

Рис. 2. Относительно свежие тромбозы. А - тромбоз бедренно - подколенного шунта (гомогенная, гипоэхогенная структура тромба). Б – гипоэхогенный, гомогенный тромбоз стента ПБА.

В одном из исследований было продемонстрировано, что у пациентов с ОАН расширение артерии на 0,5 мм на участке выше уровня окклюзии по сравнению с контралатеральной конечностью предполагает наличие эмболической окклюзии, в то время как уменьшение диаметра просвета на 0,5 мм соответствует тромботической окклюзии [44].

При решении вопроса о реконструкции крайне важно оценить протяженность окклюзии, наличие и диаметр проксимальных/дистальных коллатералей. При визуализации коллатералей при поражении артерий голени триплексное сканирование уступает лучевым методам диагностики.

Чувствительность ультразвукового дуплексного ангиосканирования (УЗДАС) при ОАН равна 88% (95% доверительный интервал [ДИ] 80% – 98%), а специфичность равна 96% (95% ДИ 89% – 99%) в отношении выявления стеноза >50% или окклюзии у пациентов с хронической формой ЗПА [317]. УЗДАС может дать необходимую информацию в 90% случаев, когда рассматривается возможность реваскуляризации пациентов с ОАН и является оптимальным методом визуализации, позволяющим определить полную или неполную обструкцию в общей бедренной, поверхностной бедренной и подколенных артериях, а также сосудистых шунтах [318]. Диагностическая точность при определении стеноза или окклюзии большеберцовых артерий ниже, но ОАН редко вызывается настолько дистально расположенными поражениями.

В ретроспективном анализе 181 пациента с ОИК у 90 пациентов, получавших лечение, основанное на данных дуплекс-УЗИ в качестве единственного метода визуализации, были получены схожие результаты с теми пациентами, которым до операции проводилась ААГ и компьютерная томография-ангиография (КТА) [73].

Приложение Б. Алгоритм действий врача

Алгоритм действия последовательно складывается из решения основных задач: 1) установить диагноз – ОИК; 2) определить характер окклюзии – эмболия, острый тромбоз, эмболия на фоне хронической артериальной непроходимости (ХАН); 3) оценить степень ишемического повреждения тканей конечности.

Скорость начала необходимого лечения зависит от тяжести ишемии и оценивается по клинической классификации Затевахина И.И. с соавторами (таблица 11) [319].

Таблица 11. Клиническая классификация ОИК (Затевахин И.И. с соавт. 2002)

Острая ишемия	Степень ишемии	Клинические признаки	УЗДГ (уровень лодыжки)		
			Артерия	Вена	
Не угрожающая	1	Онемение, парестезии, боль	+	+	
Угрожающая	2	А	Парез	+	+
		Б	Паралич	-	+
		В	Субфасциальный отек	-	+
Необратимая	3	А	Дистальная контрактура, некротические дефекты	-	-
		Б	Тотальная контрактура, некротические дефекты	-	-

Течение: регрессирующее, стабильное, прогрессирующее

При 1-й степени ишемии и полной уверенности в диагнозе эмболии, стабильном состоянии пациента, необходимо выполнить экстренную реваскуляризацию. В случае острого тромбоза или неясном диагнозе при стабильном течении ишемии необходимости в экстренной операции нет. Есть возможность для обследования пациента, проведения пробного консервативного лечения и выбора окончательного метода лечения будь то простая эмболэктомия, сложная артериальная реконструкция, интратромбальный тромболизис или эндоваскулярное вмешательство (см. табл. 12).

Таблица 12. Тактика лечения, согласно классификации И.И. Затевахина и соавт. (2002) [319].

Степень ишемии	Эмболия	Острый тромбоз /Острый тромбоз?
I	Экстренная или отсроченная до 24 ч. госпитализация для обследования, эмболэктомии и стабилизации общего состояния	Антикоагулянтная или тромболитическая терапия, обследование (ангиография, УЗДГ, УЗДС). В зависимости от динамики заболевания и данных обследования - консервативная терапия, тромболизис, реваскуляризирующая операция
II	А	Экстренная операция
	Б	Экстренное оперативное лечение
	В	Экстренная реваскуляризация + фасциотомия
III	А	Экстренная реваскуляризация, некрэктомия, отсроченная ампутация
	Б	Первичная ампутация

Алгоритм действий при острой ишемии нижних конечностей в виде схемы представлен на рис. 3.

