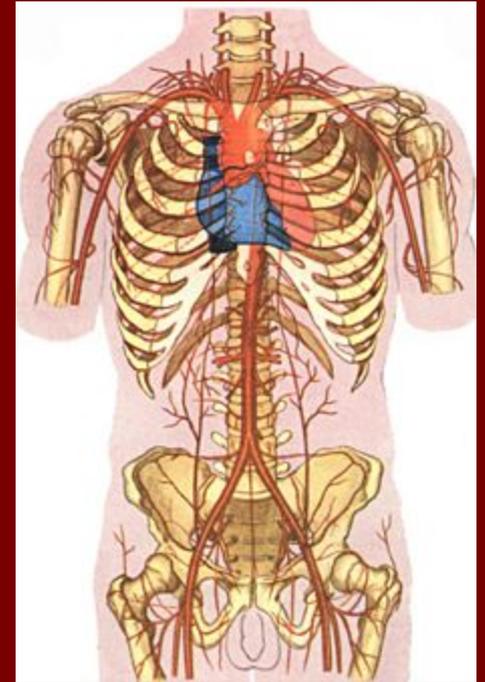




Хронические облитерирующие заболевания аорты и ее ветвей



Кафедра факультетской хирургии МИ ЯГУ

Наиболее распространенные заболевания, ведущие к постепенному сужению и полной окклюзии просвета аорты и магистральных артерий:

- *Облитерирующий атеросклероз (82%);*
- *Облитерирующий тромбангиит (1,4%);*
- *Неспецифический аортоартериит (9%).*

Облитерирующий атеросклероз -
хроническое заболевание в основе
которого лежат системные
дегенеративные изменения сосудистой
стенки с образованием атером в
субинтимальном слое с последующей их
эволюцией.

Факторы риска атеросклероза

Курение

Гиподинамия

Сахарный диабет

Нерациональное
питание

Артериальная
гипертония

Нарушения липидного
обмена

Высокое содержание
фибриногена

Высокое содержание
гомоцистеина в плазме

Фазы атерогенеза

- На первом этапе формируется «стабильная» атеросклеротическая бляшка (атерома) суживающая просвет сосуда, приводя к недостаточности артериального кровообращения.
- На втором этапе происходит изъязвление атеромы или кровоизлияние в нее, образуется локальный тромб, приводящий к облитерации артерии.

Облитерирующий тромбангиит – системное иммунопатологическое воспалительное заболевание артерий и вен, преимущественно мелкого и среднего калибров, с вторичными элементами аутоиммунной агрессии.

Поражает преимущественно мужчин до 40 лет. Имеет волнообразное течение с периодами ремиссии и обострения.

курение

травмы

**Предрасполагающие
факторы**

отморожения

инфекции

Особенности облитерирующего тромбангиита

- Поражение сосудистого русла развивается по воспалительному сценарию;
- С ранних этапов заболевания, вовлекаются сосуды дистального русла;
- Всегда сопутствуют воспалительные изменения в поверхностных и глубоких венах;
- Восходящий характер поражения сосудистого русла;
- В периоды стихания острой фазы васкулита в дистальном сосудистом русле происходит развитие коллатеральной сосудистой сети, возрастает количество артерио-венозных анастомозов.

Неспецифический аорто-артериит –

системное заболевание аутоиммунного генеза, ведущее чаще всего к стенозированию аорты и магистральных артерий.

Особенности неспецифического аортоартериита

- Среди пациентов преобладают женщины репродуктивного возраста;
- Поражается не только брюшная аорта, но и грудной отдел аорты и ее дуга;
- Нередко ведущим синдромом бывает стеноз почечных артерий.

Классификация

■ По локализации поражения:

1. Аорто-подвздошный сегмент (синдром Лериша);
2. Бедренно-подколенный сегмент;
3. Подколенно-берцовый сегмент;
4. Многоэтажное поражение;
5. Мультифокальное поражение – артерий конечностей, головного мозга, внутренних органов.

Классификация

- По характеру поражения:

 **СТЕНОЗ**

 **ОККЛЮЗИЯ**

Стадии хронической артериальной недостаточности нижних конечностей (по Фонтейну-Покровскому)

- I – дистанция перемежающейся хромоты непостоянная, до 1000 метров;
- II – дистанция лимитирующей перемежающейся хромоты:
 - А – более 200 метров;
 - Б – менее 200 метров;
- III – больной может пройти несколько метров и боли в покое;
- IV – трофические нарушения (язвы, некрозы, гангрена).

Клиническая картина

(синдром хронической артериальной недостаточности)

- Чувство онемения, повышенная чувствительность к низким температурам, парестезии и усталость пораженной конечности;
- Симптом «перемежающей хромоты»;
- Боли в покое;
- Трофические расстройства (язвы, некрозы, гангрена).

