**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ.**

1. Ф.И.О. пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Пол: мужской
3. Возраст: 54 года (1.09. 1958г.)
4. Постоянное место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Место работы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Дата поступления в стационар: 25.02.2013 года
7. Дата выписки из стационара: продолжает лечение в стационаре
8. Кем направлен больной: Витебский областной диагностический центр
9. Диагноз направившего учреждения: Облитерирующий атеросклероз БЦА. Окклюзия правой подключичной артерии. Синдром подключичного обкрадывания справа. ХАН в/к I-II справа.
10. Заключительный клинический диагноз: Облитерирующий атеросклероз верхней конечности, окклюзия правой подключичной артерии, стил-синдром справа.

 **ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА**

При поступлении пациент предъявлял жалобы на онемение правой руки при физической нагрузке, зябкость, слабость мышц руки, шум в голове, головокружение.

На момент курации пациент предъявляет жалобы на общую слабость, чувство онемения правой руки, слабость мышц руки, шум в голове.

**ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Считает себя больным в течение 5-6 лет, когда стал отмечать, что появилась слабость в мышцах правой руки, попеременная смена чувства холода и жара. За медицинской помощью не обращался. Позже появились жалобы на онемение правой руки при физической нагрузке. В октябре 2012г пациент обратился в поликлинику по месту жительства, был обследован. При дуплексном сканировании брахиоцефальных сосудов выявлено: признаки стенозирующего атеросклеротического поражения БЦА без признаков нарушения гемодинамики,признаки окклюзии подключичной артерии справа, полный «стил»-синдром с признаками нарушения гемодинамики, уменьшение диаметра ПА справа, патологическая извитость ПА (V1 и в V2 ), признаки нарушения гемодинамики в V1.

 В феврале 2013г обследовался в Витебском областном диагностическом центре. Был направлен в кардиохирургичское отделение \_\_\_\_\_\_\_\_ для решения вопроса о возможности хирургического лечения.

**ИСТОРИЯ ЖИЗНИ.**

1.Краткие биографические данные: пациент родился вторым ребёнком в семье. Рос и развивался соответственно возрасту. В психическом и физическом развитии от сверстников не отставал.

2. Материально-бытовые условия: удовлетворительные.

3. Вредные привычки: курит.

4. Перенесенные заболевания: простудные. Туберкулёз, вирусный гепатит, венерические заболевания отрицает.

5. Семейный анамнез и наследственность: не отягощен.

6. Аллергологический анамнез: не отягощен. Переносимость лекарственных веществ: побочных реакций не отмечает.

7. Гемотрансфузионный анамнез*:* переливаний крови и кровезаменителей не было.

8. Операций не было

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

***Общий осмотр***

 Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36.7ºС. Сознание ясное, адекватное, ориентирован во времени и пространстве. Положение активное.

 Конституциональный тип - нормостенический. Телосложение правильное.

 Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Кожные покровы бледно-розового цвета. Элементы сыпи отсутствуют. Влажность, эластичность кожи соответствуют норме. Расчёсов, объёмных образований не определяется.

 Лимфатические узлы, доступные для пальпации не увеличены, мягкие, безболезненные, не спаяны с кожей. Щитовидная железа не увеличена, без патологии.

 Мышцы развиты удовлетворительно, симметричны, тонус мышц сохранен, сила достаточная. Суставы обычной конфигурации, симметричные, безболезненные, движения в них в полном объеме. Кости не деформированы.

**Система органов дыхания**

Дыхание через нос свободное, ритмичное. Частота дыхания 16 в минуту. Форма грудной клетки нормостеническая, симметричная, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Тип дыхания - брюшной.

*Пальпация*

Грудная клетка при пальпации безболезненная, эластичная. Голосовое дрожание с обеих сторон проводится одинаково.

*Перкуссия*

При сравнительной перкуссии на симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук.

*Аускультация*

При аускультации по всем полям лёгких выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов нет.

