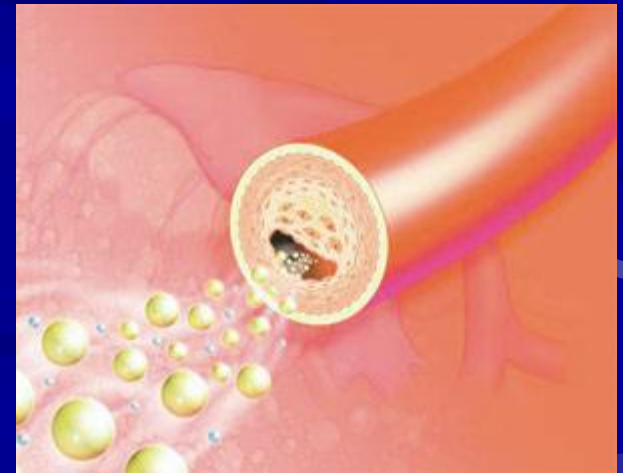


ОБЛИТЕРИРУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ АРТЕРИЙ



Анатомия артерий нижних конечностей



- Хронические облитерирующие заболевания нижних конечностей встречаются у 2-3% населения в целом и около 10% лиц пожилого возраста.

ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К РАЗВИТИЮ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

- 1. Мужской пол, пожилой возраст.
- 2. Никотиновая интоксикация - курение (никотин повышает АД, суживает мелкие сосуды, повышает содержание жирных кислот в крови).
- 3. Артериальная гипертензия.
- 4. Гиперлипидемия, гиперфибриногенемия, высокий гематокрит.
- 5. Сахарный диабет.
- 6. Ожирение.
- 7. Гиподинамия.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ

I. по этиологии:

1. Атеросклероз

А - поражение сосудов нижних конечностей

Б - синдром Лериша

В - поражение сосудов головного мозга

2. Артериит

А - сосудов нижней конечности

Б - облитерирующий тромбангиит (болезнь Бюргера)

В - неспецифический аорто - артериит (болезнь Такоясу)

3. Болезнь Рейно

4. Постэмболические и посттравматические окклюзии.

5. Врожденные окклюзии.

II. Стадии заболевания (по Фонтену - Покровскому)

1 - перемежающаяся хромота, после 1 километра ходьбы

2а - перемежающаяся хромота через 200 метров ходьбы

2б - перемежающаяся хромота менее чем через 200 метро ходьбы

3 - боль в состоянии покоя, перемежающаяся хромота менее 25 метров

4 - трофические расстройства, гангрена.

Структура облитерирующих заболеваний

- атеросклероз составляет - 80%-85%.
- облитерирующий эндоартериит - 9%.
- облитерирующий тромбангиит - 2%.
- болезнь Рейно - 5%.
- диабетическая ангиопатия - 6%.

ЭТИОЛОГИЯ ОБЛИТРЕРИРУЮЩЕГО ЭНДАРТЕРИИТА

- 1. Нейрогенная теория.
- 2. Воспалительная теория (Winiwarter 1879 г.).
- 3. Аллергическая теория.
- 4. Эндокринная теория (В.А.Оппель).
- 5. Атеросклеротическая теория.

Клиническая классификация (по Фонтейну-Покровскому)

I стадия- боль в конечности возникает после длительной ходьбы (около 1 км)

II а стадия- дистанция безболевого ходьбы (средним шагом со скоростью около 3-х км/час) более 200 м

II б стадия - пациент проходит менее 200 м

III а стадия - появляется "боль покоя", т.е. боль возникает в горизонтальном положении, что заставляет больного периодически опускать ногу вниз (до 3-4 раз за ночь)

III б стадия (критическая ишемия) - появляется отек голени и стопы

IV а стадия (критическая ишемия) - некрозы в пальцах стопы

IV б стадия (гангрена стопы или голени) - требуется высокая ампутация.

Введение термина "критическая ишемия конечностей" (1989-1995 гг.) было обусловлено желанием клиницистов акцентировать внимание к больным, в отношении которых должны быть предприняты срочные меры, связанные со спасением конечности, а нередко и жизни.

