

Синдром Лериша

Работу выполнила студентка МЛ-408

Смолянина Вера

История

- ▶ Р. Лериш в 1940 год выполнил первую поясничную симпатэктомию и резекцию тромбированной бифуркации брюшной аорты.
- ▶ С 1943 год по предложению Мореля (F. Morel) этот симптомокомплекс стал называться «синдром Лериша». У мужчин заболевание наблюдается в 10 раз чаще.

Определение.

- ▶ **Синдром Лериша** — совокупность клинических проявлений, обусловленных хронической окклюзией в области бифуркации брюшной части аорты и подвздошных артерий. Наиболее часто встречается у мужчин в возрасте 40—60 лет.



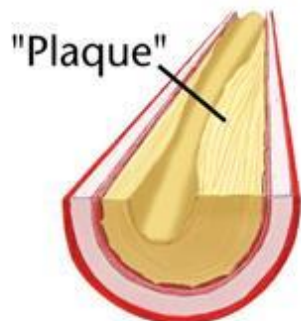
Этиология.

Этиология разнообразна. Наблюдаются:

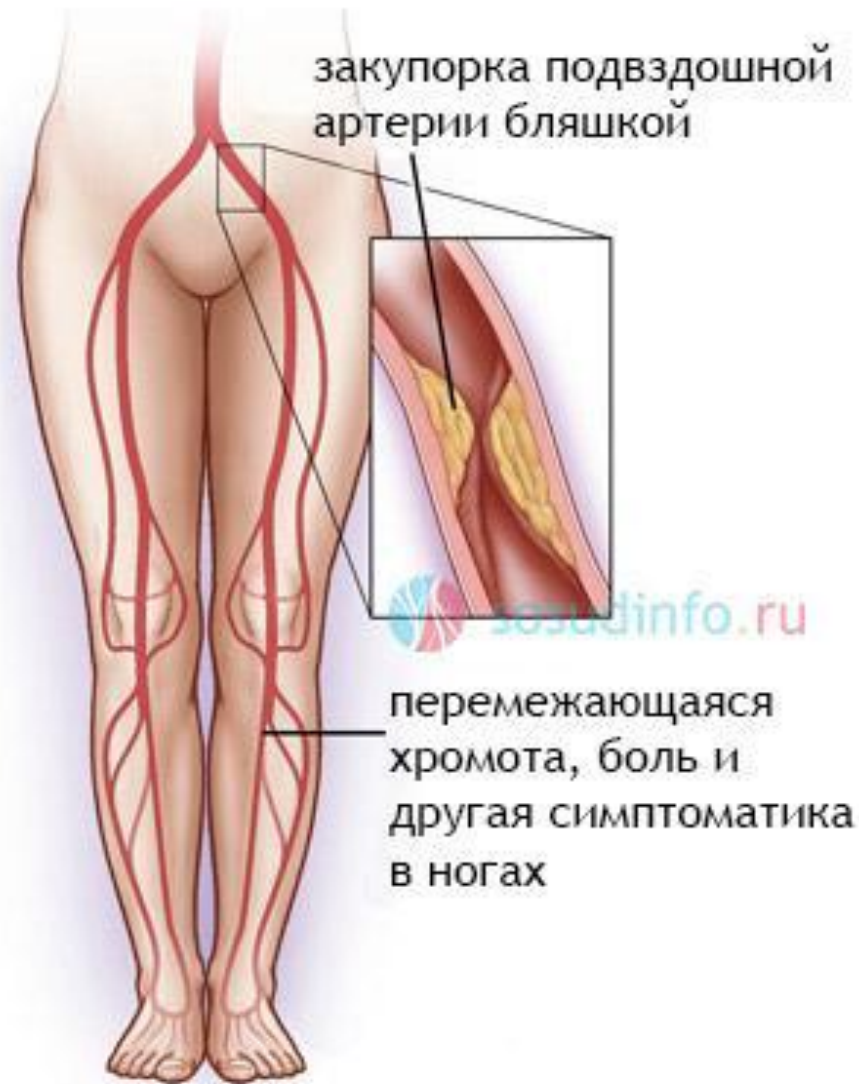
- ▶ **врожденные** окклюзии аортоподвздошного отдела сосудистого русла (относятся *гипоплазия аорты* и *фиброзно-мышечная дисплазия подвздошных артерий*);
- ▶ **приобретенные** окклюзии аортоподвздошного отдела сосудистого русла (наиболее часты *атеросклеротическое поражение* (88—94%), *неспецифический аортоартериит* (5—10%), значительно реже *постэмболический тромбоз* и др.)



Normal Artery



"Plaque"
Build up of fatty substances in the wall of the artery



закупорка подвздошной
артерии бляшкой

перемежающаяся
хромота, боль и
другая симптоматика
в ногах

 sosudinfo.ru

Патогенез

нарушения кровообращения обусловлен:

- ✓ степенью и
- ✓ протяженностью окклюзии аорты и подвздошных артерий,
- ✓ резким уменьшением объема кровотока в органы таза и нижние конечности.

