ССЗ и инсульта (сердечно-сосудистых заболеваний). В России также отмечается снижение смертности от цереброваскулярных заболеваний после 2003 года, однако, сохраняется самая высокая в мире смертность от инсульта. Кроме того, инсульт продолжает занимать первое место в мире и России среди причин стойкой инвалидизации.

После публикации Miller Fisher в 1953 г. исследований, доказавших связь между стенозом сонных артерий и инсультом, частота выполнения ревазуляризирующих операций на сонных артериях неуклонно росла. Выполнение каротидной эндартерэктомии (КЭАЭ) резко увеличилось после публикации в начале 1990-х годов широкомасштабных рандомизированных исследований в США и Европе (ECST, NASCET, ACAS), доказавших преимущество хирургического лечения по сравнению с консервативным лечением при значимом стенозе ВСА. Однако, начиная с конца 1990-х годов, отметилась тенденция к снижению частоты операций как в США и Канаде, так и в Западной Европе. Это снижение можно объяснить снижением общей заболеваемости ССЗ и тем, что у медицинского сообщества возникли сомнения о ценности КЭАЭ для первичной профилактики инсульта у асимптомных пациентов, учитывая развитие подходов к лекарственной терапии по сравнению с 1990-ми годами и более взвешенной оценкой риска и пользы КЭАЭ у асимптомных пожилых пациентов высокого риска. Кроме того, свой вклад внесло внедрение в 1993 году каротидного стентирования (КС) и публикация исследований показывающих эквивалентные результаты КЭАЭ и КС (CAVATAS, SAPHIRE, SPACE, EVA-3S, ICSS, CREST). В настоящее время ведутся крупные рандомизированные исследования для сравнения КЭАЭ, КС и консервативной терапии у «асимптомных» пациентов, результаты которых ожидаются в 2018-2020 гг. (ACST-2, SPASE-2, ECST-2, CREST-2).

Если мы видим четкую тенденцию по снижению количества открытых операций, количество рентгенэндоваскулярных вмешательств неуклонно растет, несмотря на то, что КС не имеет преимуществ по данным рандомизированных исследований и ассоциировано с более высоким риском периоперационной смертности, инсульта и неблагоприятных исходов по сравнению с КЭАЭ по данным популяционных исследований. Возможные причины этого: предпочтение пациентов, экономический фактор и увеличение числа специалистов, выполняющих стентирование (сосудистый хирург, кардиолог, нейрохирург, рентгенэндоваскулярный хирург). Тенденции в развитии каротидного стентирования в настоящий момент связаны с необходимостью уменьшения частоты периоперационных осложнений: разработка нового дизайна стента, новых систем защиты от эмболии и применение разных доступов в зависимости от анатомических особенностей.

В России отмечается неуклонный рост количества операций на сонных артериях (с 2009 г. по 2014 г. увеличение на 128%), как за счет увеличения КЭАЭ, так и за счет эндоваскулярных вмешательств. Однако число операций все же недостаточное, если в США выполняется в среднем 230 операций на 100 тысяч населения в год, то в России – только 14! В Саратовской области выполняется только 7,7 каротидных реконструкций на 100000 населения.

С января 2013 по март 2017 г. на базе нейрохирургического отделения НИИТОН выполнено 188 операций на брахиоцефальных артериях (145 открытых и 43 эндоваскулярных вмешательства). Медиана возраста больных составила 66 лет (58-73, квартили). Мужчин - 62%. Симптомные - 45%. Медиана степени стеноза - 75% (62-85). В большинстве случаев выполнялась каротидная эверсионная эндартерэктомия 64,3%; каротидная эндартерэктомия с пластикой заплатой – в 2,6%; эндартерэктомия из общей и наружной сонной артерии – в 3,1%; резекция извитости ВСА с низведением и имплантацией в старое устье – в 5,8% и анастомозом конец-в-конец – в 2,1%; протезирование ВСА – в 0,5%; стентирование внутренней сонной артерии – в 7,9%; ангиопластика и стентирование подключичной артерии в 10,1%; стентирование позвоночной артерии – в 3,2%. Все операции на сонных артериях проводились под контролем церебральной оксиметрии. Среди периоперационных осложнений: инвалидизирующего инсульта и смерти не было; инфаркт миокарда – 1,6%; малый инсульт – 0,5%; транзиторная ишемическая атака – 1,0%; переходящая периферическая нейропатия – 6,3%; ревизия зоны анастомоза в связи с кровотечением – 1,6%. В отдаленные сроки рестеноз выявлен у 1 пациента (0,5%) после КЭАЭ. В дальнейшем пациенту выполнено стентирование области рестеноза.

Таким образом, КЭАЭ при симптомных стенозах ВСА остается методом выбора. Каротидное стентирование имеет преимущества у пациентов высокого операционного риска, при спаечном процессе после ранее перенесенной операции на шее или лучевой терапии, у пациентов более молодого возраста (менее 70 лет). При асимптомных стенозах у пациентов умеренного и низкого риска развития инсульта остаются сомнения в преимуществе КЭАЭ перед медикаментозным лечением. В настоящий момент проводится несколько крупных рандомизированных исследований, которые, возможно, предоставят более точные рекомендации по ведению пациентов с асимптомным стенозом. В России остается крайне высокой частота атеросклероза сонных артерий, а количество операций на сонных артериях – недостаточным. Операции на брахиоцефальных артериях в НИИТОН сопровождаются низким уровнем ранних и отдаленных осложнений. Внедрение рентгенэндоваскулярных методов позволило нам сузить противопоказания к операции у больных с тяжелой соматической патологией, после лучевой терапии и при повторных операциях.