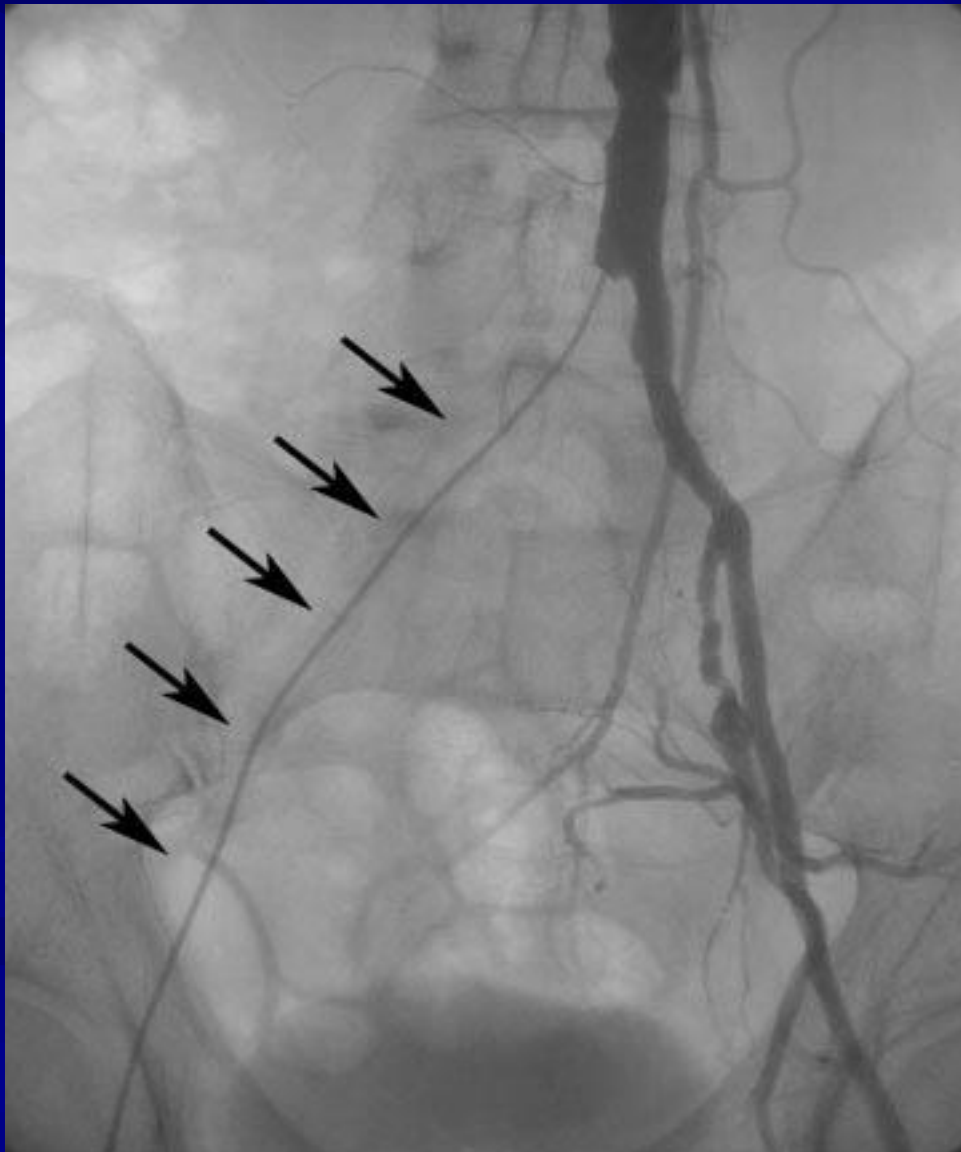
В клинической практике, как правило, больных с III б и IV стадиями относят к группе "критической ишемии", хотя для этого необходимы 3 основных условия:

- Длительность болей покоя не менее 2-недель
- Давление на артериях лодыжки до 50 мм рт. ст., а значит, лодыжечно-плечевой индекс 0,3 и ниже
- Величина перкутанного pO_2 в пораженной конечности (в положении лежа) - 10 мм рт. ст. и ниже.

