

АНГИОПЛАСТИКА И СТЕНТИРОВАНИЕ БРАХИО-ЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Памятка пациенту

Частота инсульта в среднем составляет 400 случаев на 100 000 населения в год. Среди причин стойкой утраты трудоспособности инсульт занимает первое место. Летальность в течение первого года после инсульта составляет 30-40%.

Наиболее частой причиной мозговых инсультов является атеросклеротическое поражение брахиоцефальных артерий (сонные, позвоночные, подключичные артерии). Суть проблемы заключается в сужении или полном перекрытии просвета магистрального сосуда атеросклеротической бляшкой, что в свою очередь приводит к нарушению кровоснабжения головного мозга, особенно у лиц с недостаточно развитым коллатеральным полушарным кровоснабжением. В результате распада бляшки может произойти эмболия мозговых сосудов атероматозными массами и/или сопутствующими им тромбами. Наиболее часто бляшки образуются в области развилки общей сонной артерии.

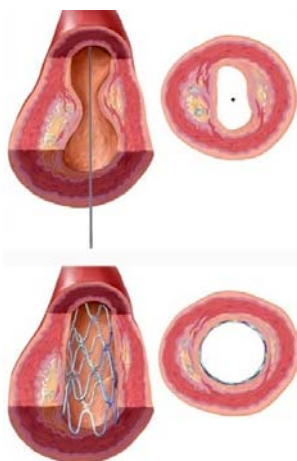
Диагностика. Неинвазивным и достоверным методом диагностики является доплерографический метод. С помощью этого метода можно изучить скоростные и объемные показатели кровотока, изучить степень расстройств регуляции мозгового кровообращения и состояние коллатерального кровообращения мозга. Дуплексное сканирование позволяет изучить степень, протяженность стеноза, а также структуру атеросклеротической бляшки.

Ценную информацию дают КТ и МР-ангиография. В наиболее сложных случаях используется контрастная ангиография.

Течение. Клинически стенозы брахиоцефальных артерий могут протекать бессимптомно, в виде временных расстройств мозгового кровообращения (транзиторные ишемические расстройства) или стойких расстройств мозгового кровообращения с формированием ишемического очага в ткани мозга (ишемический инсульт). В некоторых случаях у больных отмечаются признаки хронической дисциркуляторной энцефалопатии в виде снижения работоспособности, снижения внимания и памяти, быстрая утомляемость.

Лечение. Хирургическое лечение носит профилактический характер и направлено на восстановление просвета стенозированного сосуда. Используется как прямое вмешательство на сонной артерии – открытая каротидная эндартерэктомия (вскрытие сосуда и удаление бляшки), так и эндоваскулярное вмешательство – баллонная ангиопластика и стентирование.

Для внутрисосудистых операций на сонной артерии используются специальные самораскрываемые нитиноловые стенты. В настоящее время все эндоваскулярные операции на сонных артериях производятся с использованием специальных ловушек для предотвращения эмболии мозговых сосудов. Первым этапом устанавливается противоэмболический фильтр выше зоны стеноза, а затем производятся манипуляции на уровне стеноза. Все эмболы или тромбы, оторвавшиеся от бляшки, попадают в ловушку. При высокой степени стеноза перед установкой стента используется преддилатация - расширение просвета сосуда с помощью раздувания баллона. При менее выраженных стенозах сначала имплантируется стент, а затем производится постдилатация - раздувание баллона внутри стента на уровне стеноза для расширения сосуда до необходимого диаметра. После установки стента ловушка удаляется вместе с эмболами. Установленный в артерию стент препятствует спаданию стенок дилатированного сосуда и сохраняет в нем кровоток. За 3 дня до и в течение 3-6 мес. после операции требуется прием плавикса (75 мг в день) и тромбоасса (100 мг в день).



Контрольные доплерографические исследования зоны стентирования рекомендуется проводить в сроки 1-3-6-9-12 мес.