

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЕССИМПТОМНОГО СТЕНОЗА ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

A CLINICAL CASE OF ASYMPTOMATIC STENOSIS OF THE INTERNAL CAROTID ARTERY

**A. Gurdzibeev
V. Arakelyan
V. Papitashvili**

Summary. Carotid artery stenosis is one of the frequent manifestations of atherosclerosis and other occlusive vascular pathologies. It belongs to the class of cerebrovascular diseases. It is characterized by severe complications, such as encephalopathy or stroke. This article presents a clinical case of asymptomatic stenosis of the internal carotid artery. This group of patients is characterized by the fact that their stenosis is detected accidentally, the patient does not make any complaints. In most cases, patients with this pathology have critical stenosis of the carotid arteries, which require surgical intervention. The screening method of investigation for all patients with this pathology is duplex scanning of the carotid arteries, but it also has its limitations.

Keywords: asymptomatic stenosis, carotid endarterectomy, carotid artery, atherosclerosis.

Гурдзибеев Ацамаз Борисович

Аспирант, НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева
atsamaz.gurdzibeev@mail.ru

Аракелян Валерий Сергеевич

Д.м.н., профессор, заведующий отделением НМИЦ
ССХ им. А.Н. Бакулева

Папаташвили Василий Георгиевич

К.м.н., доцент, в.н.с. НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева

Аннотация. Стеноз сонных артерий — одно из частых проявлений атеросклероза и других окклюзирующих сосудистых патологий. Относится к классу цереброваскулярных заболеваний. Характеризуется тяжелыми осложнениями, такими как энцефалопатия или инсульт. В данной статье представлен клинический случай бессимптомного стеноза внутренней сонной артерии. Данная группа пациентов характеризуется тем, что стеноз у них обнаруживается случайно, пациент не предъявляет никаких жалоб. В большинстве случаев у пациентов с данной патологией обнаруживаются критические стенозы сонных артерий, которые требуют оперативного вмешательства. Скрининговым методом исследования для всех пациентов с данной патологией является дуплексное сканирование сонных артерий, но и оно тоже имеет свои ограничения.

Ключевые слова: бессимптомный стеноз, каротидная эндартерэктомия, сонная артерия, атеросклероз.

Каротидная эндартерэктомия (КЭА) снижает долгосрочный риск инсульта у бессимптомных пациентов [1]. На основании нескольких рандомизированных клинических исследований было показано, что реваскуляризация сонной артерии снижает риск инсульта в будущем у лиц с тяжелым бессимптомным стенозом сонной артерии. Однако хорошо известной проблемой такого профилактического вмешательства является риск перипроцедурного инсульта, смерти или инфаркта миокарда. Если фактический риск инсульта при бессимптомном стенозе сонной артерии может быть значительно снижен с помощью агрессивного медицинского лечения, реваскуляризация сонной артерии может принести незначительную пользу или даже нанести вред, особенно у пациентов с ограниченной продолжительностью жизни. Основываясь на последних данных наблюдений, становится очевидным, что риск инсульта в этой популяции снижается только благодаря улучшению медицинского обслуживания. Это побудило некоторых из них вообще избегать реваскуляризации сонной артерии при бессимптомном стенозе сонной артерии. Другие считают, что такие выводы нельзя сделать только на основе данных наблюдений. В разгар этого противоречия важно, чтобы

клиницисты проводили реваскуляризацию сонных артерий в каждом конкретном случае, обеспечивая при этом оптимальное медицинское обслуживание всех пациентов. Алгоритмический подход к принятию решений, основанный на имеющихся фактических данных, позволит клиницистам эффективно персонализировать ведение пациентов [2].

Пациент О., 70 лет (рост 164см., вес 92кг) поступила с жалобами на повышение АД. В анамнезе ОИМ, ОНМК отрицает. При плановом осмотре по месту жительства, по данным УЗДС БЦА выявили стенозирующее поражение. Стеноз ВСА справа 65%, ВСА слева 50%. Обратилась в НМИЦ ССХ им. Бакулева для дообследования и определения тактики лечения.