**Система органов кровообращения**

*Осмотр*

Видимой пульсации в области сердца не определяется.

*Пальпация*

Пульс ритмичный, твердый. Частота 80 ударов в минуту. Пульсация подмышечной, плечевой, лучевой артерий справа не определяется.

При пальпации верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии, умеренной силы, резистентный.

Частота сердечных сокращений 80 ударов в минуту.

*Аускультация*

При аускультации тоны сердца ритмичные, приглушенные, шумов нет.

Артериальное давление на левой руке 130/80 мм рт. ст., на правой не определяется.

**Система органов пищеварения**

*Осмотр*

 Слизистая оболочка полости рта : слизистая оболочка задней стенки глотки розовая, чистая; небные миндалины обычных размеров, бледно-розового цвета, налеты отсутствуют. Трещины, изъязвления, высыпания отсутствуют.

Язык розового цвета, влажный, обложен белым налетом.

Живот обычной формы, мягкий, не вздут, участвует в акте дыхания, при поверхностной и глубокой пальпации безболезненный, доступен пальпации во всех отделах. Перистальтика удовлетворительная.

 Стул не нарушен.

*Пальпация*

Симптомов раздражения брюшины нет.Селезенка не пальпируется.

Печень: нижний край печени умеренно закруглённый, ровный, эластичный, безболезненный, не выступает из-под края реберной дуги, поверхность печени гладкая, желчный пузырь не пальпируется.

*Перкуссия*

Перкуторно границы печени в пределах нормы.

**Мочеполовая система**

Мочеиспускание свободное, безболезненное, диурез достаточный. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный.

**Нервная система**

Сознание ясное, пациент ориентирован во времени и пространстве. Интеллект соответствует уровню развития, ослабления памяти и внимания нет. Двоения в глазах, птоза нет, движения глазных яблок в полном объеме. Менингеальные симптомы отрицательные. Судорог, контрактур мышц нет. Объем движений и сила конечностей в норме. Нарушения поверхностной и глубокой чувствительности нет.

**Локальный статус:**

Правая кисть бледная, прохладная. Мышцы правой руки при пальпации безболезненны, отёка нет. Движения и чувствительность сохранены.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

На основании жалоб пациента (жалобы на онемение правой руки при физической нагрузке, зябкость, слабость мышц руки, шум в голове, головокружение), данных истории болезни (Считает себя больным в течение 5-6 лет, когда появились слабость в мышцах правой руки, попеременная смена чувства холода и жара, жалобы на онемение правой руки при физической нагрузке. В октябре 2012г пациент обратился в поликлинику по месту жительства, был обследован. При дуплексном сканировании брахиоцефальных сосудов выявлено: признаки стенозирующего атеросклеротического поражения БЦА без признаков нарушения гемодинамики,признаки окклюзии подключичной артерии справа, полный «стил»-синдром с признаками нарушения гемодинамики, уменьшение диаметра ПА справа, патологическая извитость ПА (V1 и в V2 ), признаки нарушения гемодинамики в V1. В феврале 2013г обследовался в Витебском областном диагностическом центре. Был направлен в кардиохирургичское отделение ВОКБ для решения вопроса о возможности хирургического лечения); на данных объективного исследования (пульс ритмичный, твердый, 80 ударов в минуту; пульсация подмышечной, плечевой, лучевой артерий справа не определяется) можно выставить предварительный диагноз: Облитерирующий атеросклероз верхней конечности, окклюзия правой подключичной артерии, стил-синдром справа.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА**

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Биохимический анализ крови: глюкоза, билирубин, белок, мочевина, креатинин, холестерин, электролиты;
4. Коагулограмма;
5. Рентгенограмма органов грудной клетки;
6. Аортоартериография периферическая (верхние конечности, БЦА) для определения возможности и обьёма оперативного вмешательства;
7. RW крови;
8. Осмотр кардиолога;
9. Осмотр невролога;
10. ЭКГ;
11. Дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

1. Общий анализ крови от 26.02.2013г.

