

ISSN 2225-6016

ВЕСТНИК

*Смоленской государственной
медицинской академии*

Том 13, №4

2014



ОБЗОРЫ

УДК 616.12-009.72

СТЕНОЗЫ СОННЫХ АРТЕРИЙ: ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

© **Костенко О.В.**

Смоленская государственная медицинская академия, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28

Резюме: Проанализированы основные факторы риска развития стеноза сонных артерий, современные инвазивные и неинвазивные диагностические методы, возможные оперативные методики лечения пациентов с каротидными стенозами. Приведены рекомендации по изменению образа жизни пациентов, выбору наиболее подходящего метода диагностики, медикаментозной и хирургической тактики в зависимости от выраженности неврологической симптоматики, степени стеноза сонных артерий, возможного операционного риска и процента осложнений

Ключевые слова: атеросклероз, стенозы сонных артерий, ультразвуковая диагностика заболеваний сосудов, каротидная эндартерэктомия, каротидная ангиопластика и стентирование

CAROTID STENOSIS: DIAGNOSIS AND MANAGEMENT TACTICS

Kostenko O.V.

Smolensk State Medical Academy, Russia, 214019, Smolensk, Krupskaya St., 28

Summary: analysis of the main risk factors for carotid stenosis, modern invasive and noninvasive diagnostic techniques, and surgical methods of patients with carotid stenosis are discussed in this article. Recommendations on lifestyle changes, choice of the method of diagnosis and surgical tactics depending on the severity of neurological symptoms, the degree of carotid stenosis, the operational risk and rates of complications are represented

Key words: atherosclerosis, carotid stenosis, ultrasound diagnostics vascular disease, carotid endarterectomy, carotid angioplasty and stenting

Введение

В современном мире сердечно-сосудистая патология занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваний населения [2]. В России по данным Росстата в 2013 г. смертность от сердечно-сосудистых заболеваний составила примерно 55% от общей смертности, причем большинство неблагоприятных исходов были обусловлены атеросклерозом и его основными осложнениями (инсультом и инфарктом миокарда).

Стеноз сонных артерий – это заболевание при котором происходит сужение просвета сонных артерий из-за формирования атеросклеротических бляшек на внутренней стенке сосуда. Сонные артерии, а в частности внутренние сонные артерии, снабжают кровью головной мозг. Соответственно при сужении просвета сонных артерий снижается приток крови к мозгу и нарушается питание тканей головного мозга, что приводит к появлению неврологической симптоматики, транзиторных ишемических атак, а в более тяжелых ситуациях развивается ишемический инсульт.

На начальных стадиях развития атеросклероз сонных артерий может протекать бессимптомно, поэтому часто пациенты даже не догадываются о наличии данного заболевания. Наиболее часто стеноз сонных артерий диагностируется при появлении у пациента симптомов транзиторных ишемических атак, таких как слабость, онемение одной стороны лица, одной руки или ноги, или одной стороны тела, невнятная речь, внезапная потеря или ухудшение зрения, нарушение координации движений, головокружение или спутанность сознания. Все эти симптомы указывают на значительную степень выраженности стеноза сонных артерий, что часто требует серьезной лекарственной терапии, а в ряде случаев показано хирургическое лечение данного заболевания.

Значительные стенозы сонных артерий выявляются у пациентов с инсультом или повторными инсультами. Такие ситуации требуют по возможности хирургического лечения, направленного на уменьшение процента стеноза и улучшение кровоснабжения страдающей области головного мозга. В последние годы развитие атеросклероза отмечается все в более молодом возрасте, поэтому особенно важна оценка факторов риска развития стеноза сонных артерий и ранняя диагностика данной патологии.

Основными факторами повышающими риск возникновения атеросклеротического стеноза сонных артерий являются [5]:

- семейный анамнез атеросклероза любой локализации;
- возраст (риск развития растёт с увеличением возраста);
- высокий уровень холестерина (особенно липопротеинов низкой плотности и триглицеридов);
- артериальная гипертония;
- курение;
- ожирение;
- сахарный диабет;
- малоподвижный образ жизни.

В настоящее время для диагностики стенозов сонных артерий используется ряд неинвазивных и инвазивных инструментальных методов:

- ангиография сонных артерий;
- ультразвуковое дуплексное исследование сосудов головы и шеи;
- магнитно-резонансная ангиография (МРА);
- компьютерная томография (КТ) головного мозга;
- КТ с ангиографией.

Рентгеноконтрастная ангиография является «золотым стандартом» в диагностике поражений различных артерий, но относится к инвазивным методам и выполняется в операционном блоке. Магнитно-резонансная ангиография, компьютерная томография головного мозга и компьютерная томография с ангиографией так же относятся к высокоинформативным диагностическим процедурам, но являются инвазивными методиками.