При поступлении всем пациентам проводится диагностическая коронарография, для исключения серьезных поражений коронарного русла, а т.к. у данной пациентки были пограничные стенозы сонных артерий, также ей было назначено проведение рентгенконтрастной ангиографии. По данным коронарографии у пациентки было выявлено поражение коронарных артерий,



Рис. 1. (Селективная коронарография ЛКА)

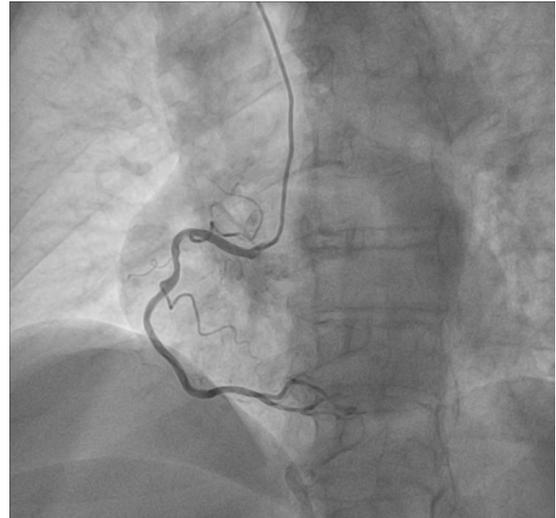


Рис. 2. (Селективная коронарография ПКА)

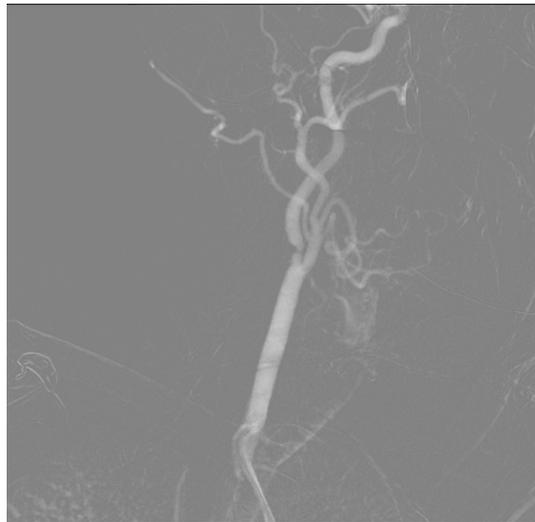


Рис. 3. (Ангиография сонной артерии справа.)

а именно ПМЖВ стеноз 50% (рис. 1), стеноз ПКА 40% (рис. 2), и стеноз ВСА справа (рис. 3).

Исходя из данных рентгенконтрастной ангиографии у пациентки выявлен стеноз ВСА справа 75–80%. Рекомендовано проведение КЭА справа.

Техника операции

После троекратной антисептической обработки кожи операционного поля доступом по переднему краю правой кивательной мышцы послойным рассечением кожи и подкожной жировой клетчатки и мышцы выделена бифуркация правой общей сонной артерии, наружная сонная артерия и внутренняя сонная артерия в началь-

ном отделе. Пальпаторно мощная атеросклеротическая бляшка в просвете начального отдела внутренней сонной артерии. После введения 5 000 Ед., нефракционированного гепарина отдельно пережаты сонные артерии. Незначительное падение церебральной оксиметрии с 66 до 58%. Правая ВСА отсечена в устье. Выполнена ЭАЭ методом выворачивания из бифуркации начального отдела ВСА. АСБ, критически стенозирующая просвет ВСА 2 см от устья сошла удовлетворительно на нет. ВСА реимплантирована в старое устье к-в-к обвивным швом. После профилактики воздушной эмболии пущен кровоток. Пульсация отчетливая. Церебральная оксиметрия 65–66%. Линия шва герметична. Гемостаз. Рана ушита послойно наглухо с оставлением активного дренажа. Асептическая наклейка.



Рис. 4. (АСБ удаленная из правой ВСА)

На рисунке 4 представлена АСБ, которую мы благополучно удалили из просвета правой ВСА.

Послеоперационный период проходил без осложнений, и пациент благополучно был выписан.

Обсуждение

Ведущее значение при обследовании пациентов с бессимптомными стенозами артерий каротидного бассейна имеют ультразвуковые методы обследования, в первую очередь — ультразвуковая доплерография и дуплексное сканирование [3]. При дуплексном сканировании можно получить реальное изображение сосудистого русла в режиме цветового картирования, что позволяет весьма точно определить степень, структуру и локализацию атеросклеротической бляшки в сонной артерии; также при использовании дуплексного сканирования возможно проведение спектрального анализа линейной скорости кровотока. Данный метод дуплексного сканирования является базисным при определении дальнейшей тактики ведения пациентов с бессимптомным стенозом сонной артерии, так как он является неинвазивным и в то же время достаточно информативным в плане визуализации атеросклеротической бляшки [3].

