



ОГЛАВЛЕНИЕ

Об авторах.....	4
Предисловие	5
Список сокращений и условных обозначений	7
Классы и уровни доказательности и рекомендаций	9
ГЛАВА 1. Заболевания периферических артерий.....	11
ГЛАВА 2. Заболевания аорты	78
ГЛАВА 3. Венозная тромбоэмболия	170
ГЛАВА 4. Легочная гипертензия	206
Заключение	276

ГЛАВА 1

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

Определения и основные понятия

Переменяющаяся хромота — усталость, дискомфорт, судороги или боль сосудистого происхождения в мышцах нижних конечностей, которые постоянно вызываются физическими упражнениями и последовательно снимаются отдыхом (в течение 10 мин).

Острая ишемия конечности (ОИК) — острая (менее 2 нед), тяжелая гипоперфузия конечности, характеризующаяся следующими признаками: болью, бледностью, отсутствием пульса, пойкилотермией (похолоданием), парестезией и параличом.

Выделяют следующие степени ОИК.

I степень. Жизнеспособная конечность — состояние при котором:

- нет непосредственной угрозы необратимых изменений конечности;
- нет потери чувствительности;
- нет мышечной слабости;
- определяются показатели артериального и венозного доплера.

II степень. Угроза — состояние, которое может быть разделено на IIa (незначительная угроза) или IIb (непосредственная угроза) степень и характеризующееся:

- потерей чувствительности конечности или ее моторики от легкой до умеренной;
- не определяются показатели артериального доплера;
- определяются показатели венозного доплера.

III степень. Необратимая ишемия, для которой характерны:

- неизбежная значительная потеря тканей или необратимое повреждение нервов;
- выраженная потеря чувствительности, анестезия;
- выраженная мышечная слабость или паралич (окоченение);
- не определяются показатели артериального и венозного доплера.

Потеря ткани. Выделяют следующие степени выраженности данной патологии.

- Незначительная потеря ткани — незаживающая язва, очаговая гангрена с диффузной ишемией дистальной части конечности, например стопы.
- Значительная потеря ткани — патологические изменения тканей распространяются выше, функции дистальной части конечности, например стопы, не подлежат восстановлению.

Критическая ишемия конечности (КИК) — состояние, характеризующееся:

- хронической (более 2 нед) ишемической болью в покое;
- незаживающей раной/язвой или гангреной в одной или обеих ногах, обусловленной объективно доказанным окклюзирующим заболеванием артерий.

Прямое кровоснабжение — артериальный приток крови к конечности, исключающий коллатерали.

Нежизнеспособная конечность — состояние конечности (или ее части), при котором потеря двигательной и неврологической функции, а также целостности ее тканей не может быть восстановлена с помощью лечения.

Жизнеспособная конечность — состояние конечности, способное обеспечить жизнеспособность и сохранить двигательную функцию несущей массу части стопы в случае лечения.

Экстренное вмешательство — это процедура, при которой жизнь или конечность пациента находится под угрозой, если он не находится в операционной либо перевязочной и/или когда нет времени для клинического обследования либо оно очень ограничено, как правило, в течение менее 6 ч.

Срочное вмешательство — процедура, при которой может быть время для ограниченной клинической оценки, обычно когда жизни или конечности больного угрожает опасность, если пациент не находится в операционной или перевязочной, как правило, от 6 до 24 ч.

Этиология и эпидемиология

Облитерирующие заболевания периферических артерий составляют более 20% всех видов сердечно-сосудистых заболеваний, соответственно 2–3% общей численности населения страдают данной патологией.

Распространенность заболеваний периферических артерий нижних конечностей является высокой, варьируя от 5,8% в США

и 7% в России до 12,2 и 22,9% во Франции и Италии соответственно. При этом в США около 10% людей старше 55 лет имеют бессимптомную форму заболевания периферических артерий, а симптомы перемежающейся хромоты отмечаются у 5%. В российских статистических данных приводятся еще более высокие показатели — от 15 до 30% населения старше 65 лет имеют признаки облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей. Согласно данным Трансатлантического консенсуса, от 500 до 1000 на 1 млн населения в год.

Стенозы более 50% экстракраниальных сегментов сонных артерий — не менее распространенное явление. Так, по данным Европейского общества кардиологов, у мужчин в возрасте до 70 лет этот показатель составляет 4,8% против 2,2% у женщин. В то же время у больных старше 70 лет — 12,5% у мужчин и 6,9% у женщин соответственно.

Поскольку диагностика стеноза подключичных артерий основана на разнице систолического артериального давления (САД) между предплечьями >10 или 15 мм рт.ст. и является малочувствительным (50%), хотя и высокоспецифичным (90%) методом, распространенность данной патологии оценивается лишь приблизительно. Она составляет около 2% в общей популяции, но увеличивается до 9% при сопутствующем заболевании периферических артерий (ЗПА) нижних конечностей.

