

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДЛИННОЙ ЗАПЛАТЫ ПРИ КЛАССИЧЕСКОЙ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ

*Казанцев А.Н., Артюхов С.В., Чикин А.Е., Зайцева Т.Е., Линец Ю.П.
ГБУЗ «Городская Александровская больница», г. Санкт-Петербург,
Россия*

Актуальность. Каротидная эндартерэктомия (КЭЭ) уже давно стала повседневной операцией в сосудистых стационарах [1,2]. Однако при наличии протяженной атеросклеротической бляшки (АСБ) чаще всего применяется классическая техника операции [3,4]. Однако известно, что поверхность артерии после эндартерэктомии характеризуется выраженным воспалительным процессом, риском пристеночного тромбоза и высокой вероятностью прогрессирования гиперплазии неоинтимы, что может вызвать раннюю потерю просвета сосуда [5]. Но крупных рандомизированных исследований по этому поводу не проводились, в результате чего данное заключение имеет статус «мнения», а не постулата [6]. Таким образом остается не ясным долгосрочная проходимость зоны реконструкции после имплантации длинной заплаты в условиях наличия протяженной АСБ.

Цель. Анализ госпитальных и отдаленных результатов классической КЭЭ в условиях протяженного атеросклеротического поражения в сравнении с исходами этой операции при наличии локальной АСБ.

Материалы и методы. В данное исследование за период с января 2010 по декабрь 2020 гг. вошло 148 пациентов с протяженной АСБ и гемодинамически значимым стенозом внутренней сонной артерии (ВСА). Под термином «протяженный» понималось гемодинамически значимое поражение длиной ≥ 5 см. Данные пациенты вошли в 1 группу. 2 группа была сформирована за тот же промежуток времени из 632 больных с гемодинамически значимым стенозом длиной, не превышающей 5 см. В обеих когортах была реализована классическая каротидная эндартерэктомия с пластикой зоны реконструкции заплатой из диэпоксипроцессированного ксеноперикарда. Длительность отдаленного периода составила $71,4 \pm 45,6$ месяцев.

Результаты. По частоте госпитальных осложнений группы были сопоставимы: смерть (группа 1: 0,67%, $n = 1$; группа 2: 0,5%, $n = 3$; $p = 0,74$; ОШ = 1,42; 95% ДИ 0,14 – 13,6), инфаркт миокарда (ИМ) (группа 1: 0,67%, $n = 1$; группа 2: 0,5%, $n = 3$; $p = 0,74$; ОШ = 1,42; 95% ДИ 0,14 – 13,6), ишемический инсульт (группа 1: 0%; группа 2: 0,5%, $n = 3$; $p = 0,91$; ОШ = 0,6; 95% ДИ 0,03 – 11,8), комбинированная конечная точка (смерть+ИМ+инсульт) (группа 1: 1,35%, $n = 2$; группа 2: 1,4%, $n = 9$; $p = 0,74$; ОШ = 0,94; 95% ДИ 0,2 – 4,43). По частоте отдаленных осложнений группы также были сопоставимы: смерть (группа 1: 2,0%, $n = 3$; группа 2: 2,05%, $n = 13$; $p = 0,76$; ОШ = 0,98; 95% ДИ

0,27 – 3,5), ИМ (группа 1: 2,7%, n = 4; группа 2: 2,4%, n = 15; p = 0,95; ОШ = 1,14; 95% ДИ 0,37 – 3,49), ишемический инсульт (группа 1: 5,4%, n = 8; группа 2: 5,2%, n = 33; p = 0,9; ОШ = 1,03; 95% ДИ 0,46 – 2,29), окклюзия и рестеноз ВСА (группа 1: 12,8%, n = 19; группа 2: 13,3%, n = 84; p = 0,99; ОШ = 0,96; 95% ДИ 0,56 – 1,63), комбинированная конечная точка (смерть+ИМ+инсульт) (группа 1: 10,1%, n = 15; группа 2: 9,6%, n = 61; p = 0,98; ОШ = 1,05; 95% ДИ 0,58 – 1,91). При анализе графиков выживаемости значимых межгрупповых различий по всем видам осложнений также не выявлено (летальный исход: p = 0,56; ИМ: p = 0,73; ОНМК/ТИА: p = 0,89; рестеноз/окклюзия ВСА: p = 0,82; комбинированная конечная точка: p = 0,71). Их нарастание в обеих группах шло равномерно. Однако более половины всех рестенозов и окклюзий ВСА было визуализировано в первые 6 месяцев после КЭЭ.

Выводы. Имплантация длинной заплаты (≥ 5 см) не характеризуется повышением частоты развития рестенозов и всех неблагоприятных кардиоваскулярных событий на госпитальном и отдаленном этапах наблюдения.

Литература.

1. Казанцев А.Н., Тарасов Р.С., Бурков Н.Н., Шабаев А.Р., Лидер Р.Ю., Миронов А.В. Каротидная эндалтерэктомия: трехлетние результаты наблюдения в рамках одноцентрового регистра. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2018; 24(3): 101-108.

2. Казанцев А.Н., Тарасов Р.С., Бурков Н.Н., Волков А.Н., Грачев К.И., Яхнис Е.Я., Лидер Р.Ю., Шабаев А.Р., Барбараш Л.С. Госпитальные результаты чрескожного коронарного вмешательства и каротидной эндалтерэктомии в гибридном и поэтапном режимах. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2019; 25(1): 101 – 107.

3. Казанцев А.Н., Бурков Н.Н., Миронов А.В. Периоперационный ишемический инсульт как исход реваскуляризации головного мозга. *Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия*. 2020;13(4):299-302.

4. Казанцев А. Н., Черных К. П., Лидер Р. Ю., Заркуа Н. Э., Кубачев К. Г., Багдавадзе Г. Ш., Калинин Е. Ю., Зайцева Т. Е., Чикин А. Е., Линец Ю. П. Гломус-сберегающая каротидная эндалтерэктомия по А.Н. Казанцеву. Госпитальные и среднеотдаленные результаты. *Патология кровообращения и кардиохирургия*. 2020;24(3):70-79.

5. Казанцев А.Н., Богомолова А.В., Бурков Н.Н., Баяндин М.С., Грищенко Е.В., Гусельникова Ю.И., Лидер Р.Ю., Миронов А.В. Морфология рестеноза после классической каротидной эндалтерэктомии с применением заплаты из диэпоксипроцанового ксеноперикарда. *Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия*. 2020;13(1):68-71.

6. Национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями брахиоцефальных артерий. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2013; (19)2: 4-68.