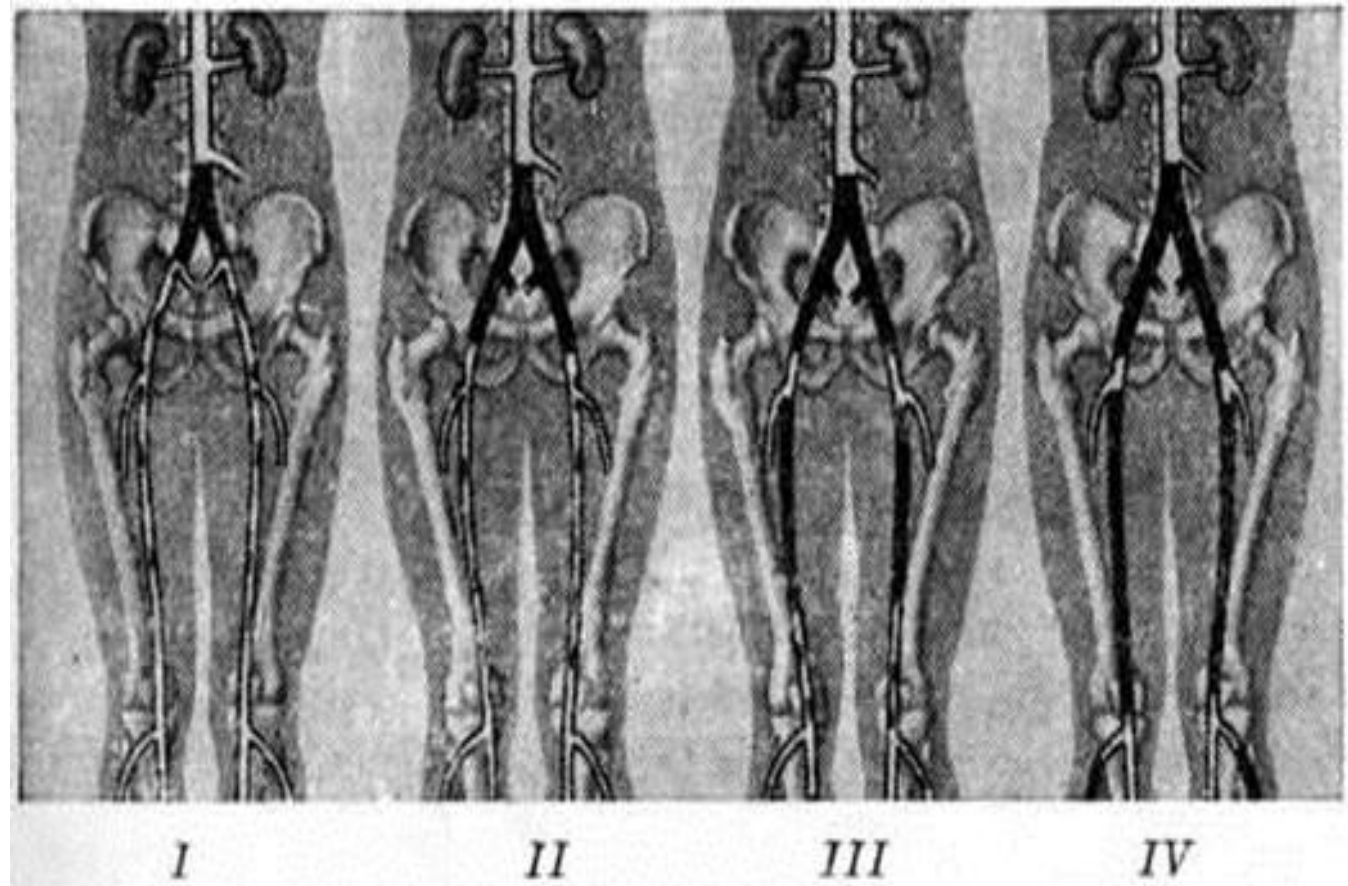
На первых этапах заболевания ишемия возникает во время функциональной нагрузки, а при прогрессировании процесса — и в покое.

Ведущее проявление заболевания — снижение перфузионного давления в дистальном сосудистом русле и нарушение микроциркуляции, а затем и обменных процессов в тканях.

В компенсации нарушений гемодинамики большое значение имеет развитие коллатерального кровообращения

Схематическое изображение типов поражения брюшной аорты и артерий нижних конечностей, приводящих к синдрому Лериша:

- ▶ I тип — поражение бифуркации аорты и общих подвздошных артерий;
 - ▶ II тип — поражение аорты, общих и наружных подвздошных артерий;
 - ▶ III тип — поражение аорты, общих, наружных подвздошных и поверхностных бедренных артерий;
 - ▶ IV тип — поражение аорты, общих и наружных подвздошных, поверхностных бедренных артерий и артерий голени;
- черным цветом указаны места окклюзии или стеноза артерий.



Клиническая картина.

зависит от протяженности поражения и степени развития коллатерального кровообращения.

