

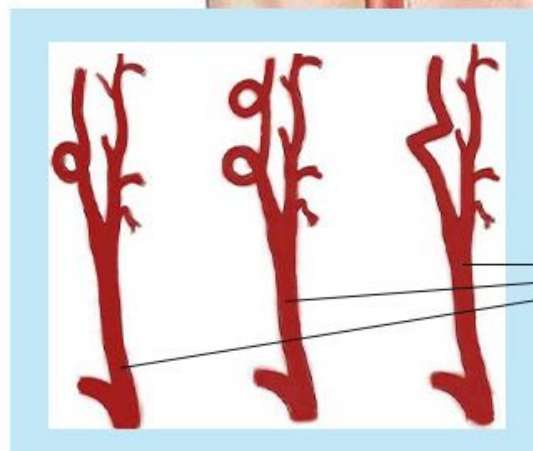
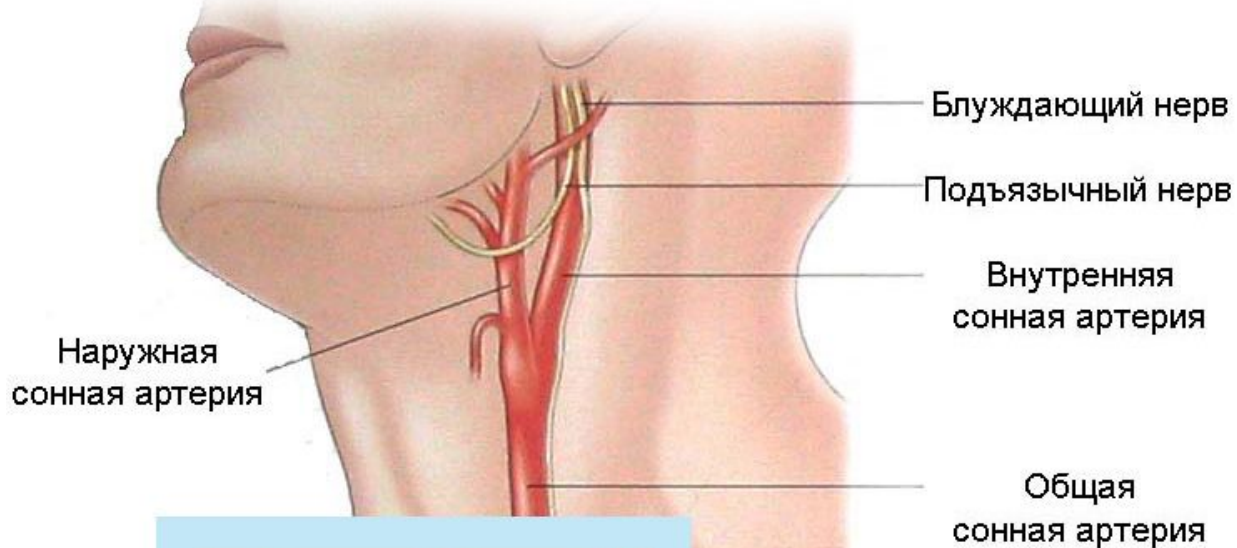
Асимптомные стенозы в каротидном бассейне: современные взгляды на лечение и диагностику

Выполнила студентка 4 курса Лечебного факультета 36
группы

Мунасипова Александра Дамировна

Каротидный бассейн

Формируется за счет левой и правой внутренних сонных артерий, отходящих в области бифуркации от общей сонной артерии.



Асимптомный стеноз сонной артерии

Это такой стеноз сонной артерии, в бассейне кровоснабжения которой отсутствуют преходящие или стойкие очаговые неврологические симптомы

Факторы риска

- * Пожилой и старческий возраст
- * Артериальная гипертензия
- * Атеросклероз церебральных артерий
- * Гиперхолестеринемия
- * Курение
- * Заболевания сердца
- * Сахарный диабет
- * Наличие заболевания у ближайших родственников

