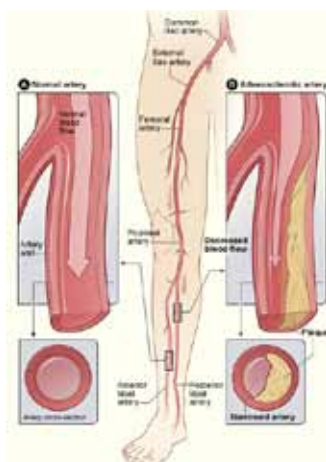


Хронична артериална недостатъчност на крайниците (ХАНК)

Какво е ХАНК и колко често се среща?



фиг. 1

ХАНК е стесняване или запушване на артериите на долните крайници, в резултат на което към мускулите на засегнатия крайник се доставя по-малко кислород, отколкото е необходимо. В около 90% от случаите е проява на атеросклероза. Друга причина е болестта на Бюргер. Мъжете боледуват по-често от жените, като честотата се увеличава с напредване на възрастта, особено след 70 години. Около 30% от болните стигат до критична исхемия, като при част от тях се налага ампутация на засегнатия крайник.

Кои са рисковите групи за ХАНК?

- ▀ Възраст под 50 години със захарен диабет (ЗД) и поне един рисков фактор (тютюнопушене, дислипидемия, повишено артериално налягане или хиперхомоцистеинемия)
- ▀ Възраст от 50 до 69 години и ЗД или тютюнопушене
- ▀ Възраст над 70 години
- ▀ Оплаквания от болки в мускулите на долните крайници при движение или исхемична болка в покой
- ▀ Известна атеросклеротична болест на коронарни, мозъчни или ренални артерии

Какви са проявите на ХАНК?



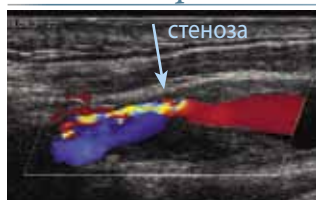
фиг. 2

Симптомите зависят от стадия на заболяването. В най-лекия стадий на заболяването се наблюдават нехарактерни симптоми – изтънена кожа на стъпалата, намаляване на окосмяването на крайника.

Симптоми на ХАНК са: повтарящи се оплаквания от умора, схващане и болка на мускулите на долните крайници, свързани с физическо натоварване и преминаващи в покой; промяна в цвета (блед) и понижаване на кожната температура на засегнатия крайник (фиг. 2); импотентност (при запушване на разклоненията на края на коремната аорта – т.нар. синдром на Лериш).

Предампутационното състояние се характеризира с трудно лечими ранички по стъпалото, постоянна болка в покой, засилваща се при заемане на хоризонтално положение на крайника и облекчаващо се в седнало, гангрена.

Какво да правим, ако имаме подобни оплаквания?

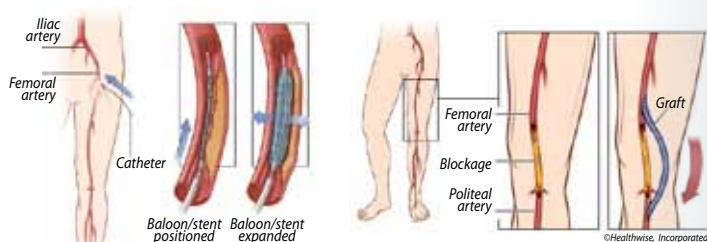


фиг. 3

При наличие на такива оплаквания трябва да отидете на преглед от специалист ангиолог или съдов хирург. Той ще ви попита за вашите оплаквания (фиг. 3), ще ви прегледа, ще ви направи доплерсонографско изследване, в резултат на което ще установи кои артерии са запушени и ще ви назначи подходящото лечение (медикаментозно, ендоваскуларно или оперативно). В случаите, когато се планира интервенция, се налага по-нататъшно уточняване с контрастно изследване – ангио-



фиг. 4



фиг. 5

фиг. 6

графия (фиг. 4). Съвременните рентгенологични методи са компютър-томографска ангиография и ядреномагнитна ангиография, които позволяват неинвазивно изобразяване на големите съдове чрез венозно инжектиране на контрастна материя и дават добра информация на съдовия хирург да вземе решение за най-подходящия за дадения пациент вид на лечението – ендоваскуларно (безкръвно, фиг. 5), хирургическо (байпас или тромбектомия, фиг. 6), или хибридно (комбинация от двата вида).

