

Ангиопластика

Сосуды, питающие сердце кровью (коронарные артерии), со временем покрываются изнутри отложениями, которые называются «атеросклеротическими бляшками». Они сужают просвет артерии, и приток крови к сердцу сокращается, таким образом, развивается ишемическая болезнь сердца. Атеросклеротические бляшки ведут к уменьшению поступления кислорода к сердцу. Когда кровоснабжение миокарда опускается ниже определенного уровня, требуется проводить медикаментозное лечение. Суживающая просвет атеросклеротическая бляшка создает условия для образования в коронарной артерии кровяного сгустка – тромба. При этом поступление крови к соответствующему участку сердца может внезапно прекратиться. Через 15 минут после прекращения кровотока клетки сердечной мышцы в зоне ишемии начинают гибнуть, а через 6–8 часов вся эта зона омертвевает – развивается инфаркт миокарда. Современная медицина позволяет восстанавливать просвет коронарных артерий. В случае, если загрудинные боли длятся более 15–30 минут, а нитроглицерин облегчения не приносит, необходим срочный вызов врача. Ликвидация тромба возможна при помощи специальных веществ – тромболитиков и с помощью экстренно выполненной коронаропластики. Избежать формирования инфаркта можно, лишь начав лечение не позднее 3–6 часов после появления болей. Предотвратить возникновение критической ситуации позволяет заблаговременное устранение сужения сосуда. Медикаментозное лечение позволяет лишь на время уменьшить выраженность симптомов болезни. При этом, чем больше длительность заболевания, тем меньше остается шансов для применения малотравматичных эффективных методов восстановления коронарного кровотока.

Диагноз ишемической болезни сердца является основанием для оценки состояния коронарных артерий с помощью коронарной ангиографии. Специальным образом выполненные рентгеновские снимки позволяют определить точное местоположение атеросклеротических бляшек и степень сужения коронарных артерий. Восстановление просвета коронарной артерии осуществляется путем чрескожной транслюминарной коронарной баллонной ангиопластики.

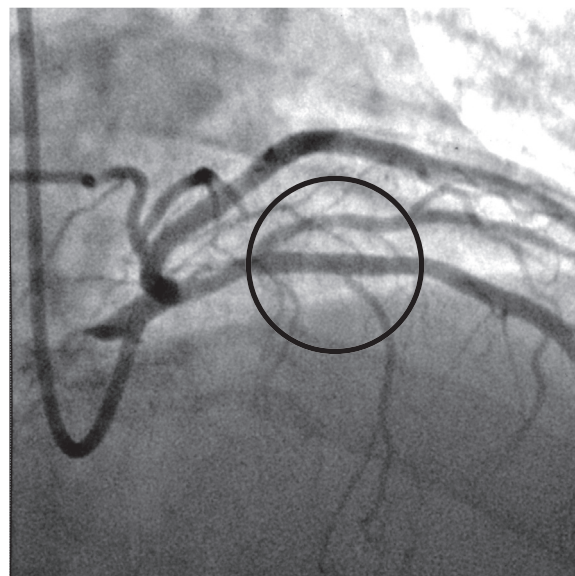
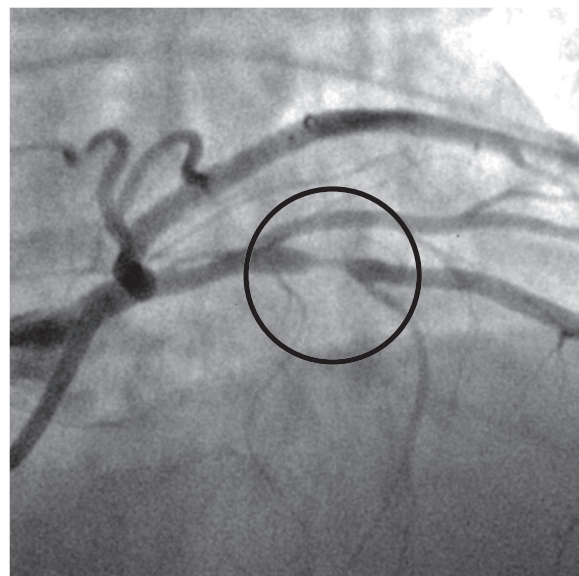
Чрескожная – означает, что введение катетера в сосуд осуществляется через прокол кожи.

Транслюминарная – означает, что все манипуляции проводятся через коронарные артерии.

Коронарная – означает, что воздействию подвергается коронарная артерия, то есть артерия, кровоснабжающая сердце.

Ангиопластика – восстановление просвета сосуда с помощью баллона.

Термин **«баллонная»** означает, что восстановление просвета поражённой артерии



Коронарограммы «до» и «после» стентирования

происходит путём проведения катетера с баллоном и последующем его раздуванием.