В настоящее время наиболее доступным, неинвазивным и достаточно информативным методом диагностики стенозов сонных артерий является ультразвуковое дуплексное исследование сосудов головы и шеи [5]. Ультразвуковое исследование может быть использовано как скрининг пациентов, позволяет определить наличие стеноза сонных артерий, степень стеноза, локализацию, необходимость дополнительных исследований (МРА, КТ и КТ с ангиографией), определить показания к хирургическому лечению. Кроме того, указанное исследование используется для контроля технического исполнения реконструкции и в дальнейшем для динамического наблюдения пациентов [1, 5, 7]. При недостаточности диагностической информации и подозрении наличия патологии в областях, недоступных для дуплексного сканирования, ультразвуковое исследование сосудов может быть дополнено компьютерной томографией с ангиографией или магнитно-резонансной ангиографией. Использование КТ с ангиографией позволяет обеспечить анатомическую визуализацию от дуги аорты до Виллизиева круга. Многосрезовая реконструкция и анализ позволяют обследовать даже очень извитые сосуды. МРА также позволяет создавать высокого разрешения изображения артерий шеи и головы, однако КТ с ангиографией и МРА требуют введения в сосудистое русло контрастных веществ.

Тактика лечения стенозов сонных артерий определяется врачом в зависимости от тяжести патологического процесса. Лечение может включать рекомендации по изменению образа жизни, назначение фармакологических препаратов и хирургическую коррекцию.

Для предотвращения прогрессирования стеноза сонных артерий пациентам рекомендуется:

- отказаться от курения;
- контролировать уровень холестерина, уровень артериального давления, уровень глюкозы крови (при наличии сахарного диабета);
- снизить употребление в пищу продуктов с высоким содержанием холестерина;

- поддерживать нормальный вес;
- обеспечить регулярные физические нагрузки;
- необходим прием антикоагулянтных препаратов при наличии нарушений сердечного ритма.

При определении показаний к инвазивному лечению пациентов со стенозами сонных артерий оценивается [5]:

- неврологическая симптоматика;
- степень стеноза сонной артерии;
- процент осложнений и интраоперационная летальность;
- особенности сосудистой и местной анатомии;
- морфология бляшки сонной артерии.

Лекарственная терапия – немаловажный пункт в нормализации состояния больного, однако при значительных стенозах, к сожалению, оказывается недостаточной для снижения риска развития инсульта. Наиболее часто используются такие группы препаратов как статины, антитромбоцитарные, антикоагулянтные и гипотензивные.

Показания к оперативному лечению обычно основываются на анализе неврологической симптоматики и степени стеноза сонной артерии, а выбор вида оперативного лечения определяется процентом осложнений, особенностями сосудистой анатомии и морфологией бляшки [5].

Хирургическое лечение стенозов сонных артерий в настоящее время проводится двумя способами [3, 4, 6, 9, 10, 11]:

- каротидная эндартерэктомия (выполняется под общим наркозом или местной анестезией с внутривенной седацией. Хирург производит разрез на шее в проекции стенозированной сонной артерии, удаляет атеросклеротическую бляшку, сшивает сосуд, затем накладывает швы на кожу. Приток крови к мозгу восстанавливается);
- каротидная ангиопластика и стентирование (как правило, выполняется без общей анестезии, но с использованием седации. Баллонный катетер вводится в кровеносный сосуд и под контролем ангиографа направляется в место стеноза сонной артерии, далее баллон раздувается в течение нескольких секунд, чтобы расширить артерию. При применении стентирования вместо баллона на суженном участке размещается стент, который будет постоянно поддерживать стенки артерий, просвет сосуда остается открытым).

Для решения о необходимости оперативного лечения, выбора вида хирургического вмешательства разработаны рекомендации по ведению пациентов с каротидными стенозами.

Рекомендации по тактике выбора вида оперативного лечения стенозов сонных артерий:

1. Каротидная эндартерэктомия для симптомных пациентов со стенозами сонных артерий в настоящее время является методом выбора. Каротидная эндартерэктомия абсолютно показана у симптомных пациентов со стенозами более 60%. Каротидная эндартерэктомия противопоказана симптомным пациентам со стенозами менее 50%.
2. Возможно выполнение каротидной эндартерэктомии у пациентов со стенозом ВСА от 50% до 60% с учетом морфологической нестабильности атеросклеротической бляшки (изъязвление, кровоизлияние в бляшку, флотация интимы, пристеночный тромб) с учетом неврологической симптоматики – транзиторные ишемические атаки или инсульт в течение последних 6 месяцев.
3. Целесообразно выполнение каротидной эндартерэктомии в течение двух недель от начала последнего эпизода острого нарушения мозгового кровообращения при малых инсультах (не более 3 баллов по шкале исходов инсультов по модифицированной шкале Рэнкин), через 6–8 недель после полных инсультов. Каротидная эндартерэктомия может быть выполнена в течение ближайших дней после транзиторной ишемической атаки.
4. Каротидная эндартерэктомия может быть рекомендована бессимптомным пациентам со стенозами от 70% до 99%, если операционный риск составляет менее 3%.
5. Каротидная ангиопластика и стентирование может быть выполнена у симптомных пациентов, если они имеют высокий хирургический риск для проведения каротидной эндартерэктомии [4, 5, 6, 9, 10, 11].