Диагностика

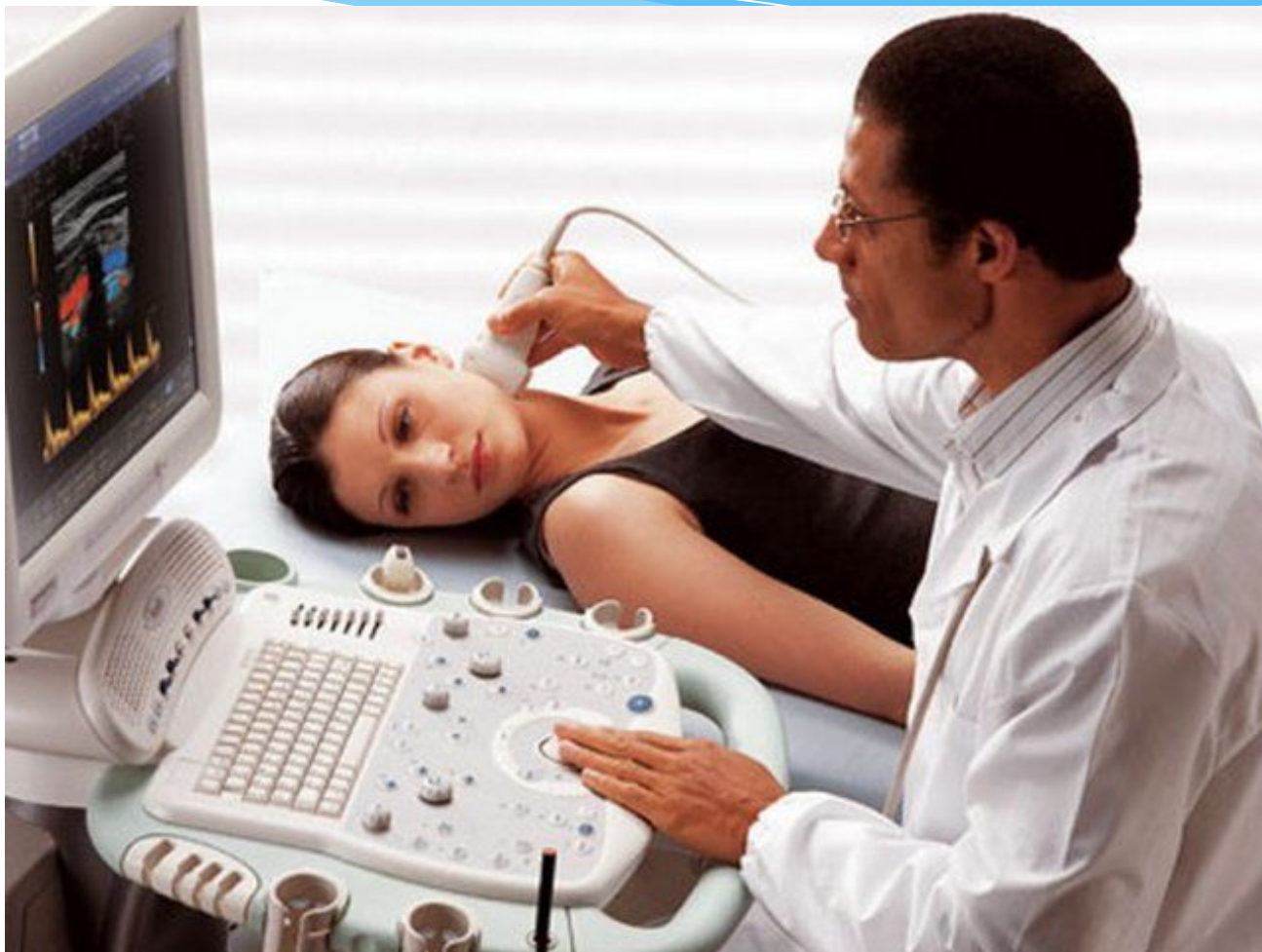
- * Анамнез (поражение других сосудистых бассейнов: ИБС, атеросклероз артерий нижних конечностей, поражения аорты и др.)
- * Физикальное обследование (осмотр, аускультация области каротидной бифуркации)
- * Лабораторная диагностика (липидограмма, коагулограмма)
- * Инструментальная диагностика

Инструментальная диагностика

Дуплексное сканирование экстра- и интрокраниальных сосудов

- * рекомендуется у пациентов с облитерирующим атеротромбозом
- * у бессимптомных пациентов с шумом над бифуркацией общей сонной артерии
- * мониторинг течения заболевания не реже одного раза в год

Дуплексное сканирование



Инструментальная диагностика

- * Магнитно-резонансная ангиография и компьютерная томография артерий: Выявление стеноза сонной артерии, стенозирующего поражения сифона ВСА и интракраниальных артерий, определение путей коллатерального кровообращения
- * рентгенконтрастная ангиография (в случае противоречий в данных неинвазивных исследований или недостаточной визуализации артерий)

Определение степени стеноза по методике NASCET

Соотношения диаметра артерии в зоне максимального сужения к диаметру «референтного» сегмента сосуда (выше уровня луковицы ВСА)

Определяется степень сужения артерии по диаметру по формуле:

$$\% \text{ стеноза} = (1 - d/D) \times 100,$$

где d — диаметр ВСА в зоне максимального сужения, D — диаметр референтного сегмента сосуда



Классификация стенозов*

- * малый (0–29%)
- * умеренный (30–49%)
- * выраженный (50–69%)
- * критический (70–99%)
- * окклюзия (100%)

Стенозы менее 50% не должны рассматриваться как предмет хирургической коррекции и подлежат наблюдению и симптоматическому лечению

