

Мигунова С.Г.¹, Горьков А.И.¹, Урванцева И.А.¹, Широков В.А.²

Лечение бессимптомных пациентов со стенозами внутренних сонных артерий

1 - БУ ХМАО – Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно – сосудистой хирургии», г. Сургут; 2 - ФБУН «Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промышленных предприятий Роспотребнадзора», г. Екатеринбург

Migunova S.G., Gor'kov A.I., Urvanceva I.A., Shirokov V.A.

Treatment of asymptomatic patients with stenosis of the internal carotid arteries

Резюме

В статье проведена оценка эффективности каротидной реваскуляризации в виде каротидной ангиопластики со стентированием (КАС) в сравнении с оптимальной медикаментозной терапией (ОМТ) у бессимптомных больных высокой степени риска со стенозами внутренних сонных артерий (ВСА) от 50 до 70%. Показано, что сердечно - сосудистые осложнения (ССО) в виде инсульта чаще возникали в группе ОМТ как среди мужчин, так и среди женщин. Однако, полученные результаты не являются достоверными ($p > 0,05$), что свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения вопросов выбора оптимальной тактики ведения бессимптомных пациентов высокого риска со стенозом ВСА от 50 до 70% и оценки эффективности проведения каротидной реваскуляризации методом КАС. **Ключевые слова:** каротидная реваскуляризация, каротидная ангиопластика со стентированием, ишемический инсульт, стеноз сонных артерий, атеросклероз, брахиоцефальные артерии, внутренние сонные артерии, бессимптомные больные, высокий риск сердечно-сосудистых осложнений

Summary

The article assessed carotid revascularization efficiency of carotid angioplasty and stenting versus optimal medical therapy in asymptomatic patients with high risk of stenoses of the internal carotid artery (ICA) from 50 to 70%. It is shown that the MTR as a stroke were more frequent in the group of the optimal medical therapy in both men and women. However, the results are not significant ($p > 0.05$), which suggests the need to further explore the issues of choice of optimal tactics of high-risk asymptomatic patients with stenosis of the ICA from 50 to 70% and evaluate the effectiveness of carotid revascularization technique of carotid angioplasty with stenting.

Key words: carotid revascularization, carotid angioplasty with stenting, ischemic stroke, carotid stenosis, atherosclerosis, brachiocephalic arteries, internal carotid artery, asymptomatic patients at high risk of cardiovascular complications

Введение

Острые нарушения мозгового кровообращения продолжают оставаться важнейшей медико - социальной проблемой, что обусловлено их высокой долей в структуре заболеваемости и смертности населения, значительными показателями временных трудовых потерь и первичной инвалидности [7]. По данным мировой статистики, среди всех инсультов 75–80% составляют ишемические нарушения мозгового кровообращения, а около 60–70% ишемических инсультов развиваются без каких-либо предвестников [8,9,10]. Атеросклероз является причиной около трети всех ишемических инсультов. Основной целью лечения атеросклероза сонных артерий является замедление прогрессирования болезни и снижение риска развития инсульта или смерти [6,7]. Всем больным с каротидным атеросклерозом рекомендуется модификация образа жизни [1,6]. Оптимальная медикаментозная терапия должна быть назначена всем больным с атеро-

склерозом БЦА вне зависимости от выбора тактики. У пациентов с сахарным диабетом следует обеспечивать контроль гликемии. Целевой уровень гликозилированного гемоглобина (Hb A1c) составляет $<7\%$ (1С). Антигипертензивное лечение рекомендуется пациентам с АГ и атеросклерозом БЦА для поддержки артериального давления ниже 140/90 мм рт.ст. (1А). Антитромбоцитарная терапия (аспирин в низкой дозе или клопидогрель при непереносимости аспирина) следует назначать всем пациентам с атеросклерозом БЦА независимо от наличия симптомов (1С). Атеросклероз БЦА является заболеванием, связанным с высоким риском сердечно - сосудистых осложнений (ССО), поэтому таким пациентам рекомендуется проведение гиполипидемической терапии (1А) [1,2,5,7,8]. Необходимость оперативного вмешательства при бессимптомных стенозах ВСА более 70% не подвергается сомнению [1,11], тогда как выбор оптимального метода лечения бессимптомных больных высокого риска

ССО со стенозом ВСА от 50 до 70% остается предметом дискуссии. Эффективность ревазуляризации против медикаментозной терапии у таких больных не доказана, так как они исключались из рандомизированных исследований, сравнивающих каротидную ревазуляризацию и медикаментозное лечение [1,6]. Таким образом, актуальность проведения исследований с участием бессимптомных пациентов высокого риска со стенозами ВСА от 50 до 70% с целью сравнения эффективности каротидной ревазуляризации с оптимальной медикаментозной терапией сегодня не вызывает сомнений.

Цель исследования: Сравнить эффективность каротидной ревазуляризации в виде КАС с оптимальной медикаментозной терапией у бессимптомных больных высокой степени риска со стенозами ВСА от 50 до 70%.