Диагностика

Общие положения

Симптомы и признаки ЗПА различны. Исследования показали, что большинство пациентов с подтвержденным ЗПА нижних конечностей не имеют типичной хромоты или болезнь протекает бессимптомно.

Факторы риска

К основным факторам риска заболевания периферических артерий относят следующие.

- Семейный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний.
- Ранние сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе.
- Наличие транзиторных или постоянных неврологических симптомов в анамнезе.
- Онкология или лучевая терапия в анамнезе.
- Возраст старше 65 лет.
- Артериальная гипертензия (АГ).
- Сахарный диабет.

- Дислипидемия.
- Атеросклеротическое заболевание в другом сосудистом русле (например, стеноз коронарной, сонной, подключичной, почечной, брыжеечной артерии или абдоминальная аневризма аорты).
- Хроническая болезнь почек.
- Курение.
- Сидячий образ жизни.
- Нарушение диеты и правил здорового питания.
- Психосоциальные факторы.

Клиническая картина при заболеваниях периферических артерий конечностей

Атипичные симптомы могут включать боль или дискомфорт, которые:

- начинаются в покое, но усиливаются при физической нагрузке;
- не мешают человеку выполнять нагрузку;
- начинаются при физической нагрузке, но не облегчаются в течение 10 мин отдыха.

Анамнестические данные, указывающие на наличие ЗПА:

- онемение или парестезии в конечности;
- нарушение чувствительности;
- хромота;
- другие симптомы, не связанные с нагрузкой на конечности, не связанные с суставами (не типичные для хромоты);
- ишемическая боль в покое;
- другие предполагаемые физические признаки ишемии нижних конечностей (например, бледность при подъеме или ассоциированное с ним покраснение).

Результаты физикального обследования, указывающие на наличие ЗПА:

- аномальные характеристики пульса на нижних конечностях;
- шум при аускультации сосудов;
- незаживающая рана на нижних конечностях;
- гангрена нижних конечностей.

Дифференциальная диагностика заболеваний периферических артерий нижних конечностей

При жалобах пациента на хромоту или боли в нижних конечностях необходимо проведение дифференциальной диагностики и исключение иных причин, обуславливающих данную клиническую картину. Наиболее распространенные из них представлены ниже.

Дифференциальная диагностика хромоты и болевого синдрома нижних конечностей

ПАТОЛОГИЯ	ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛИ	ХАРАКТЕР БОЛИ	ЭФФЕКТ ОТ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА БОЛЬ	ЭФФЕКТ ПОКОЯ НА БОЛЬ	ВЛИЯНИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	ДРУГИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ
Киста Бейкера	За коленом, вниз по икре	Припухлость, болезненность	Присутствует как в покое, так и при нагрузке	Нет	Нет	Непрерывный
«Венозная хромота» или хроническая венозная недостаточность	Вся нога, хуже в икре	Тупая, разрывающая боль	Появление/нарастание после прогулки	Медленно снижается	Уменьшение боли, ускоренное подъемом конечности	Тромбоз глубоких подвздошных-бедренных вен в анамнезе; отек; признаки венозного застоя
Хронический компартмент-синдром	Икроножные мышцы	Тупая, разрывающая боль	Появление после большой физической нагрузки (бег трусцой)	Снижается очень медленно	Уменьшение боли в покое	Обычно спортивной мускулатурой
Стеноз позвоночного канала	Часто двусторонний, задняя часть ноги	Боль и слабость	Может имитировать хромоту	Переменный, снижение и восстановление может занять много времени	Облегчение за счет сгибания поясничного отдела позвоночника	Хуже при стоянии и разгибании позвоночника

Окончание

ПАТОЛОГИЯ	ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛИ	ХАРАКТЕР БОЛИ	ЭФФЕКТ ОТ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА БОЛЬ	ЭФФЕКТ ПОКОЯ НА БОЛЬ	ВЛИЯНИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	ДРУГИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ
Сдавление нервного корешка	Распространяется вниз по ноге	Острая пронизывающая боль	Вызывается сидением, стоянием или ходьбой	Часто присутствует в состоянии покоя	Улучшается за счет изменения положения	Патология позвоночника в анамнезе
Артрит тазобедренного сустава	Бедро, чаще боковая поверхность	Ноющий дискомфорт	Зависит от объема нагрузки	Облегчение наступает медленно	Прогрессия при увеличении нагрузки или массы тела	Симптомы варьируют в зависимости от выраженности артрита, дегенеративный артрит в анамнезе
Артрит голеностопного сустава или суставов стоп	Лодыжка, стопа, свод	Ноющая боль	После физической нагрузки	Облегчение наступает медленно	Болевой синдром уменьшается при снижении массы тела	Симптомы изменчивы; могут быть связаны с уровнем активности или присутствием покоя