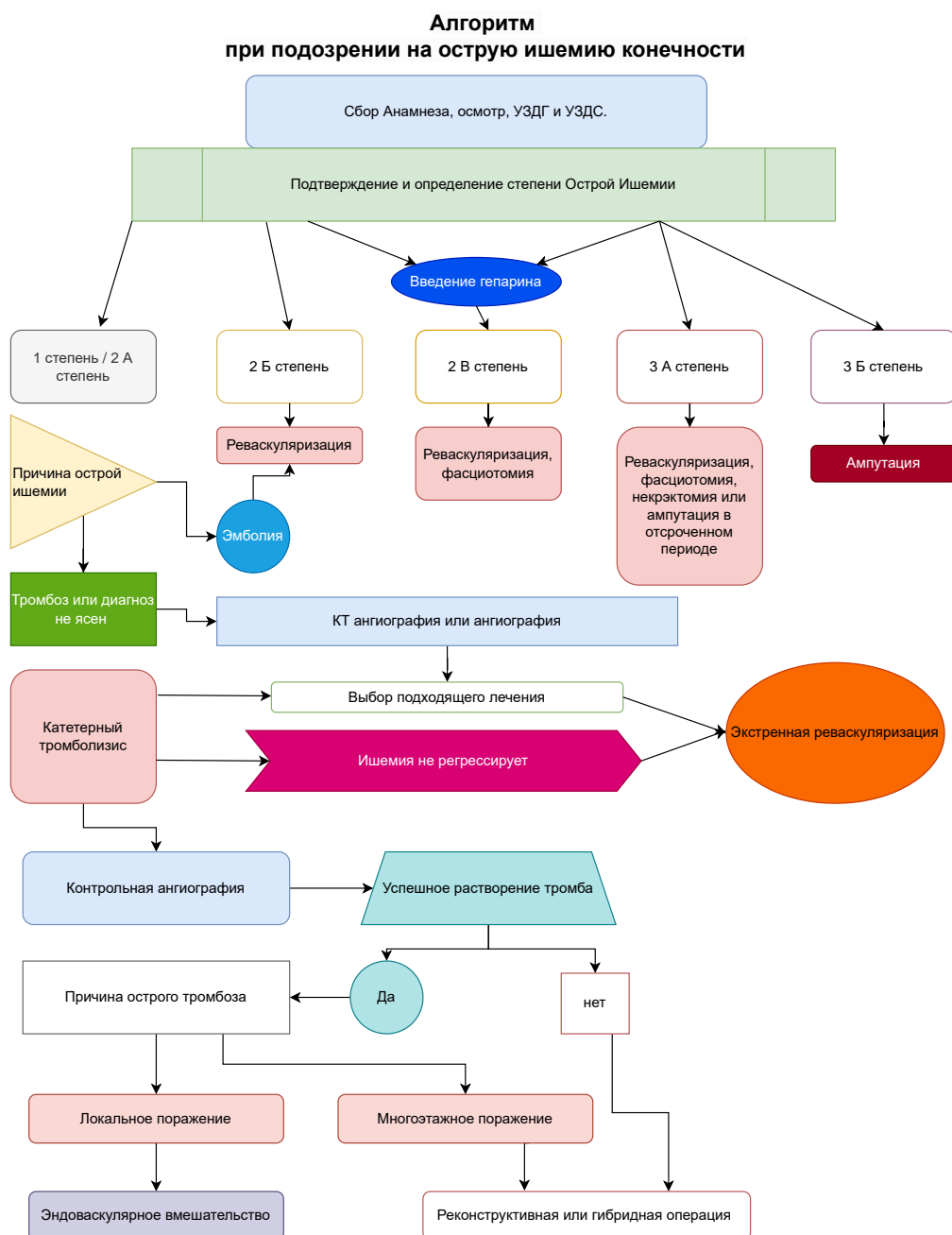


Рисунок 3. Алгоритм принятия решения при острой ишемии конечности приведен.

Ниже представлен алгоритм лечения острой ишемии конечностей согласно стратегии и классификации Резерфода (рис. 4), включая показания к ангиографии, эндоваскулярному и хирургическому лечению.