*по NASCET

Антиагрегантная терапия

- * Аспирин (75–325 мг ежедневно)/клопидогрел (75 мг ежедневно)/аспирин в сочетании с дипиридамолом пролонгированного действия (25 и 200 мг дважды в день, соответственно)
- * Клопидогрел или двойная антитромбоцитарная терапия рекомендована больным с мультифокальным атеросклерозом
- * Аспирин в дозе от 100 мг до 150 мг в день рекомендуется к назначению перед и после каротидной эндартерэктомии

Антикоагулянтная терапия

- * Применяется у пациентов с риском кардиоэмболии
- * прямого действия (гепарины, НОАК)
- * интенсивная парентеральная антикоагулянтная терапия нефракционированным гепарином или низкомолекулярными гепаринами не рекомендуется пациентам с экстракраниальным атеросклерозом с развившимися ТИА или ОНМК по ишемическому типу
- * непрямого действия (антагонисты витамина К - варфарин)

Статины

- * При атеросклеротических поражениях экстракраниальных артерий для уменьшения холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) ниже 100 мг/ дл
- * Для пациентов, которые не переносят статины, или при отсутствии достижения целевых цифр, рекомендуется липидкорректирующая терапия секвестрантами желчных кислот и/или ниацином

Гипотензивная терапия

- * Артериальная гипертензия и асимптомное атеросклеротическое поражение экстракраниальных артерий с целевыми цифрами артериального давления ниже 140/90 мм.рт.ст.
- * Ингибиторы АПФ (каптоприл, эналаприл)
- * Бета-блокаторы (лабеталол, пропранолол, метопролол)
- * Ингибиторы АТ II (валсартан, лозартан)
- * Блокаторы Ca^{2+} -каналов (нифедипин)
- * Агонисты имидазолиновых рецепторов (моксонидин)

Коррекция уровня глюкозы крови

- * Диета №9
- * Физические упражнения
- * Глюкозоснижающие препараты
- * Гипергликемия 11 ммоль/л корригируется в/м инъекциями простого инсулина в индивидуальном режиме (4 – 6 ЕД 4-6 раз в сутки) до достижения нормогликемии

Улучшение мозгового кровотока

- а) улучшение реологических свойств крови, микроциркуляции (реополиглюкин, реоглюман)

- б) вазоактивные препараты (винпоцетин, сермион, инстенон)

Нейропротективная терапия

- * Антагонисты глутамата (глицин, кортексин, $MgSO_4$);
- * Холинэргические препараты (глиатилин, цитиколин)
- * Препараты, влияющие на тканевое дыхание (идебенон)

Антиоксиданты

- * Препараты альфа-липоевой кислоты
- * Актовегин (депротеинизированный гемодериват крови телят)
- * Препараты янтарной кислоты

Нейротрофические и нейромодуляторные препараты

- * Церебролизин (комплекс пептидов, полученных из головного мозга свиньи)
- * Кортексин (комплекс полипептидов и нейромедиаторов, способный оказывать тканеспецифичное воздействие на кору головного мозга, нормализовывать соотношение возбуждающих и тормозящих аминокислот в головном мозге, регулировать содержание дофамина и серотонина)
- * Семакс (синтетический гептапептид)

Оптимальная медикаментозная терапия

- * Антиагрегантная терапия аспирином или клопидогрелом
- * Статины
- * Антигипертензивная терапия

ACAS

- * США и Канада, 1987–1993 гг
- * Группы: медикаментозная терапия и каротидная эндартерэктомия (КЭА)
- * Риск развития инсульта в течение 5 лет составляет 11% при назначении медикаментозной терапии и 5,1% при КЭА
- * для участия отобраны наиболее опытные хирурги

ACST

- * Европа, 1993–2003 гг
- * Группы: неотложной эндартерэктомии в совокупности с медикаментозной терапией и исключительно медикаментозного лечения
- * показатель риска развития инсульта: 11,8% в группе нехирургического лечения, 6,4% при выполнении КЭА и медикаментозного лечения

Spence и коллеги

- * причина преимущества хирургического лечения - несовершенство медикаментозной терапии на тот момент
- * Группы пациентов: получавшие терапию до 2003 г и после
- * Пациенты второй группы получали более интенсивную терапию, направленную на оптимальный контроль уровня липидов в плазме
- * пациенты, получавшие лечение до 2003 года, 17,6% перенесли инсульт, ИМ, КЭА по показаниям или умерли.
- * Во второй группе пациентов - 5,6%
- * Степень прогрессирования каротидной бляшки в течение первого года: 69 мм² против 23 мм²

Современные исследования

- * ECST-2, Великобритания, 2012-2022 гг. (2 группы: хирургическое и ОМТ)
- * SPACE-2, Германия, Австрия, Швейцария – приостановлен
- * CREST-2, США, Канада, 2014-2020гг. (3 группы – КЭА, стент и ОМТ)

Спасибо за внимание!