Заключение

Исходя из вышеизложенного, представляется целесообразным выделить следующие направления диагностики и ведения пациентов с каротидными стенозами:

- с каждым годом стенозы сонных артерий, как и атеросклероз в целом, диагностируются все в более молодом возрасте. Поэтому необходимо выделять пациентов с факторами риска развития стенозов сонных артерий для наиболее ранней диагностики и коррекции патологических изменений во избежание развития тяжелых осложнений (транзиторных ишемических атак и инсультов);
- современное развитие медицинских технологий диагностики позволяет определить наличие стеноза сонных артерий, степень стеноза и характер атеросклеротической бляшки даже с помощью неинвазивных методов. Ультразвуковое дуплексное сканирование сонных артерий является доступным высокоинформативным неинвазивным методом, который целесообразно применять в качестве скрининга у большинства пациентов не только в условиях стационара, но и в амбулаторном звене;
- развитие хирургических методов лечения стенозов сонных артерий дает возможность удалить атеросклеротические бляшки, уменьшить или убрать стеноз (каротидная эндартерэктомия, каротидная ангиопластика и стентирование), восстановить кровоток, улучшить качество жизни, а порой и спасти пациента от инсульта.

Литература

1. Балахонova Т.В., Козлов С.Г., Махмудова Х.А. Ультразвуковая оценка атеросклероза сонных артерий и функции эндотелия у мужчин молодого и среднего возраста с ишемической болезнью сердца // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – №8. – С. 11-15.
2. Барбараш О.Л., Зыков М.В., Кашталап В.В. и др. Распространенность и клиническая значимость мультифокального атеросклероза у пациентов с ишемической болезнью сердца // Кардиология. – 2011. – №8. – С. 66-71.
3. Белов Ю.В., Кузьмин А.Л. и др. Каротидная эндартерэктомия под местной анестезией у больных с изолированными, множественными и сочетанными поражениями брахиоцефальных артерий // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2002. – Т.8, №3. – С. 76-80.
4. Гавриленко А.В., Иванов В.А., Терехин С.А. и др. Сравнительные исследования каротидной эндартерэктомии и каротидного стентирования у пациентов со стенозами сонных артерий. Часть 2 // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2010. – Т.16, №2. – С. 141-147.
5. Национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями брахиоцефальных артерий / Председатель Профильной комиссии по сердечно-сосудистой хирургии Экспертного совета Минздрава РФ: академик РАН и РАМН Л.А. Бокерия. – М., 2013.
6. Покровский А.В., Кунцевич Г.И., Белоярцев Д.Ф. и др. Сравнительный анализ отдаленных результатов каротидной эндартерэктомии в зависимости от методики операции // Ангиология и сосудистая хирургия. – Т.11, №1. – 2005. – С. 93-101.
7. Шумилина М.В. Комплексная ультразвуковая диагностика патологии периферических сосудов. – Изд. НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2007. – 383 с.
8. Юрченко Д.Л., Китачев К.В., Ерофеев А.А. Хубулава Г.Г. Хирургическое лечение стенозов сонных артерий. – СПб.: Наука, 2010. – 210 с.
9. Brooks W.H., McClure R.R., Jones M.R. et al. Carotid angioplasty and stenting versus carotid endarterectomy: randomised trial in a community hospital // J. Am. Coll. Cardiol. – 2001. – V.38. – P. 1589-1595.
10. Rothwell P.M., Eliasziw M., Gutnikov S.A. et al. Carotid Endarterectomy Trialists Collaboration. Endarterectomy for symptomatic carotid stenosis in relation to clinical subgroups and timing of surgery // Lancet. – 2004. – V.363. – P. 915-924.
11. Veith F.J., Amor M., Ohki T. et al. Current status of carotid bifurcation angioplasty and stenting based on a consensus of opinion leaders // J. Vase Surg. – 2001. – V.33. – P. 111-116.

Информация об авторе

Костенко Ольга Вячеславовна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной терапии ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздрава России. E-mail: Kostenko_olya@mail.ru