В некоторых случаях в просвет артерии после этого ставится стент для поддержания диаметра просвета сосуда.

Для установки стента используется специальный катетер. Вопрос о проведении баллонной ангиопластики и стентирования решается после получения результатов коронарографии – изображения коронарных артерий. Для этого в просвет коронарной артерии при помощи катетера вводится контрастное вещество (омнипак).

Процедура баллонной ангиопластики может быть выполнена как одномоментно при коронарографии, так и через некоторое время (но не более чем через 6 месяцев, так как за это время могут произойти изменения ангиографической картины). Преимуществом одномоментной ангиопластики является меньшая травматичность (артерия пунктируется один раз). Выбор стента, его длины и диаметра в каждом конкретном случае определяется врачом, проводящим коронарографию.

За день до коронарографии пациенту необходимо принять душ, сбрить волосы в области паха, если доступ будет осуществляться через бедренную артерию. В день коронарографии следует отказаться от завтрака или завтрак должен быть лёгким. Нужно иметь 1.5–2 литра минеральной воды без газа и новую видеокассету (или чистый CD – или DVD-диск с возможностью записи).

Продолжительность процедуры различная в каждом конкретном случае и составляет в среднем 1–2 часа.

Пациента доставляют в лабораторию ангиографии после предварительной премедикации (внутримышечное введение успо-

коительных препаратов). Дискомфорт за грудиной: это нормальное явление. Во время раздувания баллона иногда появляется боль. Врач может попросить Вас задержать дыхание на несколько секунд.

После проведения процедуры пациент переводится в блок интенсивной терапии для динамического наблюдения ЭКГ, показателей крови и места пункции. В артерии в течение нескольких часов находится маленький гибкий катетер (интродьюсер), который затем удаляется врачом. Накладывается давящая повязка на место пункции. В это время не разрешается сгибать ногу. На следующий день пациента переводят в палату, снимают повязку и разрешают ходить.

Есть и пить можно сразу после процедуры. Рекомендуется выпить 1–1.5 литра минеральной воды для лучшего выведения контраста.

Первые несколько дней после проведения ангиопластики нужно несколько ограничить физическую активность (снизить нагрузку на нижние конечности).

Возможные осложнения и риск

Если Вы следуете рекомендациям врачей, риск процедуры минимален. Но каждый пациент должен понимать, что процедура может иметь и возможные осложнения:

Кровотечение в месте пункции.

Нарушение ритма сердца. Аллергическая реакция на контраст.

Тромбоз коронарной артерии в месте баллонирования.

Развитие инфаркта миокарда.

В случае осложнений немедленно будет оказана помощь в полном объёме (вплоть до экстренной операции аортокоронарного шунтирования).

После процедуры

Врач может изменить терапию (например, отменить нитраты, бета-блокаторы, назначить средства, влияющие на свёртываемость крови). Впоследствии мы рекомендуем периодический проходить обследование – лабораторные исследования, ЭКГ, нагрузочный тест, изотопную диагностику и др.

В некоторых случаях возможно возникновение повторного стеноза коронарной артерии. Поэтому, если Вы почувствуете загрудинную боль, сообщите своему лечащему врачу.

Необходимо знать, что проведение внутрисердечных исследований и проведение ангиопластики сопровождается риском возможных осложнений, которые могут потребовать экстренной кардиохирургической операции. Поэтому ангиопластику желательнее делать в тех клинических учреждениях, где существует кардиохирургическая помощь.

О.В. Мещеряков, врач-рентгенолог первой категории

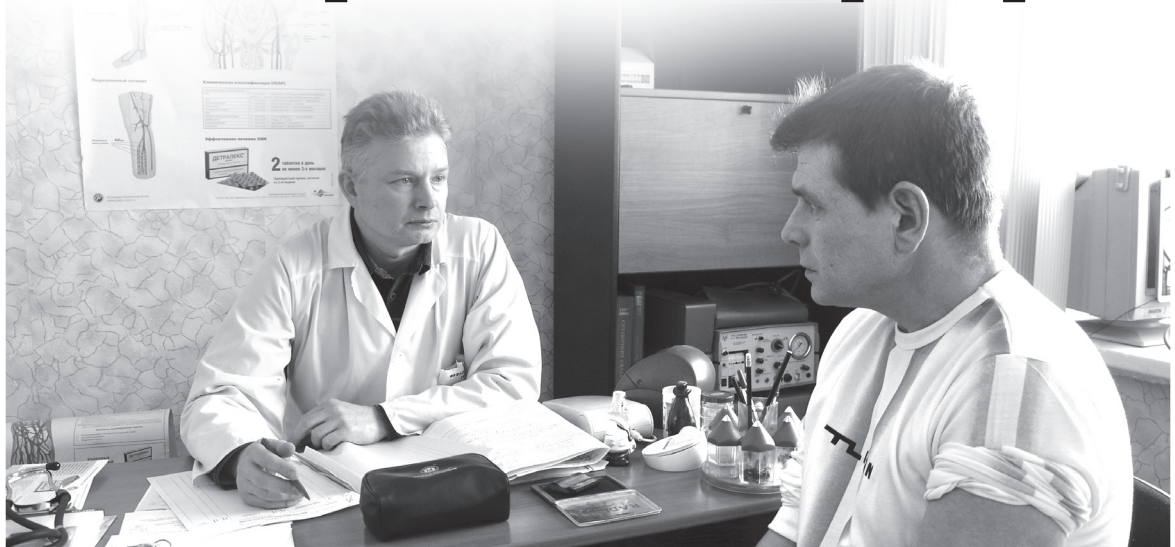
Атеросклероз – это системное заболевание, поражающее одновременно различные отделы артериальной системы человека.