Проследяване

Пациентите с ХАНК трябва да променят своя начин на живот, за да се намалят рисковите фактори за атеросклероза (спиране на тютюнопушенето, лечение на повишеното кръвно налягане, кръвната захар, холестерола и триглицеридите, редовна физическа активност). Извършването на регулярно проследяване на пациентите с атеросклероза през 3 месеца от ангиолог или съдов хирург е изключително важно за цялостния лечебен процес.



Остра артериална исхемия на крайниците (ОАИК)

Какво представлява ОАИК?

ОАИК е резултат на внезапно спиране на артериалния кръвоток в тъканите, причинено от внезапно запушване на артерията (най-често от емболия или тромбоза) или много тежък артериален спазъм. Това причинява остро и значително намаляване на кръвоснабдяването на засегнатите тъкани и заплашва тяхната жизненост.

Кои са основните причини за ОАИК?



Артериалната емболия обикновено се причинява от сърдечно заболяване, при което има условия в сърдечните кухини да се образуват тромби, които могат да се откъснат.

Острата тромбоза е в резултат на тромбозирала артериална аневризма, ретромбоза на артериална реконструкция, съдова травма или компресия, аортна дисекция, повишена тромботична активност на кръвта в резултат на тромбофилия, кръвни заболявания или тумори. Най-честите причини за тежък вазоспазъм са кардиогенен или хиповолемичен шок.

Какви са проявите на ОАИК?

Основните клинични симптоми на ОАИК са внезапно появила се силна болка, липса на артериален пулс, бледа и студена кожа, нарушена чувствителност и парализа (при напредване на исхемията) в засегнатия крайник.

Какво да правим, ако имаме подобни оплаквания?

При наличие на оплаквания възможно най-бързо трябва да отидете на преглед от съдов хирург или ангиолог. **След 6-ия час от началото на оплакванията обикновено започват необратими промени на мускулите, които водят до ампутация на крайника.** По време на прегледа ще се направи еходоплерсонография за определяне на мястото на запушената артерия и причината за запушването. В определени случаи се налага по-нататъшно уточняване с контрастно изследване – ангиография. Съвременните неинвазивни рентгенологични методи, които се прилагат, са компютъртомографска ангиография и ядреномагнитна ангиография.



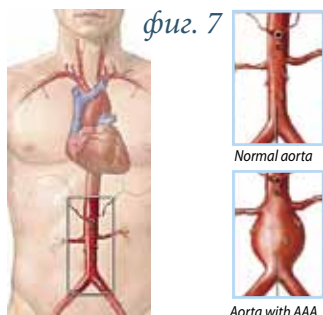
Основният терапевтичен метод при ОАИК е спешното оперативно лечение – тромбектомия на засегнатите артерии, а при тромбозирала артериална аневризма – байпас. При пациенти с необратими тъканни промени се извършва ампутация на засегнатия крайник като животоспасяваща процедура.

Проследяване

При пациентите с ОАИК трябва да се потърси болест, причиняваща запушване на артериите, и да се лекува основното заболяване. Препоръчва се извършването на регулярно проследяване на пациентите през 3-4 месеца от ангиолог или съдов хирург.

Аневризма на коремната аорта (AAA)

Какво е AAA?



фиг. 7



Normal aorta



Aorta with AAA

Разширяване на диаметъра на коремната аорта повече от 50% или диаметър над 3 см се нарича AAA и засяга между 2 и 8,8% от населението, като нараства с възрастта (фиг. 7). Мъжете боледуват 5 пъти по-често от жените.

Основните усложнения на AAA са:

■ Емболии и запушване на артериите на долните крайници от откъсаните се от пристенните тромби в аневризъмалния сак, които причиняват остра исхемия на крайника и могат да доведат до неговата ампутация при забавяне на лечението

■ Разкъсване на AAA, при която смъртността достига 95%.