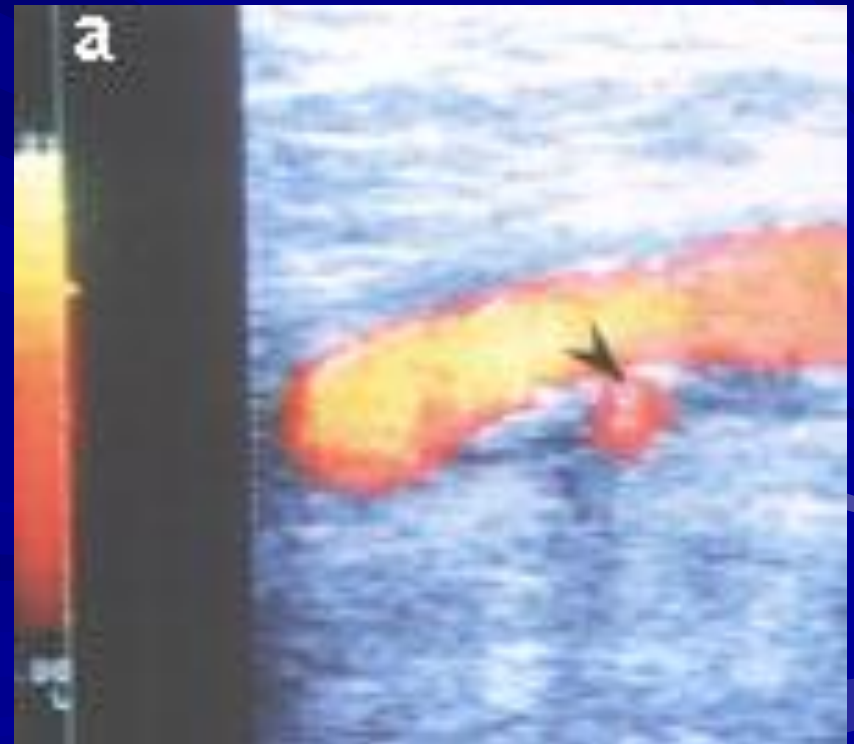
ДИАГНОСТИКА

- Клиническая картина
- Ангиография
- УЗДГ
- Электротермография
- Реовазография
- Радионуклидный метод
- Перкутанное напряжение кислорода (pO₂)
- Термография
- Сфигмография