Около 10% лиц пожилого и старческого возраста нашей планеты страдает облитерирующими заболеваниями нижних конечностей, 80–85% из которых принадлежит атеросклерозу. Если принять во внимание больных с поражением артерий и других локализаций (ветви дуги аорты, коронарные артерии, ветви брюшного отдела аорты), то эта цифра увеличится более, чем в 3 раза. Поэтому так важен вопрос профилактики и правильного лечения атеросклероза.

Огромное значение в вопросах улучшения результатов лечения облитерирующего атеросклероза магистральных артерий мы придаем диспансеризации лиц с данной патологией, в том числе и перенесших хирургическое вмешательство на сосудах. Терапия атеросклероза должна проводиться постоянно и под обязательным наблюдением у врача-специалиста!

В областной консультативной поликлинике ежедневно осуществляется консультативный прием врача – сердечно-сосудистого хирурга, на который направляются больные с подозрением на данную патологию. Во время первичного амбулаторного приема, кроме опроса и клинического осмотра пациента, проводится скрининг-диагностика артериальной патологии на ультразвуковом аппарате Dopplex–2500, обследование сосудов, кровоснабжающих головной мозг, и артерий нижних конечностей. При подозрении на наличие гемодинамически значимых стенозов сонных и висцеральных артерий, брюшной аорты в алгоритм обследования включается ультразвуковое ангиосканирование на аппаратах «Sonos–100» и «Sequoia–512». Выполнение рентгеноконтрастной ангиографии показано перед выполнением реконструктивных операций. Для этого требуется предоперационное обследование и госпитализация больного на 3 дня. Учитывая, что у значительно большинства обследуемых пациентов присутствует ишемическая болезнь сердца, в алгоритм входит обязательное электрокардиографическое исследование и консультация врача-кардиолога. На современном этапе развития службы сердечно-сосудистой хирургии нашей больницы имеется возможность выполнения контрастной рентгенографии сосудов сердца и выполнение в последующем аортокоронарного шунтирования. Лечение больных в содружестве с кардиологом, по нашему мнению, дает лучшие отдаленные результаты лечения. После поста-

Диспансеризация больных, страдающих атеросклеротическим поражением магистральных артерий



новки окончательного диагноза формируется план лечения и реабилитации пациента.

При наличии показаний для госпитализации в специализированное отделение (для проведения курса интенсивного консервативного лечения или хирургического вмешательства), больной своевременно направляется в стационар. В отделении сосудистой хирургии выполняется весь широкий спектр реконструктивных операций на сонных, подключичных и позвоночных артериях; операции аортокоронарного шунтирования; резекции аневризм аорты брюшной и торакоабдоминальной локализаций; вмешательства при поражении висцеральных сосудов и почечных артерий; различные (в том числе и малотравматичные) вмешательства в орто-подвздошно-бедренной зоне, при поражениях артерий нижних конечностей.

Если проведение курса консервативного лечения возможно в условиях общехирургического отделения городской или районной больницы, то пациент (с подробными рекомендациями), направляется в эти лечебные учреждения. Одновременно этим больным, а так же пациентам с отсутствием показаний для госпитализации, в обязательном порядке расписывается курс постоянного амбулаторного лечения, которое должно осуществляться непре-

рывно. Считаем целесообразным назначать терапию сроком не более, чем на 6 месяцев с последующим обязательным контролем специалиста. Назначение лечения на более длительный срок, может «успокоить» пациента, «усыпить бдительность» к своему заболеванию, что приводит в дальнейшем к поздней обращаемости при наличии показаний для активных хирургических действий.