Какви са проявите на AAA?

Повечето AAA не причиняват съществени оплаквания в продължение на години. При голяма част от пациентите се опипва пулсираща формация в коремната кухина. Наличието на болка в областта на AAA най-често е израз на бързо нарастване и заплашващо разкъсване. Диагнозата се поставя с ехографско изследване, с което се установяват видът, максималният диаметър и наличието на тромботични маси на AAA.

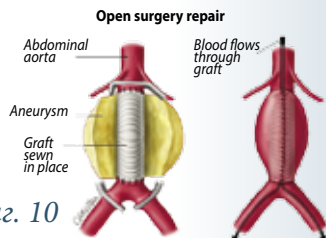
Какво да правим, ако има съмнение или е диагностицирана AAA?



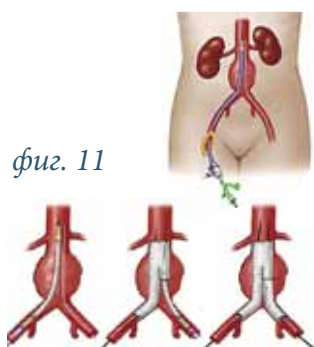
фиг. 8



фиг. 9



фиг. 10



фиг. 11

Най-добре е до отидете на преглед от ангиолог или съдов хирург, за да се препоръча подходящото поведение. Основният скринингов метод за диагностика и проследяване на AAA е еходоплерсонографията, която е неинвазивен и безвреден (фиг. 8). При предстояща интервенция се препоръчва извършването на компютъртомографска аортография (фиг. 9) или ядреномагнитна аортография, с които се определят отстоянието на AAA от бъбречните артерии, максималният диаметър и наличието на тромби в AAA.

Основното рутинно радикално лечение на AAA е оперативното – резекция (изрязване) на AAA и заместването ѝ със синтетична съдова протеза (фиг. 10). В последните години все повече се прилага и модерното минимално инвазивно лечение на AAA – вътресъдово поставяне на ендопротеза през малък разрез на бедрената артерия, без отваряне на корема (фиг. 11).

Проследяване

При пациентите с AAA и след проведена интервенция се препоръчва: ехографско или компютъртомографска аортография проследяване през 3-6 месеца, стойности на систолното артериално налягане под 120 мм живачен стълб и ограничаване на тежкия физически труд.

Артериални аневризми (АА)

Какво е АА?

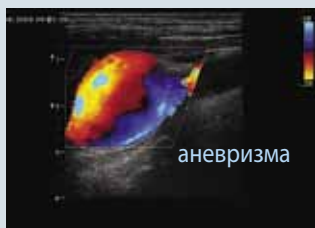
АА е ограничено разширяване на диаметъра на всички слоеве на артериалната стена с повече от 50% спрямо диаметъра на прилежащата непроменена артерия. Аневризмите обикновено са двустранни и засягат различни артерии, като най-чести са на задколянната артерия. Особена група на редки АА са аневризмите на мезентериалните (коремните) и бъбречните артерии.

Какви са проявите на АА?



В част от случаите, когато засегнатите артерии са разположени дълбоко между мускулите, АА могат да бъдат асимптомни и да не се диагностицират дълго време. АА се диагностицират случайно при образно изследване по повод хронична артериална недостатъчност на крайниците (ХАНК), при установяване на пулсиращо разширение в крайниците или клинични прояви на притискане на околните вени и нерви. Основните усложнения на АА са: периферната дистална емболизация от аневризмалния сак (малки тромби, които се откъсват от аневризмата и запушват края на артериите, в резултат на което пръстите посиняват и много болят), тромбоза на аневризмалния сак (запушване на разширението на артерията, което води до остра исхемия на крайника) или разкъсване на аневризмата (води до остра кръвозагуба, което е особено опасно при аневризми на коремните артерии).

Какво да правим, ако имаме подобни оплаквания?