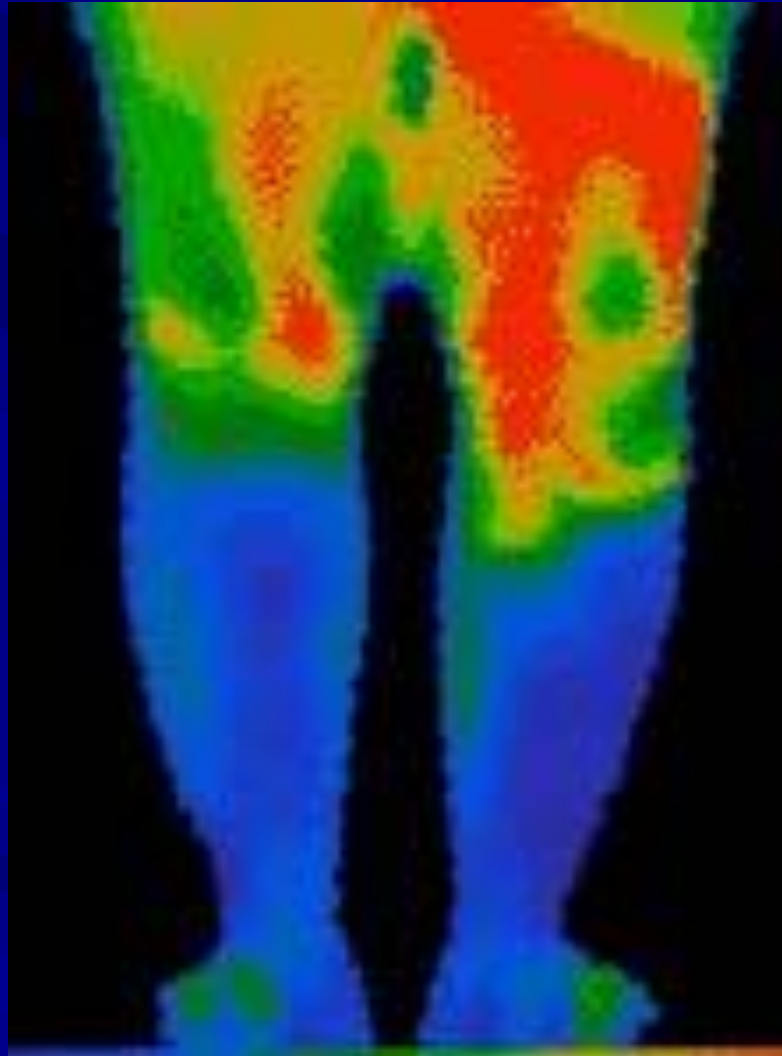
Ангиограммы



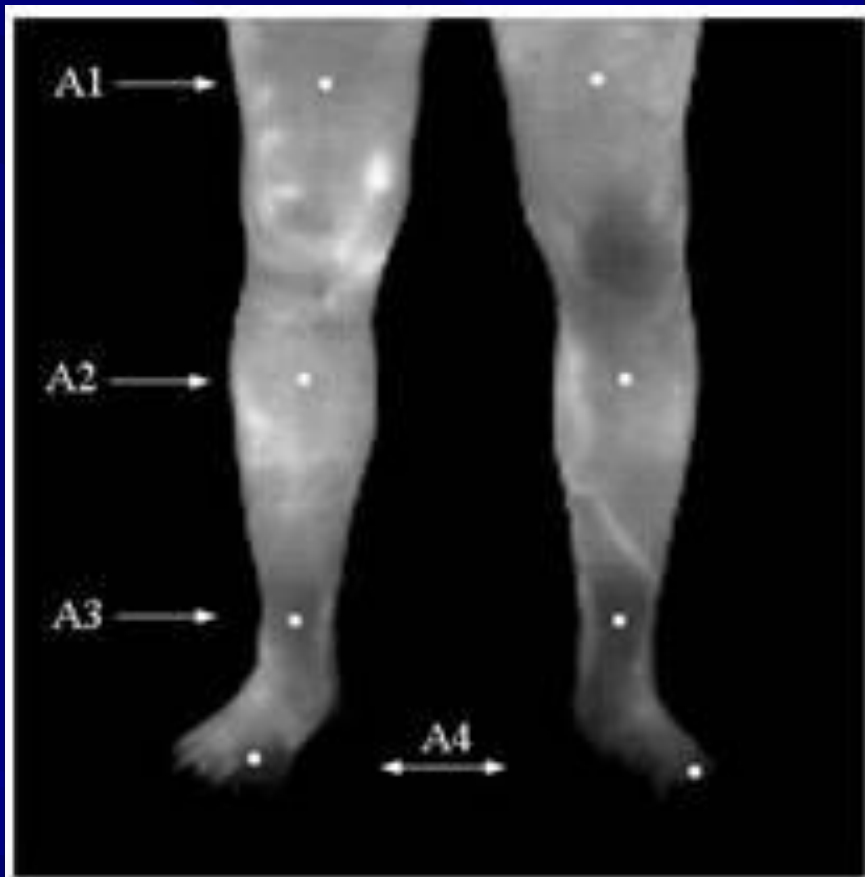
Допплерография



Сцинтиграмма



Термограмма

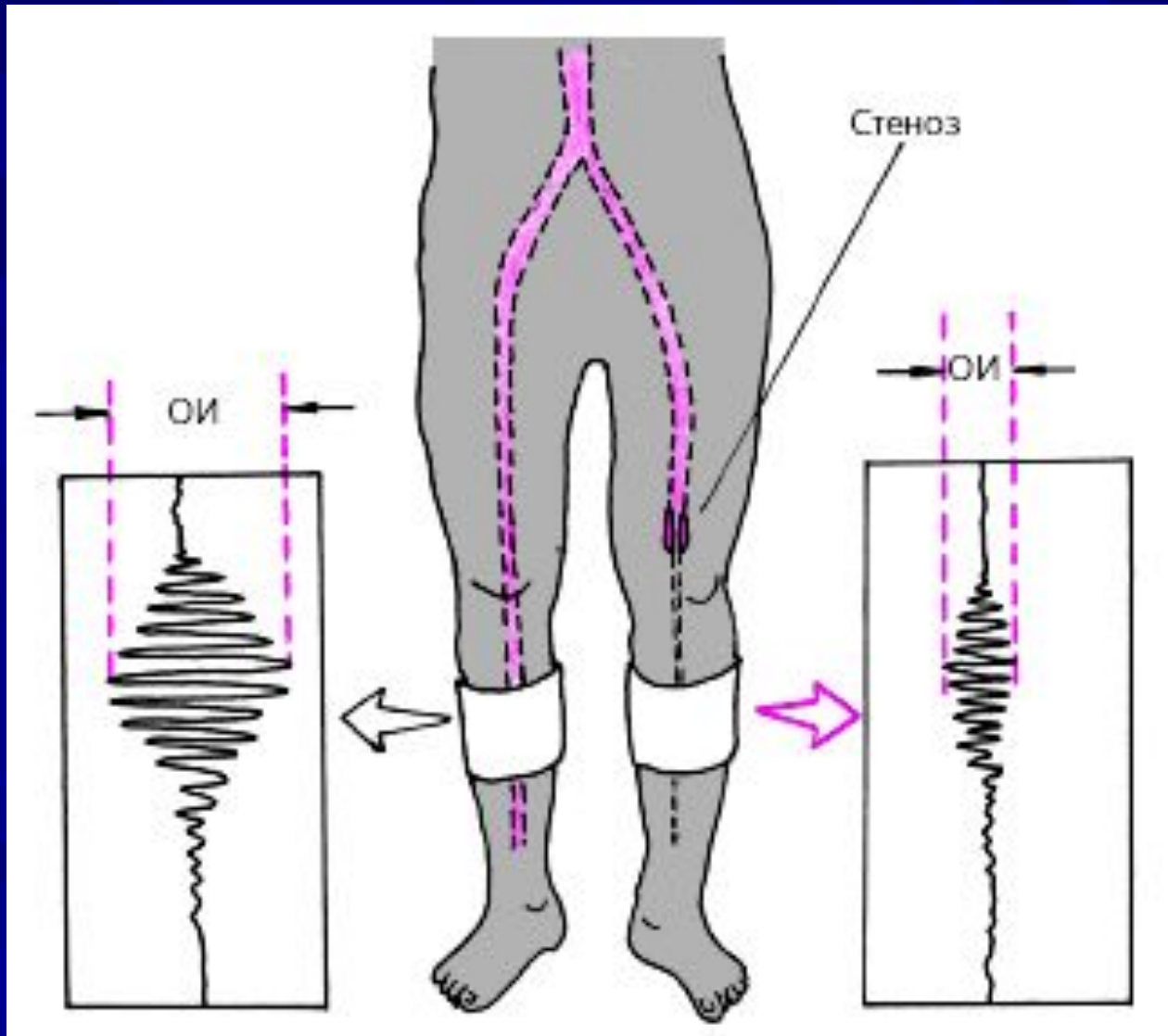


а



б

Сфигмограмма



ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИИ

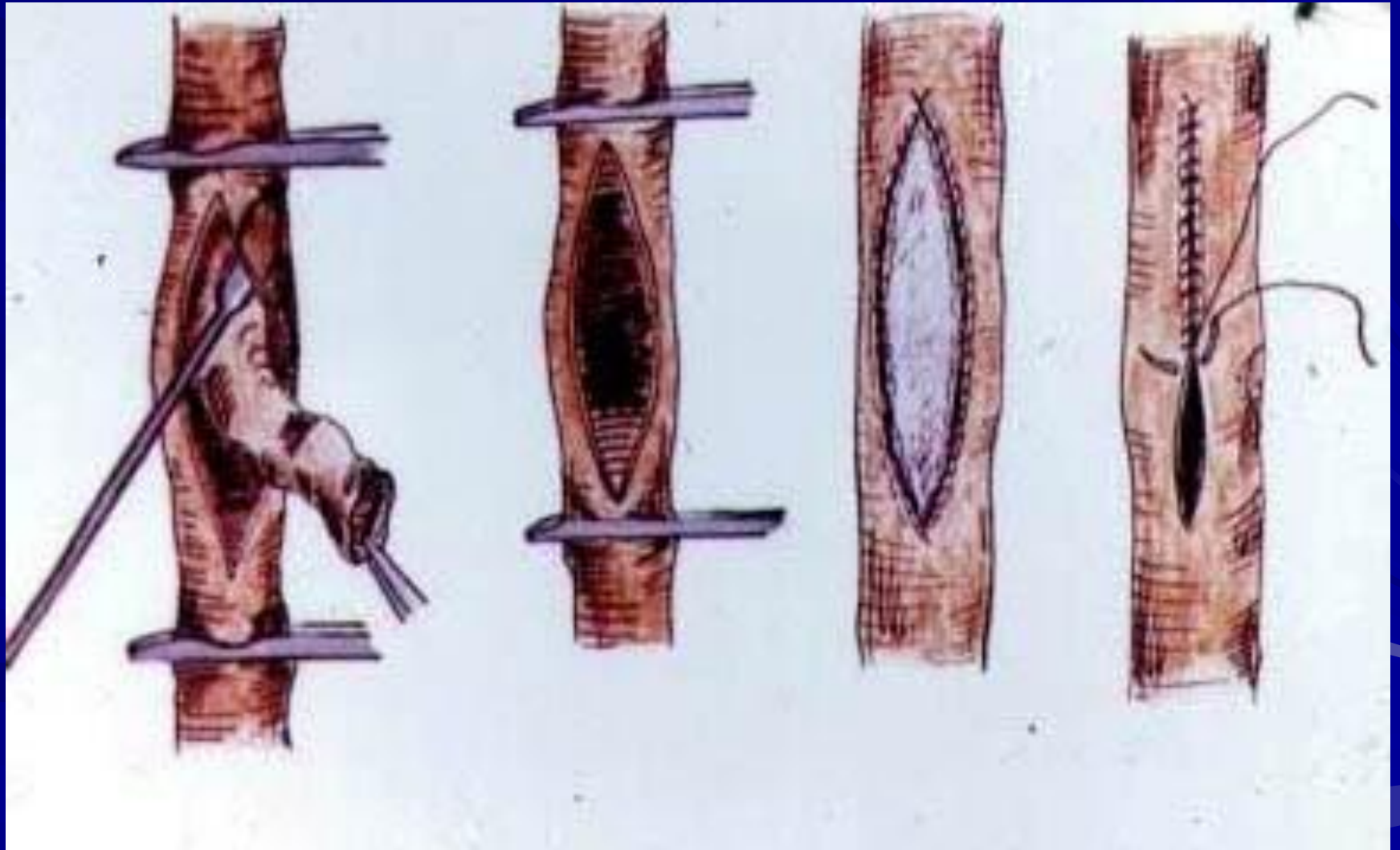
1. Устранение факторов риска
2. Борьба с болью (спазмолитики, анальгетики, нейролептики, наркотики, блокады).
3. Коррекция реологических и коагуляционных свойств крови.
А - реополиглюкин, солевые растворы, альбумин.
Б - трентал, курантил, аспирин, никотиновая кислота, антикоагулянты.
4. Раскрытие коллатералей (спазмолитики, блокада синаптических ганглиев, физиолечение, мышечные тренировки).
5. Борьба с аутосеисбилизацией (исключить переохлаждение, преднизолон, плазмоферез).
6. Стимуляция метаболической активности и утилизации кислорода (витамины группы В, никотиновая кислота, оксигаротерапия).
7. Повышение антиоксидантной активности крови.
8. Местное лечение трофических расстройств.
9. Соблюдение гигиены труда, быта, питания.