Диагностика

- Сбор анамнеза;
- Осмотр пораженной конечности (мышечная гипотрофия, бледность кожи, выпадение волос голени, гипертрофию и слоистость ногтевых пластинок, гиперкератоз);
- Пальпация (снижение кожной температуры, пульсация артерий);
- Аускультация магистральных артерий;
- Выяснить наличие нарушений кровотока в других сосудистых регионах.

Инструментальные методы диагностики

- Ультразвуковое доплеровское исследование – по показателям регионарного систолического давления объективно оценивает функциональное состояние периферического кровообращения.

Ультразвуковое дуплексное сканирование

- Возможность визуализации структуры сосуда, окклюзий и стенозов, зон турбулентного кровотока, выявить участки нарушения кровотока в области гемодинамически значимых стенозов.

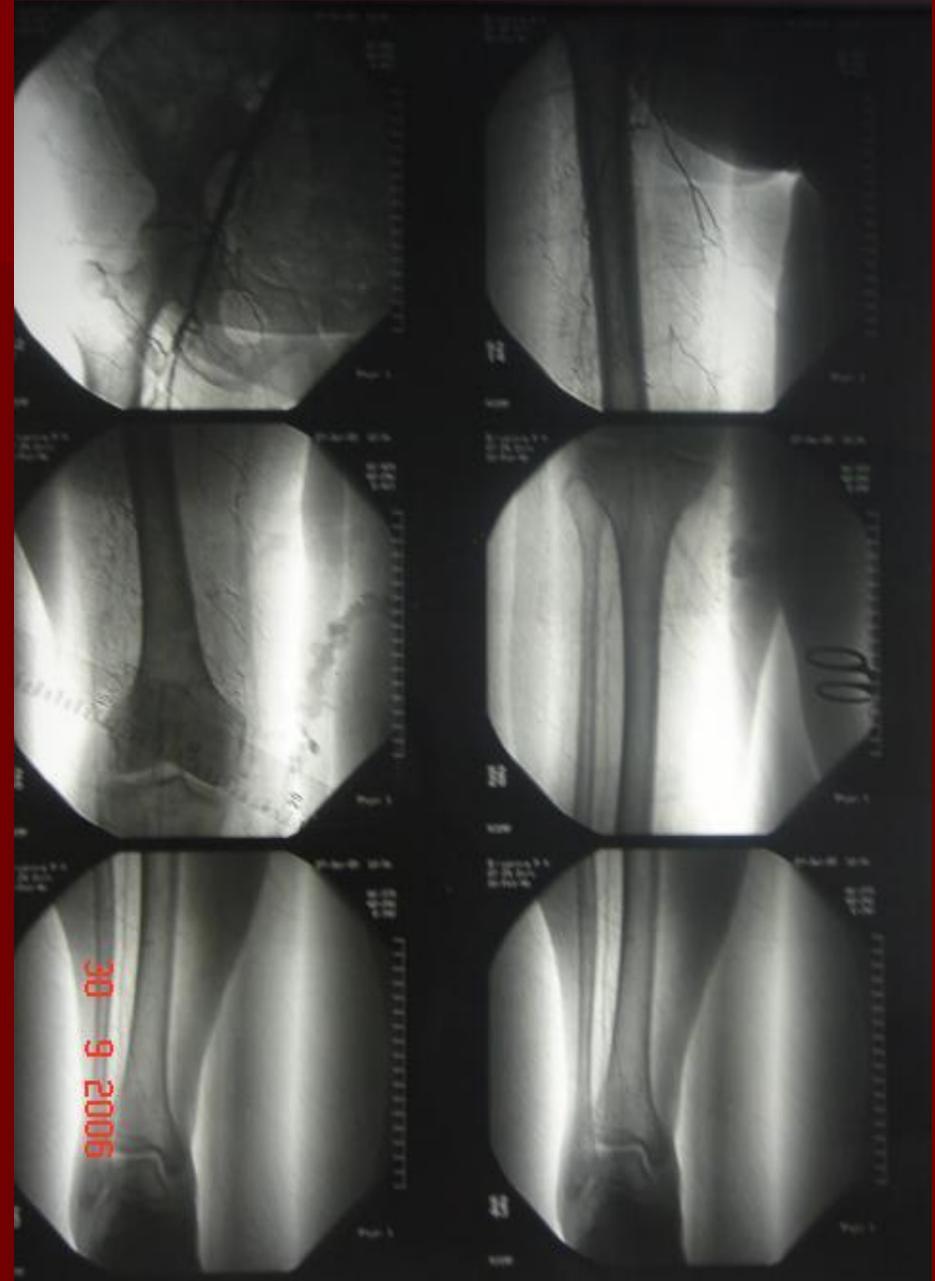