фиг. 12

При подобни оплаквания или съмнение за АА трябва да бъдете прегледани от ангиолог или съдов хирург. С еходоплерсонография се диагностицират разширението на артерията, нейната големина, местоположение и наличието на тромби в сака (фиг. 12). Преди оперативната намеса се извършва компютъртомографска ангиография или ядреномагнитна ангиография, които позволяват неинвазивно изобразяване на артериите преди и след аневризмата, наличието на колатерален (обходен) кръвоток, което е необходимо на съдовия хирург за планиране на най-подходящата интервенция.

Основното радикално лечение на АА е оперативното – байпас между здравите части на артерията със завързване на аневризмалния сак в двата края или неговото изрязване. Нов съвременен неинвазивен метод при някои аневризми (например на коремните артерии) е безкръвното изолиране на аневризмалния сак с покрит стент или стентграфт, като се запазва кръвотокът в съда

Проследяване

На пациентите се препоръчва клинично и доплерсонографско проследяване през 3-6 месеца от ангиолог или съдов хирург, което е изключително важно за цялостния лечебен процес.

Дълбока венозна тромбоза (ДВТ)

Какво е ДВТ?

Дълбоката венозна тромбоза (ДВТ) е медицински и социално значимо заболяване, при което се формира тромб в лумена на вена на дълбоката венозна система. Едно от сериозните усложнения е белодробният емболизъм (БТЕ), който причинява трайна инвалидизация или смърт. Честотата на ДВТ е висока и нараства с възрастта, като по-често са засегнати жените.

Кои са рисковите фактори за ДВТ?

Рисковите фактори за развитието на ДВТ са: продължително пътуване със самолет или рейс (т.нар. синдром на икономичната класа), строг режим на легло, след различни видове операции (ендопротезиране на стави, счупване на бедрена кост, неврохирургия, коремна хирургия), след травми, злокачествени заболявания, неврологични заболявания с парези и плегии, напреднала възраст, прием на контрацептивни медикаменти, затлъстяване, преживяна ДВТ, фамилна обремененост (тромбофилии), бременност и раждане.

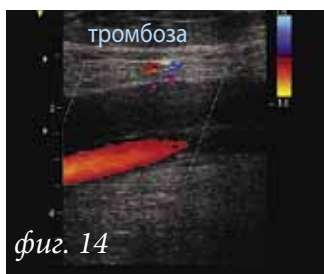
Кога да мислим за ДВТ на крайниците?



фиг. 13

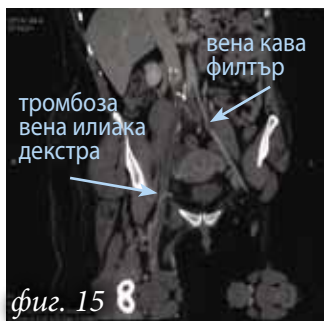
При новопоявили се: оток на целия крак или само на прасеца (фиг. 13); болка в крайника в покой и (или) при движение; болка при докосване над проекцията на тромбозиралата вена; изпъкване на повърхностни колатерални вени; повишена кожна температура; зачервяване на кожата. Тези признаци се установяват в 50% от случаите, останалите 50% са с нетипични или липсващи оплаквания.

Къде да отидем при подобни оплаквания?

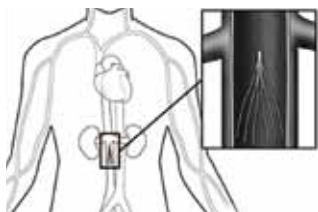


фиг. 14

При наличие на поне един рисков фактор и съмнение за ДВТ трябва да отидете на преглед от ангиолог или съдов хирург, за да се направи цветна компресионна доплерсонография (ЦКДС – фиг. 14) на вените на крайниците, който е основният метод за диагностика. С него се вижда съдовата стена и лумена на вената с тромба. При несигурни данни от ЦКДС може да се изследва и кръв за т.нар. Д-димер – продукти, получени при естественото разграждане на тромба от организма (неговата нормална стойност изключва ДВТ). Контрастната спирална компютърна флебография (фиг. 15) и ядреномагнитната флебография са неинвазивни рентгенологични методи, при които се инжектира контраст във вената и се изследва венозната система на човека. Методите са допълнителни към ЦКДС по отношение на диагностиката на венозни тромбози в долни и горни крайници и методи на избор при илиачни, субклавийни венозни тромбози и тромбоза на горна и долна празна вена.