Эритроциты – 5,2×10¹²/л;

Гемоглобин – 153 г/л;

Лейкоциты – 7,7 ×10⁹/л;

Тромбоциты- 200×10⁹/л;

СОЭ – 10 мм/ч;

Нейтрофилы:

палочкоядерные – 2%;

сегментоядерные – 77%;

Эозинофилы – 2%;

Лимфоциты – 16%;

Моноциты – 3%.

ЦП – 0,9

Заключение: норма

1. Анализ мочи общий 26.02.2013г.

цвет – соломенно-желтый

прозрачность – прозрачная

реакция – слабо щелочная

удельный вес – 1022

белок – нет

сахар - нет

лейкоциты – 3-4 в поле зрения

эпителий плоский – 2-3 в поле зрения

Заключение: норма

1. Биохимический анализ крови 26.02.2013г.

Глюкоза 6,07 ммоль/л

Билирубин общий 12,8 мкмоль/л

Билирубин прямой 3,4 мкмоль/л

Мочевина 5,9 ммоль/л

Креатинин 0,098 мколь/л

Общий белок 75 г/л

Холестерин 7,3 ммоль/л

Холестерин ЛПВП 1,4 ммоль/л

Холестерин ЛПНП 5,6 г/л

Натрий 149 ммоль/л

Калий 4,9 ммоль/л

Хлориды 107 ммоль/л

Кальций 2,57 ммоль/л

Заключение: повышены уровень холестерина, ЛПНП.

1. Коагулограмма крови от 26. 02.2013

АЧТВ– 24 сек

ПТИ –1,07

Фибриноген А – 3,9 г/л

Заключение: норма.

1. RW крови от 26.02.13 – отр.
2. Рентгенография органов грудной клетки от 26.02.13

Патологии не выявлено

1. ЭКГ от 26.02.13

Ритм синусовый, 74 в минуту. Вертикальное положение электрической оси сердца.

1. Дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов.

Заключение: УЗ-признаки стенозирующего атеросклеротического поражения БЦА (стеноз ОСА в месте бифуркации) с переходом на ВСА (обеих сторон); ОСА справа ≤50%, слева≈35-40%; ВСА справа в проксимальном сегменте ≤50%, слева (устье) ≈25-30% ( по диаметру) без признаков нарушения гемодинамики.

УЗ-признаки окклюзии подключичной артерии справа ( в устье, полный «стил»-синдром)с признаками нарушения гемодинамики.

Уменьшение диаметра ПА справа (ретроградный кровоток на всем протяжении). Патологическая извитость ПА в V1 и в V2 , признаки нарушения гемодинамики в V1.

1. Операция артериография периферическая (брахиоцефальных артерий)

Выявлена окклюзия правой подключичной артерии в 1-ом сегменте. Рекомендовано стентирование правой подключичной артерии.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ.**