ЛЕЧЕНИЕ ДОЛЖНО БЫТЬ ПОЖИЗНЕННЫМ, НЕПРЕРЫВНЫМ, КОМПЛЕКСНЫМ

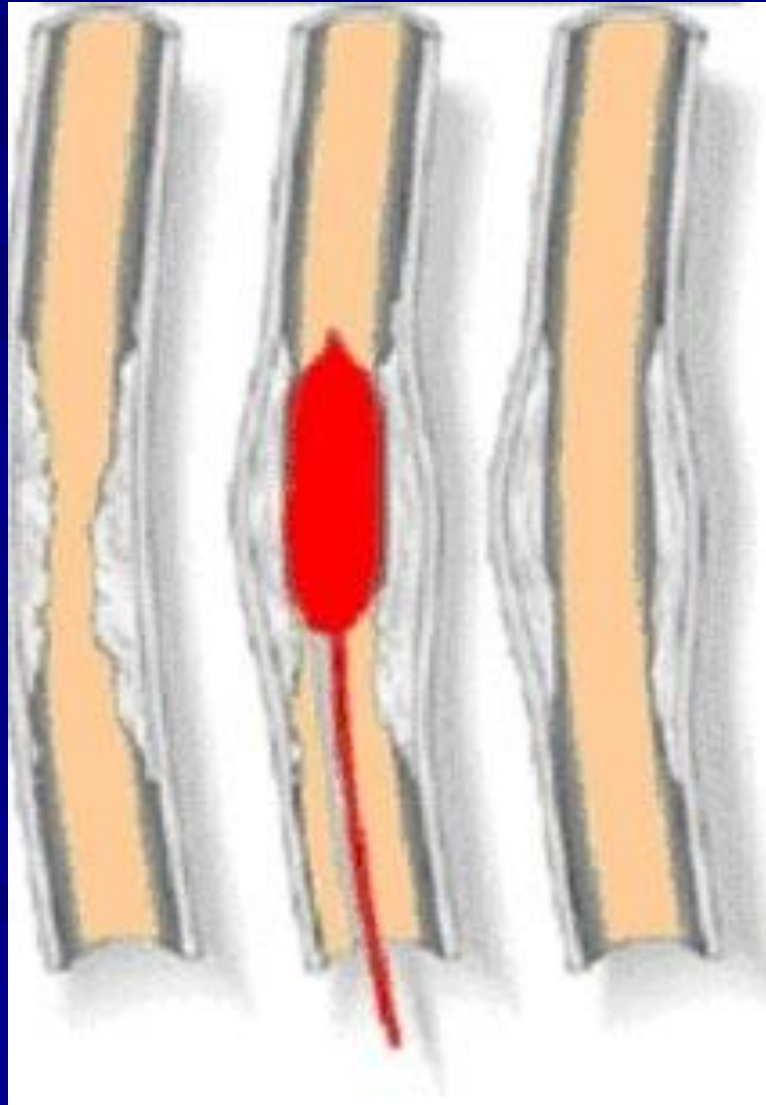
Хирургическое лечение

- Симпатэктомия
- Шунтирующие операции
- Тромбинтимэктомия
- Ампутация
- Балонная дилатация
- Стентирование сосуда