фиг. 15 8



фиг. 16

При диагностиране на ДВТ се препоръчва постъпване в болница и лечение с хепарин (лекарство, което разрежда кръвта) и венотоници (лекарства, които укрепват венозната стена и намаляват отока и болката). Основният терапевтичен метод на ДВТ е консервативният, който се прилага под наблюдение на ангиолог или съдов хирург, за да се избегнат основните усложнения – БТЕ и постфлебитният синдром (трайно увреждане на вените на крайника, което води до постоянен оток и след време поява на варикозни рани). След преминаване на острия период лечението продължава в домашни условия дълго време с индиректен антикоагулант (например синтром – лекарство за разреждане на кръвта, което е на таблетки), венотоник и носене на еластични чорапи с определена компресия. При някои пациенти с ДВТ и противопоказани за лечение с антикоагулант или с повтарящи се БТЕ се поставя вена кава инфериор филтър – чадър в долна празна вена, който да улавя откъснатите се тромби от вената на долния крайник, за да не отиде в белия дроб (БТЕ, фиг. 16).

Проследяване



На пациентите с ДВТ се препоръчват ежемесечен контрол на INR (кръвно изследване, което показва степента на разреждане на кръвта) и клинично и цветно доплерсонографско проследяване на първия и третия месец и след това през 3 месеца от ангиолог или съдов хирург, което е изключително важно за цялостния лечебен процес.

Варикозни вени (варици)

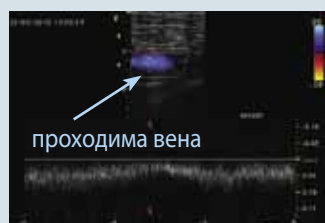
Какво представляват варикозните вени?



фиг. 17

Варикозните вени се характеризират с различна по степен и торбовидна форма на разширяване, изтънени стени и изразена нагънатост на повърхностните вени на крайниците, които изпъкват над кожата (фиг. 17). Най-често варикозните промени засягат основните магистрални подкожни вени – голямата (в.сафена магна) и малката (в.сафена парва) и техните клонове. Дилатираните подкожни малки вени се наричат телеангиектазии и са особен вид миниатюрни разширени вени. Разширените вени се наблюдават в около 30% от населението под 50 години и около 60-70% при хората над 50 години, като при жените болестта се среща много по-често. Продължителното стоене неподвижно в изправено положение, затлъстяването, наследствеността, бременностите и ражданията при жените са основните фактори, които водят до напредване на разширените вени. Варикозната болест е хронично прогресиращо заболяване.

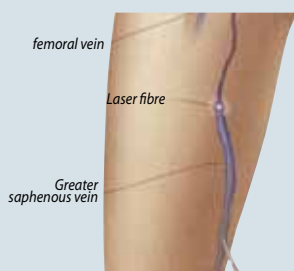
Какво причиняват варикозните вени?



фиг. 18

Основните оплаквания на пациентите са тежест и умора на подбедриците и поява на оток около глезена предимно вечер, засилващи се при продължително стоене прав или седене. С годините състоянието се влошава, появява се тъмно оцветяване и промяна в кожата на подбедрицата, лесно кървене на вариците при лек допир и в около 3% – поява на т.нар. варикозни рани. Тези оплаквания влошават качеството на живот на пациентите и затрудняват изпълнението на дневните задължения. Важно усложнение на варикозните вени е повърхностният тромбофлебит, при който има риск за дълбока венозна тромбоза и/или белодробен тромбоемболизъм (фиг. 18).

Какво да правим, ако сме с разширени вени?



фиг. 19

Посещението при ангиолог или съдов хирург е изключително важно за вас, защото ще се установи тежестта на заболяването ви и ще ви се препоръча най-подходящото за вас лечение. Според степента и вида на разширените вени лечението бива: консервативно (венотонични медикаменти, носенето на специални еластични чорапи с дозирана компресия, физически упражнения), склерозирание (в разширената вена се инжектира специално вещество, което я запушва) и оперативно (т.нар. стрипинг или новите, минимално инвазивни методи – ендовенозната лазерна аблация (фиг. 19) и ендовенозната радиочувствителна аблация). Може да се препоръча комбинация от тези методи.