На основании жалоб пациента (жалобы на онемение правой руки при физической нагрузке, зябкость, слабость мышц руки, шум в голове, головокружение), данных истории болезни (Считает себя больным в течение 5-6 лет, когда появились слабость в мышцах правой руки, попеременная смена чувства холода и жара, жалобы на онемение правой руки при физической нагрузке. В октябре 2012г пациент обратился в поликлинику по месту жительства, был обследован. При дуплексном сканировании брахиоцефальных сосудов выявлено: признаки стенозирующего атеросклеротического поражения БЦА без признаков нарушения гемодинамики,признаки окклюзии подключичной артерии справа, полный «стил»-синдром с признаками нарушения гемодинамики, уменьшение диаметра ПА справа, патологическая извитость ПА (V1 и в V2 ), признаки нарушения гемодинамики в V1. В феврале 2013г обследовался в Витебском областном диагностическом центре. Был направлен в кардиохирургичское отделение \_\_\_\_\_\_\_\_ для решения вопроса о возможности хирургического лечения); на данных объективного исследования (пульс ритмичный, твердый, 80 ударов в минуту; пульсация подмышечной, плечевой, лучевой артерий справа не определяется); данных лабораторных и инструментальных методов исследования (1)биохимический анализ крови- гиперхолестеринемия, повышен уровень ЛПНП; 2) Дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов.Заключение: УЗ-признаки стенозирующего атеросклеротического поражения БЦА (стеноз ОСА в месте бифуркации) с переходом на ВСА (обеих сторон); ОСА справа ≤50%, слева≈35-40%; ВСА справа в проксимальном сегменте ≤50%, слева (устье) ≈25-30% ( по диаметру) без признаков нарушения гемодинамики.УЗ-признаки окклюзии подключичной артерии справа ( в устье, полный «стил»-синдром)с признаками нарушения гемодинамики.Уменьшение диаметра ПА справа (ретроградный кровоток на всем протяжении). Патологическая извитость ПА в V1 и в V2 , признаки нарушения гемодинамики в V1. ; 3) Периферическая артериография - окклюзия правой подключичной артерии в 1-ом сегменте) можно выставить следующий клинический диагноз :

Основное заболевание:Облитерирующий атеросклероз верхней конечности, окклюзия правой подключичной артерии, стил-синдром справа.

Сопутствующие: -

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Показатели           |  Облитерирующий   атеро­склероз           |  Облитерирующий    тромбангиит   |
| Провоцирующие  моменты         |  Курение,  ожирение    |  Переохлаждение,  инфекция, травма конечностей, психическая  травма,   интоксикация  |
|  Аллергический  анамнез  |  Отсутствует             |  Имеется       |
|  Возраст  больного                       |  Старше  40  лет           |  Моложе  40 лет               |
|  Внешний  вид  больного |  Старше  своих  лет    |  Моложавый                       |
|  Симметричность  поражения  |  Часто                           |  Наблюдается  часто        |
| Боли  в  покое,  ночные  боли        |  Наблюдаются  лишь  при    ише­мии III—IV  степени    |  Наблюдаются  часто       |
|  Окраска  кожи     |  Бледная                      |  Синюшная                        |
|  Нарушение  тро­фики  (гиперкератоз,  дисгид­роз,  измене­ние  роста  во­лос и  ногтей)   |  Умеренно  выражены  при I—III  степенях         |  Значительно  выражены         |
|  Сопутст­вующие  за­болевания    |  Артериальная  гипертензия, диа­бет, ишемическая    бо­лезнь  сердца        |  Язвенная  болезнь  желудка,  неврастения   |
|  Клиническое  течение            |  Постепенное, сезон­ность  отсутствует     |  Периоды  обострений  и    ремиссий,  связаны  с    определенными  временами   года        |
|  Гиперхолестери­немия      |  Определяется часто           |  Отсутствует                           |

Дифдиагноз с болезнью Рейно. БолезньРейно - ангиотрофоневроз с преимущественным поражением мелких концевых артерий и артериол. Процесс локализуется на верхних конечностях. Поражение обычно симметричное и двустороннее, чаще заболевают женщины молодого возраста. Этиология: длительное ознобление, хроническая травматизация пальцев, эндокринные нарушения (щитовидной железы, половых желез), тяжелые эмоциональные стрессы. Симптомы: выделяют 3 стадии заболевания: ангиоспастическую (кратковременные спазмы сосудов концевых фаланг 2-3 пальцев кисти или 1-3 пальцев стопы; спазм быстро сменяется расширением сосудов с покраснением кожи, потеплением пальцев); ангиопа-ралитическую (кисть и пальцы приобретают цианотичную окраску, отечность и пастозность пальцев); трофопаралитическую (склонность к развитию панарициев и язв, очаги поверхностного некроза мягких тканей концевых фаланг, после отторжения - длительно незаживающие язвы)

**ЛЕЧЕНИЯ**

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Консервативное лечение должно быть комплексным, индивидуальным, длительным и направленным на различные факторы патогенеза:

* нормализацию липидного обмена;
* стимуляцию коллатералей и улучшение их функции;
* ликвидацию ангиоспазма;
* нормализацию нейротрофических и обменных процессов в тканях;
* улучшение микроциркуляции;
* нормализацию системы коагуляции;
* нормализацию иммунного статуса;
* предупреждение прогрессирования основного заболевания;
* общеукрепляющее и симптоматическое лечение.