Ангиография



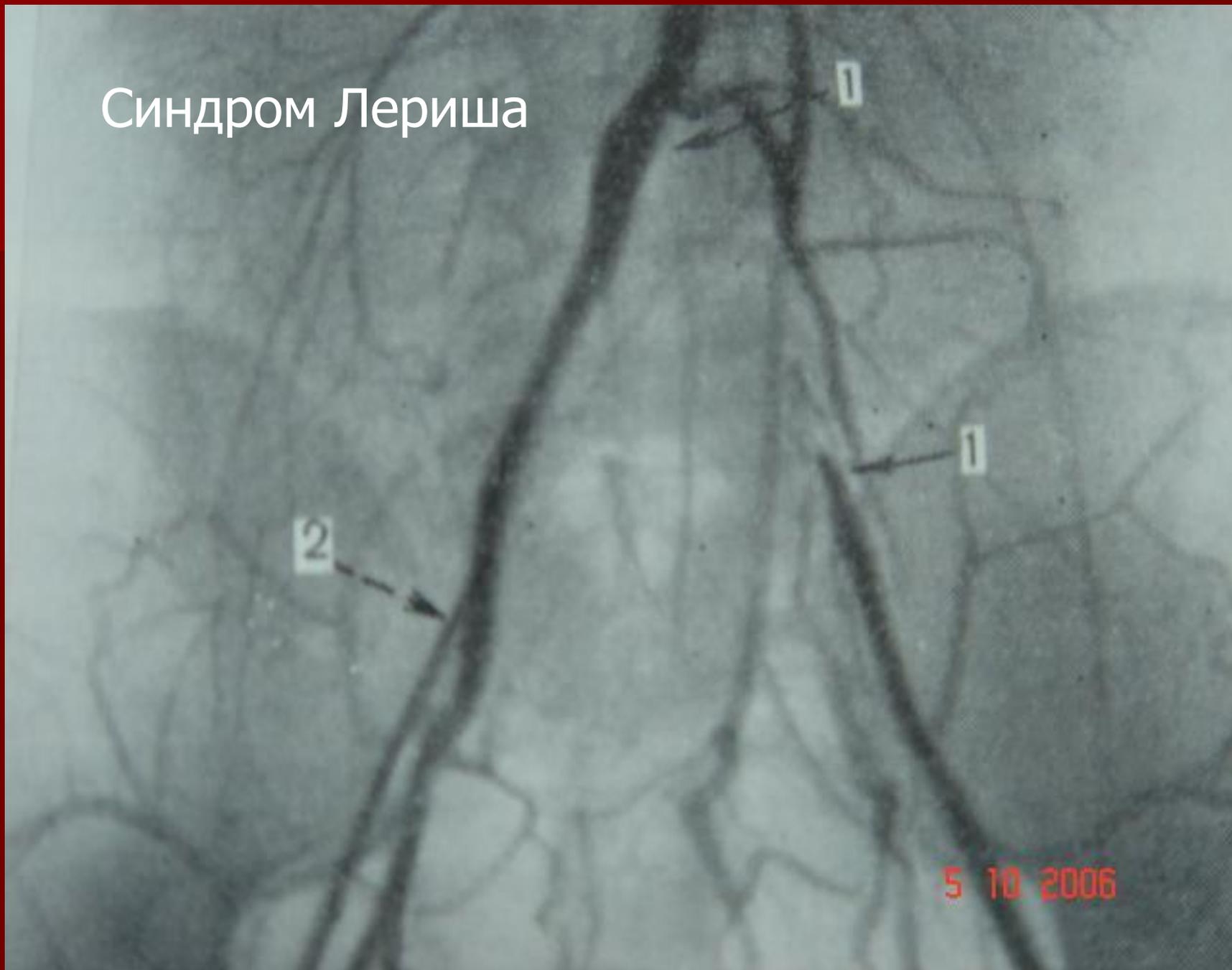
Ангиография

(симптомы атеросклероза)

- Неравномерное сужение магистральных артерий;
- 📧 Сегментарная обтурация артерий;
- 📧 Кальциноз артерий;
- 📧 Коллатеральные сосуды крупные, прямые, хорошо развитые.



Синдром Лериша



5 10 2006

Множественные
стенозы и
окклюзия
поверхностной
бедренной
артерии.



Ангиография

(симптомы тромбангиита)

- Равномерное сужение артерий;
- Вовлечение сосудов малого и среднего калибров;
- Сегментарные окклюзионные поражения;
- Развитие штопорообразных коллатералей вокруг участков окклюзий;
- Отсутствие признаков атеросклероза;
- Коническая форма культы сосуда.



Ангиография (симптомы аортоартериита)

- ☒ Сужение аорты и других основных артерий;
- ☒ Дилатация артерий;
- ☒ Формирование аневризм (мешковидных, веретенообразных).