Проследяване

На пациентите с варикозна болест се препоръчват 3-4 пъти в годината регулярни прегледи от ангиолог или съдов хирург.

Повърхностен тромбофлебит

Какво е повърхностен тромбофлебит?

Повърхностният тромбофлебит или варикофлебит е възпалителна реакция на венозната стена на повърхностната вена с образуване на тромб (фиг. 20), който може да се усложни със запушване на дълбоката вена (фиг. 21) и/или белодробен тромбоемболизъм (БТЕ).



фиг. 20



фиг. 21

Кога да мислим за повърхностен тромбофлебит?

Ако повърхностна разширена вена е оточна и зачервена, уплътнена като връв и има болка при докосване по хода ѝ, най-вероятно се касае за повърхностен тромбофлебит.

Какво да правим?

При съмнение за повърхностен тромбофлебит е най-добре да бъдете прегледани от ангиолог или съдов хирург. Той ще ви направи цветна доплерова сонография, което е основният диагностичен метод, и ще ви препоръча най-подходящата за вас терапия.

Основното лечение на повърхностния тромбофлебит е консервативно. Оперативно лечение се препоръчва, когато тромбозата обхваща горната част на бедрото и/или прониква в бедрената вена. Тогава има риск да се откъсне тромб и да се усложни с БТЕ.



Лимфедем на крайниците

Какво представлява лимфедемът на крайниците?



фиг. 22

Лимфедемът на крайниците представлява прогресивно нарастващ оток на кожата и подкожната тъкан, в резултат на голямо несъответствие между количеството лимфа и възможностите за транспортирането ѝ. Това се дължи на недостатъчност на лимфните пътища, която може да бъде резултат на вродено (първичен лимфедем) или придобито (вторичен лимфедем) състояние. Първичният лимфедем се причинява от вродено нарушение в развитието на лимфните пътища и може да се появи в различна възраст. Среща се по-рядко. Вторичният лимфедем се среща често в практиката. Той се дължи на хирургическо лечение (тотално хирургическо отстраняване на млечната жлеза и околните лимфни възли или голяма операция с отстраняване на лимфни възли в малкия таз) с последваща лъчетерапия или на хронични възпаления на лимфните пътища. Повтарящите се стрептококови кожни инфекции – еризипел (червен вятър, който се лекува от кожен лекар) също водят до вторичен лимфедем на засегнатия крайник.

Кога да мислим за лимфедем на крайниците?



фиг. 23

Пациентите съобщават за бавно напредващ оток, започващ от пръстите, стъпалата или китките и разпространяващ се нагоре, увеличава се след продължително стоене или седене и леко намалява сутрин. Лимфният оток не боли, той е по-плътен, няма промяна в цвета и температурата на кожата, но се усеща тежест в засегнатия крайник (фиг. 22,23). Много често тези оплаквания започват различно дълъг период след операция на гърдата или в малкия таз или повтарящи се кожни инфекции.

Какво да правим при лимфедем на крайниците?

фиг. 24



Ако не се започне адекватно лечение, болестта прогресира и може да се стигне до образуване на рани с изтичане на течност (лимфорей) и огромни отоци, които нарушават движенията на крайника. Препоръчва се преглед при ангиолог или съдов хирург, който ще ви предложи терапевтична програма. Лечението на лимфедема е комплексно и включва екип от ангиолог, съдов хирург, физиотерапевт и кинезитерапевт. Основната терапия е консервативна, която включва двигателен режим, ежедневно носене на специален еластичен чорап (ръкав) с дозирана компресия (фиг. 24); редовен прием на лекарства, намаляващи лимфния оток; специален масаж тип лимфен дренаж (мануален или с пневматичен апарат – фиг. 25). Оперативното лечение се прилага рядко.

Проследяване



фиг. 25

На пациентите с лимфедем на крайника се препоръчва 3-4 пъти в годината преглед при ангиолог или съдов хирург, което е изключително важно за лечебния процес.