Применяемые лекарственные средства можно разделить на следующие группы:

1. Препараты, улучшающие микроциркуляцию и обладающие антиагрегантными свойствами: низко- и среднемолекулярные декстраны (реополиглюкин, реоглюман, реохем, реомакродекс, гемодез), пентоксифиллин (трентал, вазонит, флекситал), тиклид, плавике (клопидогрель), сулодексид (Вессел Дуэ Ф), компламин (ксавин, садамин), теоникол, агапурин, никотиновая кислота, эндурацин, курантил (персантин), аспирин (тромбо Асе, аспирин кардио). Трентал назначается по 400-1200 мг в сутки, вазонит - по 600-1200 мг, тиклид - по 250 мг 2 раза в сутки, плавике - по 75 мг в сутки. Эти препараты можно назначать вместе с аспирином. Суточная доза аспирина 100 - 300 мг в зависимости от клинической ситуации и дозы сопутствующих антиагрегантных препаратов. Сочетание аспирина с тиклидом не целесообразно ввиду возможных кровотечений. Сулодексид назначается внутримышечно по 600 ЛЕ (2 мл) 2 раза в сутки в течение 10-24 дней, затем внутрь в капсулах по 250 ЛЕ 2 раза в сутки в течение 30-70 дней.

2. Препараты метаболического действия (активизируют ретикулоэндотелиальную систему и окислительные процессы в тканях): солкосерил или актовегин вводить по 8-10 мл на физиологическом растворе внутривенно или внутриартериально или готовый раствор актовегина по 250-500 мл внутривенно в течение 10-20 дней.

3. Витамины: аскорбиновая кислота улучшает обменные процессы в тканях, укрепляет иммунную систему организма; витамин В, показан при ишемических невритах и трофических нарушениях; витамин В2 стимулирует регенеративные процессы; витамины В6 и В12 влияют на обмен фосфолипидов крови; никотиновая кислота и ее производные обладают антиагрегантными и антиатерогенными свойствами и улучшают микроциркуляцию; витамины А и Е являются мощными антиоксидантами; витамин F поддерживает нормальную деятельность желез внутренней секреции, улучшает доступ кислорода к клеткам, органам и тканям, предупреждает отложение холестерина в артериях.

4. Ангиопротекторы (активизируют внутрисосудистый лизис и предотвращают тромбообразование, уменьшают проницаемость сосудистой стенки и препятствуют отложению липидов в стенке сосудов): доксиум, вазоластин, пармидин (продектин, ангинин), танакан, липароид-200. Пармидин назначается по 1 таблетке 3-4 раза в сутки (750-1500 мг) в течение 6-12 месяцев. При диабетической ангиопа-тии целесообразно назначать доксиум по 0,25 г 3 раза в сутки или по 0,5 г 2 раза в сутки в течение 3-4 недель, затем по 1 таблетке в сутки в течение длительного времени в зависимости от клинической ситуации.