До настоящего времени “золотым стандартом” при комплексном обследовании пациентов с каротидными стенозирующими процессами, позволяющим максимально объективизировать состояние просвета артерии, остается контрастная каротидная ангиография. Однако с помощью этого метода можно лишь косвенно судить о состоянии сосудистой стенки и степени стеноза, а также о функциональном состоянии мозговой гемодинамики. Контрастная ангиография достаточно информативна для определения состояния коллатерального кровоснабжения головного мозга при субтотальном стенозе или закупорке сонной артерии, а также для выявления интракраниальной патологии магистральных

артерий головного мозга, что не всегда можно определить при ультразвуковых методах обследования. Так как традиционное ангиографическое исследование сопряжено с определенным риском развития ишемического инсульта (например, в исследовании ASAT развитие осложнений после ангиографии составило 1,2%) [4, 5], его использование в качестве рутинного метода при бессимптомных стенозах ВСА не является оправданным — кроме предоперационного обследования пациентов, у которых уже имеются показания к оперативному лечению.

Для выработки научно обоснованной стратегии и тактики ведения больных с бессимптомным стенозом сонной артерии были проведены проспективные мультицентровые исследования, в которых изучалась эффективность каротидной эндартерэктомии с целью профилактики инсульта в сравнении с консервативным лечением, а также оценивался риск развития инсульта в “хирургической” и “консервативной” группах. Ключевой вопрос здесь — определение показаний к оперативному лечению при бессимптомном поражении сонной артерии. Достоверно известно, что риск развития пери- и послеоперационных осложнений при проведении каротидной эндартерэктомии (КЭА) значительно ниже при операциях по поводу бессимптомного стеноза, чем при сравнимом симптомном стенозе ВСА. Однако оценивая результаты проведенных исследований, можно отметить, что до сих пор нет полной ясности в тактике ведения пациентов с бессимптомными стенозами ВСА. Так, в исследовании CASANOVA было показано, что КЭА не является более эффективной в плане профилактики инсульта по сравнению с группой бессимптомных больных с каротидным стенозом, получавших лишь аспирин [7]. При этом стоит оговориться, что в этом исследовании имело место несоблюдение критериев рандомизации. Исследование MACE, несмотря на соблюдение критериев рандомизации, включало в себя слишком малочисленную группу наблюдений, чтобы позволить авторам сделать выводы

о сравнении оперативного и медикаментозного методов лечения при бессимптомных стенозах сонных артерий. Данное исследование было прекращено ввиду частого наступления инфаркта миокарда и транзиторных ишемических атак в группе “хирургических” больных, которое было значительно выше, чем в группе пациентов, подвергшихся консервативному лечению [6]. При выявлении пациентов с бессимптомными стенозами ВСА необходимо проведение максимально

полного, комплексного и информативного обследования. Все пациенты, которым продолжено консервативное лечение, должны находиться под динамическим наблюдением невролога, кардиолога, ангиохирурга с регулярным проведением контрольного дуплексного сканирования не реже 2 раз в год. В группе больных, подвергшихся оперативному лечению, также необходимо динамическое наблюдение в связи с опасностью развития рестенозов, о чем не следует забывать.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kamran Gaba, Peter A Ringleb, Alison Halliday Curr Neurol Neurosci Rep. 2018; 18(11): 80. doi: 10.1007/s11910-018-0888-5
2. Sridhar Venkatachalam Curr Cardiol Rep (2014) 16:440 DOI:10.1007/s11886-013-0440-9
3. Патология сонных артерий и проблема ишемического инсульта (клинические, ультразвуковые и гемодинамические аспекты) / Под ред. Джибладзе Д.Н. М., 2002.
4. Executive committee for the Asymptomatic Carotid Atherosclerosis Study // JAMA. 1995. V. 273. P. 1421.
5. Young B. et al. // Stroke. 1996. V. 27. P. 2216.
6. Mayo Asymptomatic Carotid Endarterectomy Study Group // Mayo Clin. Proc. 1992. V. 67. P. 513.
7. Dainer H. et al. CASANOVA Study Group // Neurology. 1990. V. 40. Suppl. 1. P. 415.

© Гурдзибеев Ацамаз Борисович (atsamaz.gurdzibeev@mail.ru),
Аракелян Валерий Сергеевич, Папиташвили Василий Георгиевич.
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева Минздрава России