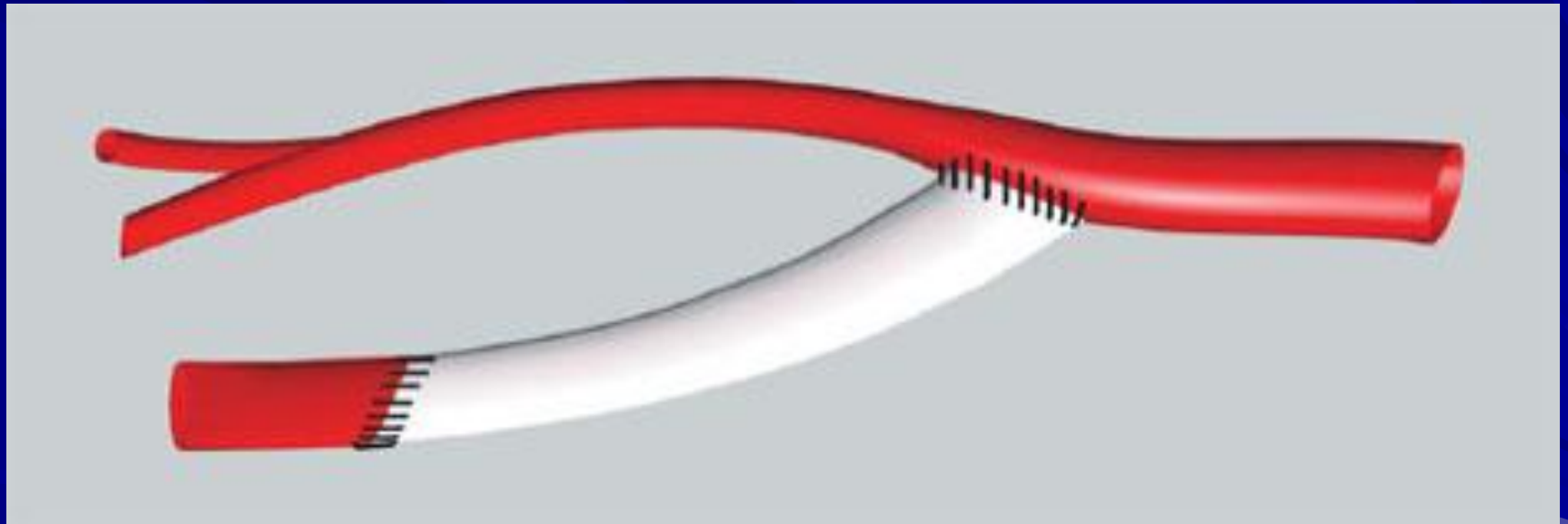
Тромбинтимэктомия



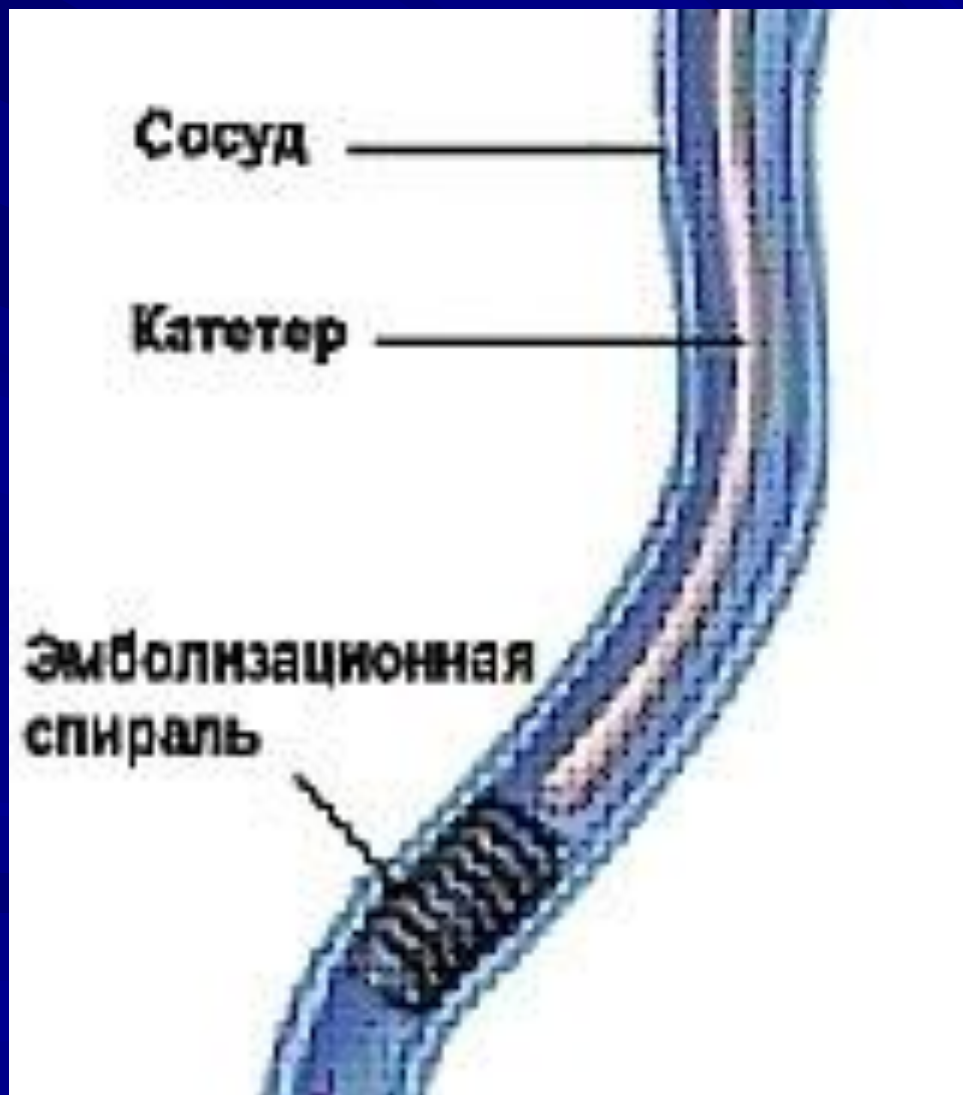
Балонная дилатация



Аорто-феморальный шунт (схема)



Стентирование сосуда



Острая артериальная непроходимость

- Эмболия
 - причина болезни сердца (острый инфаркт, ревматический парок, атеросклероз) – 80%-90%.
 - атеросклероз крупных сосудов.
 - аневризмы.
- Тромбоз
 - причины тромбообразования (триада Вирхова Р. 1856 год)
 - 1. повреждение сосудистой стенки.
 - 2. Изменение состава крови.
 - 3. Нарушение тока крови.

Артериальный эмбол



КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОЙ ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТИ (ПО В.С. САВЕЛЬЕВУ).

I стадия - боль в нижней конечности

II А стадия - парез

II Б стадия - плегия

III А стадия - субфасциальный отек мышц

III Б стадия - парциальная контрактура
конечности

III В стадия - тотальная контрактура
конечности.

Клиническая картина острой ишемии конечности

- Боль в конечности.
- Онемение, похолодание, парестезии.
- Изменение окраски кожных покровов.
- Снижение кожной температуры.
- Растройство чувствительности.
- Нарушение активных движений в суставах.
- Болезненность при пальпации.
- Субфасциальный отёк.
- Ишемическая мышечная контрактура.

Острая ишемия (гангрена) нижней конечности



Лечение острой ишемии конечности

Оперативное

- тромбэмболэктомия.
- шунтирующие операции.
- ампутация конечности.

Консервативное

- обезболивание.
- антикоагулянты.
- тромболитики.
- активаторы фибринолиза.
- антиагреганты.
- ингибиторы протеаз.
- баротерапия.

Летальность

- При острой артериальной непроходимости нижних конечностей – потеря конечности – 31%, летальность 34%.



Благодарю за внимание !!!