5. Антиатерогенные или липидснижающие средства: статины и фибраты. Статины: холестирамин, лескол (флювастатин), липостабил, липанор, липостат (правастатин), ловастатин (мевакор), симвастатин (зокор, вазилип), холетар. Антиатерогенными свойствами обладают препараты чеснока (алликор, алисат), каринат, бетинат, эндурацин, содержащий 500 мг никотиновой кислоты (тормозят биосинтез холестерина и триглицеридов). Статины регулируют фракции липидов, снижая уровень ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП и триглицеридов (ТГ) и повышая уровень ХС ЛПВП, восстанавливают нормальную функцию эндотелия, способствуя тем самым нормальному вазомоторному ответу артерий, обладают противовоспалительным действием как при асептическом, так и при инфекционном характере воспаления, предупреждают постоперационный тромбоцитоз, являющийся предиктором тромботических осложнений. Фибраты: безафибрат (безалип), гемфиброзил (гевилон), фенофибрат (липантил), микронизированный фенофибрат (липантил 200 М), ципрофибрат. У фибратов более выраженный, чем у статинов, гиполипидемический эффект в отношении триглицеридов, они способны повышать фракцию антиатерогенного ХС ЛПВП. Статины и фибраты особенно эффективны при первичных генетически детерминированных гиперлипидемиях. Однако назначение этих средств предусматривает знание врачом специальных вопросов клинической липидологии и основ рационального комбинирования препаратов. Не следует, например, применять статины в комбинации с фибратами и с никотиновой кислотой, так как совместное их назначение может вызывать миозиты. Применение всех статинов начинают с минимальной рекомендуемой дозы. Липидснижающий эффект полностью проявляется через 4-6 недель, поэтому коррекцию дозы следует проводить не ранее, чем через 4 недели. При снижении показателя общего холестерина ниже 3,6 ммоль/л или ХС ЛПНП ниже 1,94 ммоль/л дозу статина можно снизить. Все статины применяют однократно в течение суток, на ночь после приема пищи. Дозы фибратов и характер их применения у всех разный. Медикаментозная коррекция атерогенных дислипидемий должна проводиться на протяжении очень длительного времени. Для большинства больных - в течение всей жизни.

6. Антиоксиданты играют важную роль в лечении атеросклероза, регулируя перекисное окисление липидов (ПОЛ). К ним относятся витамины А, Е, С, даларгин, цитохром с, предуктал, эмоксипин, неотон, пробукол. Наиболее распространенным представителем этой группы является витамин Е (ацетат альфа-токоферола); в дозе 400-600 мг/сут оказывает терапевтический эффект, связанный с гипокоагуляцией, усилением фибринолиза и улучшением реологических свойств крови, угнетением процессов переоксидации и активацией антиоксидантной системы. В настоящее время разработаны и внедрены в клиническую практику пищевые добавки, обладающие антиоксидантными свойствами: препараты на основе омега-3-поли-ненасыщенных жирных кислот (эйконол, доканол), препараты морской капусты (кламин), морских водорослей (сплат, спирулин), растительные масла (масло калины, облепихи).

7. Спазмолитики (папаверин, но-шпа, никошпан) могут назначаться при I и II стадиях заболевания, когда имеет место спазм артерий.

8. Прямые и непрямые антикоагулянты назначаются по показаниям при выраженной гиперкоагуляции.

9. В отдельную группу следует отнести вазапростан (простагландин Е,). Препарат обладает антиагрегантными свойствами, усиливает кровоток путем расширения кровеносных сосудов, активирует фибринолиз, улучшает микроциркуляцию, восстанавливает нормальный метаболизм в ишемизированных тканях, ингибирует активацию нейтрофилов, тем самым предупреждает эффект поражения тканей, обладает антисклеротическим действием. Вазапростан показан при тяжелых формах облитерирующих поражений периферических артерий конечностей. Вводится внутривенно или внутриартериально капельно по 20-60 мкг в разведении 100—200 мл 0,9%-ного раствора NaCl ежедневно или через день. Время введения 2-3 ч. Продолжительность курса 2-4 недели. Для препарата характерно нарастание лечебного эффекта, которое может продолжаться в течение одной-двух недель после его отмены. Эффект прослеживается в течение года.

1.Режим постельный

2.Стол № 15

3.Sol. Analgini 50%-2,0 в/м 2р/сутки.

4.Sol. Pentoxyphillini 5,0 + 0,9% NaCl 250 в/в кап.