Кроме назначения консервативной терапии, при необходимости, составляется план реабилитации пациента, даются рекомендации по трудоспособности, а при ее ограничении или отсутствии больной направляется на освидетельствование медико-социальной экспертной комиссией (МСЭК). Для всесторонней оценки состояния здоровья пациента иногда требуется осмотр других специалистов (невролога, гастроэнтеролога, нефролога, сексопатолога, реабилитолога, психотерапевта), а так же дополнительные методы обследования. Все это возможно выполнить в амбулаторных условиях, не прибегая к госпитализации больных.

Существует большое количество факторов риска развития атеросклероза. Своевременное выявление и устранение этих факторов (полное или частичное) позволяет повысить эффективность лечения данных

больных. Обязательным моментом успеха диспансеризации считаем активное участие самого пациента в лечении.

Важным фактором развития атеросклероза является нерациональное питание. Назначение всем пациентам противоатеросклеротической диеты является обязательным, позволяя повысить эффективность лечения. Другим фактором риска является наличие ряда сопутствующих заболеваний. В первую очередь, к ним относится сахарный диабет. Он, с одной стороны, способствует развитию атеросклероза, с другой – утяжеляет его течение. Гипертоническая болезнь так же оказывает свое неблагоприятное воздействия на сосудистую систему, вызывая в сочетании с атеросклерозом частые фатальные осложнения: мозговые инсульты, инфаркты миокарда. Поэтому необходимо постоянно проводить адекватное лечение данных болезней.

Ведущим фактором риска развития облитерирующего атеросклероза и его прогрессирования является табакокурение. Курильщики составляют более 90% всех больных с атеросклерозом, причем большая часть из них (65%) выкуривает по 20 и более сигарет в день. Отказ от курения существенно снижает риск прогрессирования заболевания и улучшает прогноз в отдаленном периоде. В группе некурящих больных

сохранность нижних конечностей после операций более чем на 16% выше, чем в группе активно курящих. Проведенные в США исследования показали, что сокращение процента курящих явилось одной из основных причин снижения числа больных ИБС (на 23% за последние 15 лет). Поэтому активная пропаганда отказа от курения является одним из основных моментов, позволяющих улучшить результаты лечения данной категории больных.

Недостаточная физическая активность также способствует развитию атеросклероза. Занятия физической культурой, обязательное назначение больным дозированной ходьбы являются важными факторами не только профилактики, но и лечения пациентов. Необходим активный двигательный режим пациента – ежедневная ходьба не менее 3–5 км, «ходьба через боль» с уменьшением скорости передвижения. Считаем целесообразным проводить самоконтроль дистанции «безболезной ходьбы» не реже 2-х раз в месяц и отмечать это в карте наблюдений.

Основные направления амбулаторной консервативной терапии, следующие:

- отказ от курения;
- антитромбоцитарная терапия (аспирин, курантил, тиклопидин, плавикс);
- коррекция нарушений липидного обмена (статины, препараты чеснока, витамин E);
- вазоактивная терапия (пентоксифиллин и его аналоги, никотиновая кислота);
- обязательные физические нагрузки на ноги – тренировочная ходьба.

Многочисленные исследования отечественных и зарубежных ученых убедительно доказывают, что постоянное проведение консервативного лечения в сочетании со своевременно выполненными хирургическими вмешательствами приводят к значительному увеличению количества хороших результатов лечения атеросклероза магистральных артерий.

Ю.В.Червяков,
врач сердечно-сосудистой
хирург
высшей категории, д.м.н.



Телефон:

В нашей больнице работает справочно-информационная служба.

24–84–61

Полную информацию о нашей больнице смотрите на сайте

www.yrh.yar.ru

Руководители О. П. Белокопытов, Г. В. Костина.
Редактор, администратор В. А. Радовская. Фото В. А. Радовская.
Техническая поддержка В. Ю. Маслов. Дизайн Г. И. Радовский.

В рубрике «Женская страничка» открыты новые разделы

По телефону Вы можете узнать порядок записи на консультацию к специалистам в поликлинику, порядок госпитализации в стационар, необходимые больничные телефоны и другую полезную информацию.

Газета «Здоровья Вам!» зарегистрирована в Верхне-Волжском межрегиональном территориальном управлении МПТР России Россия, 170000, г. Тверь, ул. Новоторжская, 6.
Регистрационный номер ПИ № 5-0485 от 5 июня 2002 г.
Распространяется бесплатно

Учредитель: Государственное учреждение здравоохранения Ярославской области Ярославская областная клиническая больница, 150062, г. Ярославль, ул. Яковлевская, 7, телефон: 24-47-79
Главный редактор – главный врач ЯОКБ О. П. Белокопытов
Ответственный редактор В. А. Радовская, фото В.А.Радовская



женская
страничка

Отпечатано в типографии
ООО «С-Принт»
Тираж 3000