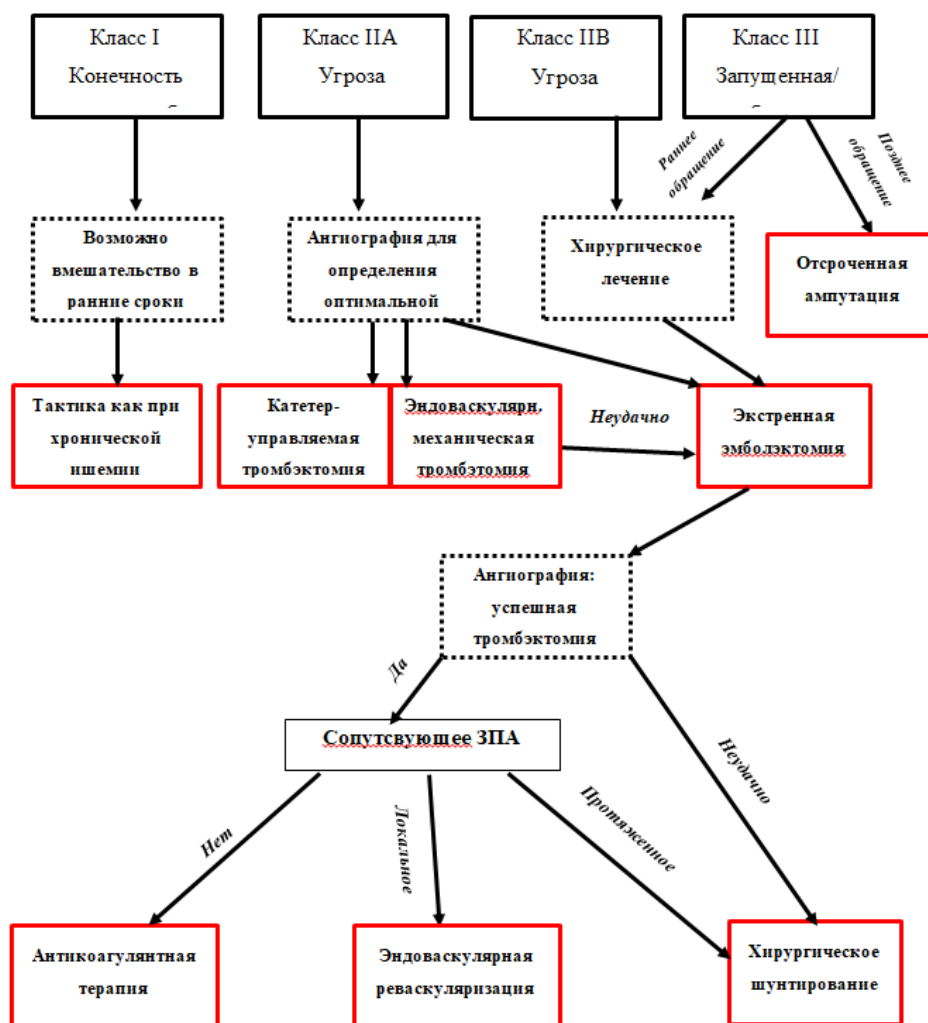


Рисунок 4. Алгоритм лечения острой ишемии конечностей согласно классификации Резерфорда [320].

Класс I ишемии не угрожает утратой конечности, и лечение может быть консервативным, особенно у малоподвижных пациентов — иногда симптомы исчезают после антикоагуляции. Тактика ведения аналогична IIА классу: быстрая реваскуляризация после срочной ангиографии, преимущественно эндоваскулярными методами (тромболизис, механическая тромбэктомия). Если они неэффективны, возможна открытая операция.

При ишемии IIВ класса единственным способом сохранения конечности является экстренная реваскуляризация. Наиболее предпочтительным методом считается открытая эмболэктомия, выполняемая через доступ к бедренным артериям, что позволяет проводить баллонный катетер как в аорту, так и в сосуды ниже колена. При эмболических окклюзиях возможна изолированная эмболэктомия, а при тромбозах может потребоваться шунтирование. Если кровоток в артериях стопы не восстановлен, необходима контрольная