5.Sol. Rheopolyglucini - 400 ml, вводить в/в кап.

6. Sol. Ac. nicotinici 2,0 2 раза в день внутримышечно

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Данному пациенту показано хирургическое лечение- стентирование правой подключичной артерии.

Обычно ангиопластика и стентирование показаны пациентам со стено­зами подвздошных, подключичных, бедренных, сонных артерий, а также в некоторых случаях при окклюзии (полная закупорка) артерии. Стентирова­ние также применяется при аневризмах переферических артерий, брюшной и грудной аорты(эндопротезирование).

 Процедура ангиопластики и стентирования.

В область бедренной артерии через прокол или маленький разрез в области паховой складки или локтевого сгиба вводится катетер – тонкая тру­бочка с надувающимся баллончиком на конце. Вначале в сосуд вводится особый проводник кате­тер-проводник. Этот процесс контролируется на рентгеновском мониторе. После того, как провод­ник оказался у места сужения, в сосуд вводится катетер с баллончиком. Ко­гда кончик катетера находится в месте сужения кровеносного сосуда, эндова­скулярный хирург надувает баллончик и просвет сосуда расширяется. Данная процедура безболезненна, так как внутренняя стенка сосудов не имеет нерв­ных окончаний. После ангиопластики имеется риск повторного сужения со­суда - рестеноза. Обычно рестеноз возникает через несколько месяцев или лет после ангиопластики. Если отмечается внезапная закупорка сосуда, это называется реокклюзия.

С целью предупреждения рестеноза в расши­ренное место сосуда устанавливается стент – про­волочную цилиндрической формы конструкцию, служащую каркасом для участка артерии. Для ус­тановки стента эндоваскулярный хирург удаляет катетер и вводит другой катетер со стентом на конце. Катетер вводится в сосуд. Кончик его под­водится к пораженному месту артерии. Далее надувается баллончик с уста­новленным стентом. Тем самым стент прижимается к стенке артерии. Однако даже стентирование не дает стопроцентной гарантии исключения рестеноза. Дело в том, что со временем атеросклероз прогрессирует, и сужение может возникнуть до или после места установки стента, кроме того, стент обрастает рубцовой тканью и вновь происходить сужение просвета артерии. В настоя­щее время выпускаются специальные стенты с лекарственным покрытием, предотвращающим развитие рубцовой ткани. Пока что этот вид стентов при­меняется при стентировании коронарных артерий. При рестенозе требуется повторная установка стента. После процедуры ангиопластики катетер удаля­ется. Место прокола сосуда прижимается на 30 минут для остановки крово­течения, после чего накладывается давящая повязка на сутки.

**ЭПИКРИЗ**

Пациент, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 1958 г.р., госпитализирован в кардиохирургическе отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 25.02.2013г с жалобами на онемение правой руки при физической нагрузке, зябкость, слабость мышц руки, шум в голове, головокружение.

Болен около 5 лет. При обследовании было выявлено: признаки стенозирующего атеросклеротического поражения БЦА без признаков нарушения гемодинамики,признаки окклюзии подключичной артерии справа, полный «стил»-синдром с признаками нарушения гемодинамики, уменьшение диаметра ПА справа, патологическая извитость ПА (V1 и в V2 ), признаки нарушения гемодинамики в V1. Направлен в \_\_\_\_\_\_\_ для решения вопроса о возможности хирургического лечения.

При поступлении состояние пациента удовлетворительное.

При объективном обследовании выявлено: пульс ритмичный, твердый, 80 ударов в минуту; пульсация подмышечной, плечевой, лучевой артерий справа не определяется. Данные лабораторных и инструментальных методов обследования: биохимический анализ крови- повышен уровень холестерина, холестерина ЛПНП;периферическая артериография - окклюзия правой подключичной артерии в 1-ом сегменте.

Пациенту показано хирургическое лечение- стентирование правой подключичной артерии.