телефони за записване:

02/403 4918

спешен телефон

02/403 4150



Токуда Болница София

www.tokudabolnica.bg

София 1407, кв. „Лозенец“, бул. „Н.Й. Вапцаров“ 51Б



Нашите водещи лекари



Доц. д-р Васил Червенков, д.м.

началник Клиника „Съдова хирургия и ангиология“

Завършил е медицина през 1987 г. в МУ – София. Веднага след това започва работа по разпределение за 1 година в хирургично отделение в Силистра. От 1988 г. е асистент в УНБАЛ „Св. Екатерина“ в клиниката по „Съдова хирургия“. През 1992 г. покрива изисквания за клиничен достъп в Съединените щати и е сертифициран от ECFMG. Година по-късно покрива критериите на FLEX. След присъждане на специалност по „Обща хирургия“ в България продължава клинична специализация по „Кардиоторакална и съдова хирургия“ в Carolinas Medical Center, Charlotte, NC под ръководството на проф. Франсис Робичек от 07.1995 до 06.1998 г. През 1999 г. му е присъдена специалност по „Съдова хирургия“, след което 2001 – 2002 г. специализира „Ендovasкуларно лечение на периферни съдови заболявания“ в същия център в САЩ.

След завръщането си в България защитава дисертационен труд в областта на хирургичното лечение на запушванията на подбедрените артерии и му е присъдена научно-образователната степен „Доктор по медицина“. Има редица публикации в българския и чуждестранния печат, както и участия в международни медицински форуми. Редовен член е на Европейското дружество по съдова и ендovasкуларна хирургия. Преди постъпването си в МБАЛ „Токуда Болница София“ е главен асистент в клиника по „Съдова хирургия“ в УНБАЛ „Св. Екатерина“.



Доц. д-р Милена Станева, д.м.

кардиолог и ангиолог

Завършила е медицина през 1992 г. в МУ-София. Придобива специалност „Вътрешни болести“ през 1997 г. Втората ѝ специалност е „Кардиология“ е призната през 2005 г., а третата – „Ангиология“ през май 2011 г. Има призната квалификация за високоспециализирана дейност „Правоспособност по ултразвукова съдова диагностика“. Доц. Станева има редица публикации в националния и световния научен печат, участия в международни медицински форуми. Завежда Сектор по ултразвукова съдова диагностика и ангиология. През 1997 г. за пръв път в България д-р Станева осъществява транскраниалното доплерсонграфско мониториране на мозъчния кръвоток по време на сърдечна операция, а през 2003 г. въвежда метода за ултразвуково определяне на ендотелната функция на периферна артерия. В началото на 2006 г. създава и въвежда в практиката ехографски протокол за изследване и подбор на болни със сърдечна недостатъчност, показани за ресинхронизираща терапия и проследяване на терапевтичния ефект.

нага след завършването си започва работа в УНСБАЛ „Света Екатерина“, където има 14-годишен опит. 1 година е бил част от кардиохирургичния екип на болницата, а следващите 13 работи в „Съдова хирургия“. В отделението по „Съдова хирургия“ на МБАЛ „Токуда Болница София“ е от самото начало. Участвал е в множество научни конгреси у нас и в чужбина. В момента пише дисертация на тема „Усложнения ТЕА на каротидни артерии“.



Д-р Димитър

Марков

съдов хирург

Завършил е медицина през 1992 г. в МУ-София. Има две специалности „Обща хирургия“ и „Съдова хирургия“. Веднага след завършването си започва работа в

УНСБАЛ „Света Екатерина“, където има 14-годишен опит. 1 година е бил част от кардиохирургичния екип на болницата, а следващите 13 работи в „Съдова хирургия“. В отделението по „Съдова хирургия“ на МБАЛ „Токуда Болница София“ е от самото начало. Участвал е в множество научни конгреси у нас и в чужбина. В момента пише дисертация на тема „Усложнения ТЕА на каротидни артерии“.



Токуда Болница
София

информация за пациента



Най-честите СЪДОВИ заболявания

КЛИНИКА ПО СЪДОВА ХИРУРГИЯ И АНГИОЛОГИЯ