

В.Ф.Чернов

## УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНСУЛЬТОВ

ГККП «Костанайская областная больница», г. Костанай

В последние годы отмечается прогрессивный рост числа больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения и в основном за счет увеличения частоты ишемических инсультов и преходящих нарушений мозгового кровообращения (частота последних составляет 12-13 на 1000 населения). Также отмечается «омоложение» острых мозговых инсультов. 23-24 % больных с ишемическими нарушениями мозгового кровообращения имеют возраст 40-50 лет, а около 13 % больных моложе 40 лет. Основное значение в снижении заболеваемости играет первичная профилактика. Доминирующим этиологическим фактором, составляющим до 35 % от всех случаев инсульта, является атеротромботический процесс. В зависимости от характера клинических проявлений ишемии мозга атеросклеротические стенозы внутренней сонной артерии (ВСА) классифицируют как симптомные и асимптомные. Ранняя диагностика стенозных поражений брахиоцефальных артерий является решающим фактором в комплексе мероприятий, направленных на выявление начальных проявлений недостаточности мозгового кровообращения, профилактику развития ишемических инсультов и транзиторных ишемических атак. Основным методом инструментального скрининга пациентов, составляющих группу риска по данной патологии, является ультразвуковой метод. Разрешающая способность современных аппаратов и использование всех основных режимов сканирования, позволяют приблизить чувствительность метода к 100 %, то есть к «золотому стандарту». Ультразвуковая доплерография внечерепных артерий в большинстве случаев позволяет установить значимое поражение сонных артерий по признаку выявления доплерографических признаков «стеноза» в устье ВСА, основным критерием которого является повышение систолической скорости кровотока и которое пропорционально степени стеноза.

Для диагностики и градации стенозов наиболее значимыми индексами являются:

- пиковая систолическая линейная скорость кровотока (ЛСК) в зоне стеноза;
- отношение пиковой ЛСК в ВСА к пиковой ЛСК в общей сонной артерии (ОСА);

- конечная диастолическая скорость в зоне стеноза;
- характеристика потока в пре- и постстенотических сегментах ОСА и ВСА;
- признаки активации коллатерального кровообращения

В зависимости от степени выраженности стенозы классифицируют как малый (сужение 1-29 % по диаметру), умеренный (30-49 %), выраженный (50-69 %), критический (70-99 %). Ежегодный риск инсульта при стенозах ВСА, менее 30 % диаметра артерии, не превышает 2 %. Алгоритм обследования больных с подозрением на окклюзионно-стенозное поражение брахиоцефальных артерий основывается на общепринятых принципах – от консультации невролога к ультразвуковому исследованию и далее, по необходимости, – к ангиографии или МРТ-ангиографии. На первом этапе именно невролог обязан сделать правильный выбор – определить показания к выполнению инструментального исследования и выбрать диагностическое обследование, в котором максимально точно будет установлен диагноз. Атеросклеротические поражения сосудов носят мультифокальный характер. Поэтому следует внедрить в повседневную практику следующий принцип – всем пациентам с гемодинамически значимым поражением коронарных и периферических артерий обязательно выполнять ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий.

Больные, у которых выявили гемодинамически незначимые стенозы брахиоцефальных артерий, должны проходить повторное ультразвуковое исследование не реже 2 раз в год и находиться на «Д» учете у невролога. Уровень оказания медицинской помощи пациентам с цереброваскулярной патологией сегодня во многом зависит от тесного взаимодействия неврологов, специалистов ультразвуковой диагностики и сосудистых хирургов, нейрохирургов, направленного на активное выявление пациентов с окклюзионно-стенозными поражениями брахиоцефальных артерий, прежде всего в так называемых группах риска, постоянном динамическом наблюдении этой категории пациентов и своевременном установлении показаний к выполнению хирургических вмешательств.