Дифференциальная диагностика

Клинические проявления	Облитерирующий атеросклероз	Облитерирующий тромбангиит	Неспецифический аортоартериит
Контингент больных	Мужчины старше 40 лет	Мужчины 20 – 30 лет	Женщины 20 – 30 лет
Локализация поражения	Брюшная аорта, все артерии	Артерии голени, глубокая артерия голени	Брюшная аорта, подвздошные артерии
В анамнезе:			
Курение	Да	Да	Нет
Переохлаждение	Нет	Да	Нет
Полиартриты	Нет	Нет	Да
ИБС	Да	Нет	Нет

Дифференциальная диагностика

Клинические проявления	Облитерирующий атеросклероз	Облитерирующий тромбангиит	Неспецифический аортоартериит
Перемежающая хромота	да	Низкая (боли в стопе и голени)	Выражено незначительно
Тромбофлебиты	Нет	Да	Нет
Лабораторная диагностика	Нарушения липидного обмена	Лейкоцитоз, повышение СОЭ, концентрации циркулирующих иммунных комплексов, содержания иммуноглобулинов классов G и M	Повышение СОЭ, небольшая анемия, лейкоцитоз, тромбоцитоз, повышение содержания α_2 -глобулина, (+) реакция на СРБ
Течение заболевания	Медленно прогрессирующее	Периоды обострения и ремиссии	волнообразное

Задачи лечения

Замедление патологического процесса;

Устранение болевого синдрома;

Восстановление трудоспособности;

Сохранение конечности;

*Предотвращение инвалидизации
пациента.*

Лечебная тактика

- При I и IIA стадии – консервативное лечение;
- При IIB и III стадии – хирургическое лечение (реконструктивные операции);
- При IV стадии – реконструктивные операции в сочетании с некрэктомией или малой ампутацией, ампутация конечности.

Принципы консервативного лечения

- Непрерывное и пожизненное
- Этапы: амбулаторный, стационарный, санаторно-курортный
- Первые рекомендации: прекращение курения, диета, контроль массы тела, регулярная лечебная дозированная ходьба не менее 1 часа в день.

Медикаментозное лечение

- Средства улучшающие реологические свойства крови и антиагреганты (низкомолекулярные декстраны, аспирин, дипиридамол, производные пентоксифилина, тиклопедин и др.)
- Лечение дислипотеинемии при атеросклерозе – диета, гиполипидемическая терапия (провастин, ловастин, симвастин, никотиновая кислота и др.)
- Метаболическая терапия (солкосерил, актовегин, танакан, витамины).

Медикаментозное лечение

- Препараты простагландина E1 (вазапростан, алпростан);
- Глюкокортикоиды, НПВС, иммунотерапия при обострениях тромбангита;
- Антивирусная и противовирусная терапия при тромбангите (ацикловир, сумамед);

Медикаментозное лечение

- Физиотерапевтическое лечение (диатермия на область поясницы, диадинамические токи, магнитные поля);
- Санаторно-курортное лечение (сероводородные, родоновые, нарзанные, хвойные, жемчужно-кислородные ванны; грязевые аппликации на поясничную область, ЛФК).

Хирургическое лечение

Эндоваскулярны
е
вмешательства

Реконструктивн
ые
операции

Ампутация
конечности

Эндоваскулярные вмешательства

- *Бужирование стенозированных (окклюзированных) артерий;*
- *Баллонная ангиопластика;*
- *Внутрипросветное стентирование.*

Открытые операции

- Эндартерэктомия – удаление атеросклеротически измененного участка интимы.
- Шунтирование – восстановление магистрального кровотока путем наложения искусственного обходного пути с использованием аутовены или синтетического протеза.

Открытые операции

- Протезирование – замещение участка пораженного органа искусственным протезом с помещением трансплантата в ложе иссеченной артерии.
- Непрямые методы реваскуляризации – трансплантация большого сальника на голень (на сосудистой ножке, либо свободная) в расчете на образование нового коллатерального русла.
- Ампутация конечности.

Прогноз

- У пациентов в первой стадии хронической артериальной ишемии при проведении консервативного лечения в 75% случаев ишемия не прогрессирует.
- После реконструктивных операций на аорто-подвздошном сегменте проходимость синтетических протезов в сроки до 10 лет достигает 80-90%.
- Частота ранних послеоперационных тромбозов при реконструкции аорто-подвздошного сегмента составляет не более 3%, бедренно-подколенного – 8%.

Летальность

- После плановых сосудистых операций не превышает 3%.
- Наиболее частая причина летальности – прогрессирование атеросклеротического поражения других сосудистых бассейнов:
 - ИБС – 60% всех летальных исходов;
 - ишемический инсульт – 10-15%;
 - висцеральный инфаркт, разрыв аневризмы аорты – 10%.