**БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ И СТЕНТИРОВАНИЯ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ**

ДЮЖИКОВ А.А., [ХРИПУН А.В.](https://www.elibrary.ru/author_items.asp?authorid=97832), МАЛЕВАННЫЙ М.В., ОРЛОВ А.Е., КУЛИКОВСКИХ Я.В.

Центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница»

Областной сосудистый центр ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница»

Тип: статья в журнале - научная статья Язык: русский

Том: 19Номер: 2 Год: 2013 Страницы: 93-110

ЖУРНАЛ: АНГИОЛОГИЯ И СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ

Издательство: Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов (Москва) ISSN: 1027-6661

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

ВНУТРЕННЯЯ СОННАЯ АРТЕРИЯ, INTERNAL CAROTID ARTERY, СТЕНТИРОВАНИЕ, STENTING, КАРОТИДНАЯ ЭНДАРТЕРЭКТОМИЯ, CAROTID ENDARTERECTOMY

АННОТАЦИЯ:

Цель: проанализировать результаты комбинированного применения в одном лечебном учреждении методик каротидного стентирования и эндартерэктомии у пациентов с атеросклеротическим поражением ВСА в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах. Материалы и методы: ретроспективно проанализированы данные 340 пациентов с атеросклеротическим поражением внутренней сонной артерии за период 2007–2011 гг. В зависимости от метода реваскуляризации все пациенты были разделены на две группы: группа стентирования ВСА (170 чел.) и группа каротидной эндартерэктомии (170 чел.). В группе стентирования статистически достоверно было больше пациентов с инфарктом миокарда в анамнезе (31.8% против 5.3%, р<0.001), ХСН III-IV ФК (7.6% против 1.2%, р=0.006), хронической обструктивной болезнью легких (12.4% против 3.5%, р=0.004). В первой группе также присутствовало больше больных, которые перенесли в анамнезе ишемический инсульт в бассейне ипсилатеральной ВСА (21.8% против 12.4%, p=0.03), однако, при этом обе группы были сопоставимы по количеству симптомных (65.3% и 59.4%, р=0.314) и асимптомных (34.7% и 40.6%, р=0.314) поражений ВСА. Перед оперативным вмешательством 95.3% пациентам выполнялась коронарография и селективная ангиография БЦА. Стентирование ВСА проводились под местной анестезией в 100% случаев. Защита головного мозга от эмболии применялась во всех случаях стентирования, из них у 103-х (60.6%) пациентов использовалась система проксимальной защиты МоМа Ultra. Каротидная эндартерэктомия проводилась под общей анестезией у всех пациентов. Временный шунт применялся в 36.5% случаев. Вшивание в артериотомическое отверстие заплаты производилось в 85.9% случаев. Оценивались результаты каротидной реваскуляризации в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах. Результаты: статистически значимой разницы по таким конечным точкам, как смерть, инсульт, инфаркт миокарда, а также комбинированному показателю (смерть, инсульт, инфаркт) и количеству местных осложнений между двумя методиками каротидной реваскуляризации в ближайшем (до 30-ти суток) послеоперационном периоде выявлено не было. Два летальных исхода, наблюдавшихся в группе каротидной эндартерэктомии, произошли вследствие острого инфаркта миокарда и большого ипсилатерального инсульта. Группы достоверно отличались по частоте повреждения черепно-мозговых нервов (0% в группе каротидного стентирования против 4.1% в группе КЭЭ, р=0.015). В отдаленном послеоперационном периоде, составлявшем в среднем 16.4±9,5 мес., летальных исходов в обеих группах не зарегистрировано, группы также не отличались по количеству инсультов и инфарктов, частоте рестенозов/окклюзий ВСА. Выводы: использование КЭЭ и каротидного стентирования в одном лечебном учреждении позволяет получать сопоставимо низкие показатели «смерти, инфаркта, инсульта» в ближайшем послеоперационном периоде, которые численно ниже показателей, приводимых в крупных рандомизированных исследованиях (1.2% против 5.2% (CREST) при стентировании, 2.9% против 4.5% (CREST) при КЭЭ), снизить общую частоту «смерти, инсульта, инфаркта» в ближайшем послеоперационном периоде (2.1% для всех пациентов в исследовании и 3.0% для симптомных больных против 3.3% показателя «смерть, инсульт» в исследовании NASCET), получать сопоставимо низкие показатели смерти, инфаркта или инсульта в отдаленном послеоперационном периоде, расширить возможности каротидной реваскуляризации при наличии лимитирующих факторов каждой из методик.