Материалы и методы

Всем больным в соответствии с диагнозом была рекомендована оптимальная медикаментозная терапия, включающая дезагреганты, антикоагулянты, гипотензивные, сахароснижающие препараты и статины. Больные были рандомизированы на 2 группы в зависимости от вида лечения. Первую группу составили больные, получавшие только ОМТ, вторую - больные, получившие ОМТ и оперативное лечение в виде каротидной ангиопластики со стентированием (КАС). Период наблюдения составил $3 \pm 0,65$ лет. Конечные точки включали ОНМК или смерть от ССО (ОИМ, ОНМК). Статистический анализ выполнен с использованием программ Microsoft Excel и BioStat 2009. Для анализа полученных результатов использовали расчет средних величин (M), их ошибок (m) и среднеквадратичного отклонения (δ). Сравнение средних величин осуществлялось с помощью параметрического критерия (t) Стьюдента. Разность считалась достоверной при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В исследование были включены 125 пациентов (74 мужчины и 51 женщина) с бессимптомным атеросклерозом БЦА и высоким риском ССО. Средний возраст боль-

ных составил $60,58 \pm 5,9$ лет ($62,59 \pm 6,8$ лет у женщин и $58,11 \pm 6,88$ у мужчин). В течение периода наблюдения у 11 (16%) из 70 пациентов (3 женщины, 8 мужчин) в группе ОМТ и у 6 (11%) из 55 пациентов (1 женщина, 5 мужчин) в группе КАС были зарегистрированы ССО в виде ОНМК по ишемическому типу. ССО в группе ОМТ возникали чаще, чем в группе КАС ($p = 0,819$), как среди мужчин ($p=0,967$), так и среди женщин ($p=0,658$). Однако, полученные различия не являются статистически значимыми.

Заключение

Результаты исследования показали отсутствие достоверных различий в при лечении бессимптомных больных со стенозом ВСА от 50 до 70% методами КАС и ОМТ. Это свидетельствует о возможном использовании в настоящее время обеих тактик ведения данной категории пациентов. Также, полученные результаты подтверждают необходимость дальнейшего изучения данной категории больных путем проведения клинических исследований с целью получения данных о естественном течении атеросклероза ВСА, оценке эффективности ревазуляризации ВСА путем КАС, уточнения показаний для эндоскопического лечения бессимптомных стенозов ВСА. Все это позволит оптимизировать алгоритм выбора тактики ведения бессимптомных стенозов ВСА с учетом прогнозирования рисков и положительных исходов для каждого конкретного пациента. ■

Мишунова С.Г., БУ ХМАО – Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно – сосудистой хирургии», г. Сургут; Горьков А.И., БУ ХМАО – Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно – сосудистой хирургии», г. Сургут; Урванцева И.А., БУ ХМАО – Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно – сосудистой хирургии», г. Сургут; Широков В.А., ФБУН «Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промышленных предприятий Роспотребнадзора», г. Екатеринбург

Литература:

1. Национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями брахиоцефальных артерий. Российский согласительный документ: в 6 ч. / под ред. А.В. Покровского. М., 2013.
2. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации. 5-й пересмотр. М., 2013.
3. Суслина З.А. Алгоритм применения методов ангиовизуализации сонных артерий/ З.А. Суслина, А.О. Четкин, Г.И. Кунцевич, М.В. Кротенкова // Неврные болезни. - 2013. - №1. - С.6-9.
4. Оганов Р.Г. Статины – препараты первой линии в профилактике и лечении атеросклероза/ Р.Г.Оганов// Кардиология. - 2013. - №1. - С. 12-15.
5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации. 5-й пересмотр. М., 2012;
6. Колос И.П. Выбор тактики лечения у пациентов со стенозирующим каротидным атеросклерозом: медикаментозное лечение или ревазуляризация/ И. П. Колос, С. А. Боицовой// Актуальные вопросы болезни сердца и сосудов. - 2009. - Т. 4. - №3. - С.12-17;
7. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика: руководство для врачей/ под ред. З.А.Суслиной, М.А.Пирадова. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - 288с.
8. Инсульт. Принципы диагностики, лечения и профилактики / Под ред. Верещагина Н.В. и др. М., 2002. 2. Верещагин Н.В. // Журн. неврол. и психиатрии им.

- С.С. Корсакова (Приложение "Инсульт"). 2003. № 9. С. 8.
9. Ворлоу Ч.П. и др. *Инсульт: Практическое руководство для ведения больных*. СПб., 1998. 4. Гусев Е.И. // Журн. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова (Приложение "Инсульт"). 2003. № 9. С. 3
10. Патология сонных артерий и проблема ишемического инсульта (клинические, ультразвуковые и гемодинамические аспекты) / Под ред. Джибладзе Д.Н. М., 2002.
11. Schneider PA, Naylor AR. Transatlantic debate. Asymptomatic carotid artery stenosis—medical therapy alone versus medical therapy plus carotid endarterectomy or stenting. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2010;40:274–281.
12. Adams RJ, Albers G, Alberts MJ et al. Update to the AHA/ASA Recommendations for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack. *Stroke* 2008; 39: 1647–52.
13. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *Atherosclerosis*, 217S (2011) S1-S44, doi:10.1016/j.atherosclerosis.2011.06.012.
14. Thom S., Poulter N., Field J. et al. UMPIRE Collaborative Group. «Effects of a fixed-dose combination on medication adherence and risk factors in patients with or at risk of CVD: The UMPIRE randomized clinical trial» // *JAMA* 2013; 310: 918 - 29.
15. Brugs JJ, Yetgin T, Hoeks SE, Gotto AM, Shepherd J, Westendorp RG, de Craen A J, Knopp RH, Nakamura H, Ridker P, van Domburg R, Deckers JW. The benefits of statins in people without established cardiovascular disease but with cardiovascular risk factors: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2009; 338: b2376.
16. Mills EJ, Rachlis B, Wu P, Devereaux PJ, Arora P, Perri D. Primary prevention of cardiovascular mortality and events with statin treatments. A network meta-analysis involving more than 65,000 patients. *J Am Coll Cardiol* 2008;52: 1769–1781.