По классификации А.В. Покровского (1979) различают 4 степени ишемии:

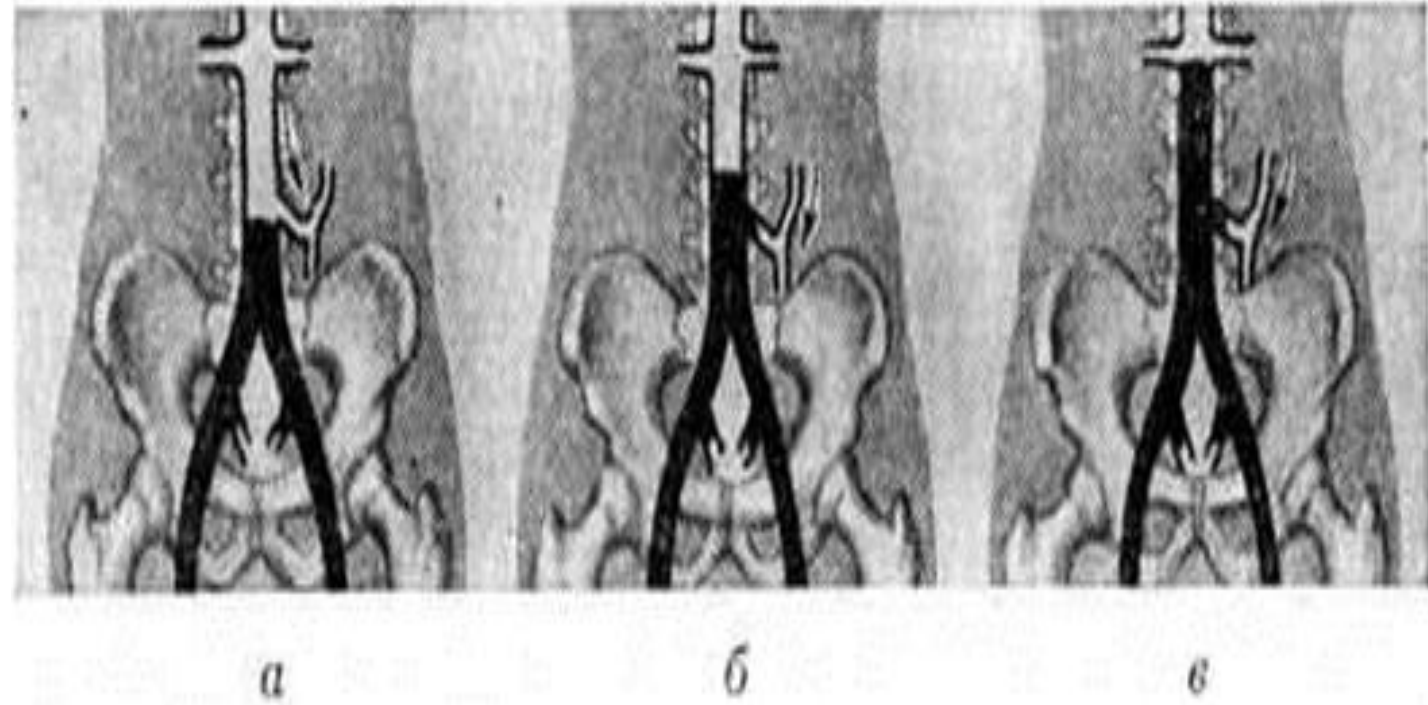
- ❖ I — начальные проявления;
- ❖ IIА — появление перемежающейся хромоты через 200–500 м ходьбы;
IIБ — появление перемежающейся хромоты менее чем через 200 м ходьбы;
- ❖ III — боли менее чем через 25 м ходьбы или в покое;
- ❖ IV — наличие язвенно-некротических изменений.

Развитие синдрома происходит в 4 стадии:

- **Первая стадия** характеризуется болевыми ощущениями в ногах при преодолении длинных дистанций – более 1-2 километров. При этом в состоянии покоя и после пеших переходов ощущается похолодание стоп.
- **Вторая стадия** уже знаменуется болезненными ощущениями и при перемещении на расстояния менее километра.
- Ключевым расстоянием можно считать 200 метров – если это расстояние больному не под силу – значит, заболевание выходит на **третью стадию**, когда боли возникают даже тогда, когда человек никуда не идёт, а стоит или даже сидит.
- На последней, **четвёртой стадии** развития синдрома Лериша, помимо собственно болей в ногах, появляются язвы, некротические очаги и другие трофические расстройства тканей. Может развиваться гангрена. Изредка появляется синяя сыпь на пальцах ног. При нажатии сыпь очень болезненна.

Схематическое изображение вариантов окклюзии брюшной аорты, приводящих к синдрому Лериша

- ▶ а — *низкая окклюзия аорты* (А) — дистальнее нижней брыжеечной артерии;
- ▶ б — *средняя окклюзия аорты* (Б) — проксимальнее нижней брыжеечной артерии;
- ▶ в — *высокая окклюзия аорты* (В) — сразу дистальнее почечных артерий;
- ▶ черным цветом показан облитерированный сегмент аорты и подвздошных артерий; стрелкой указано направление кровотока по нижней брыжеечной артерии.



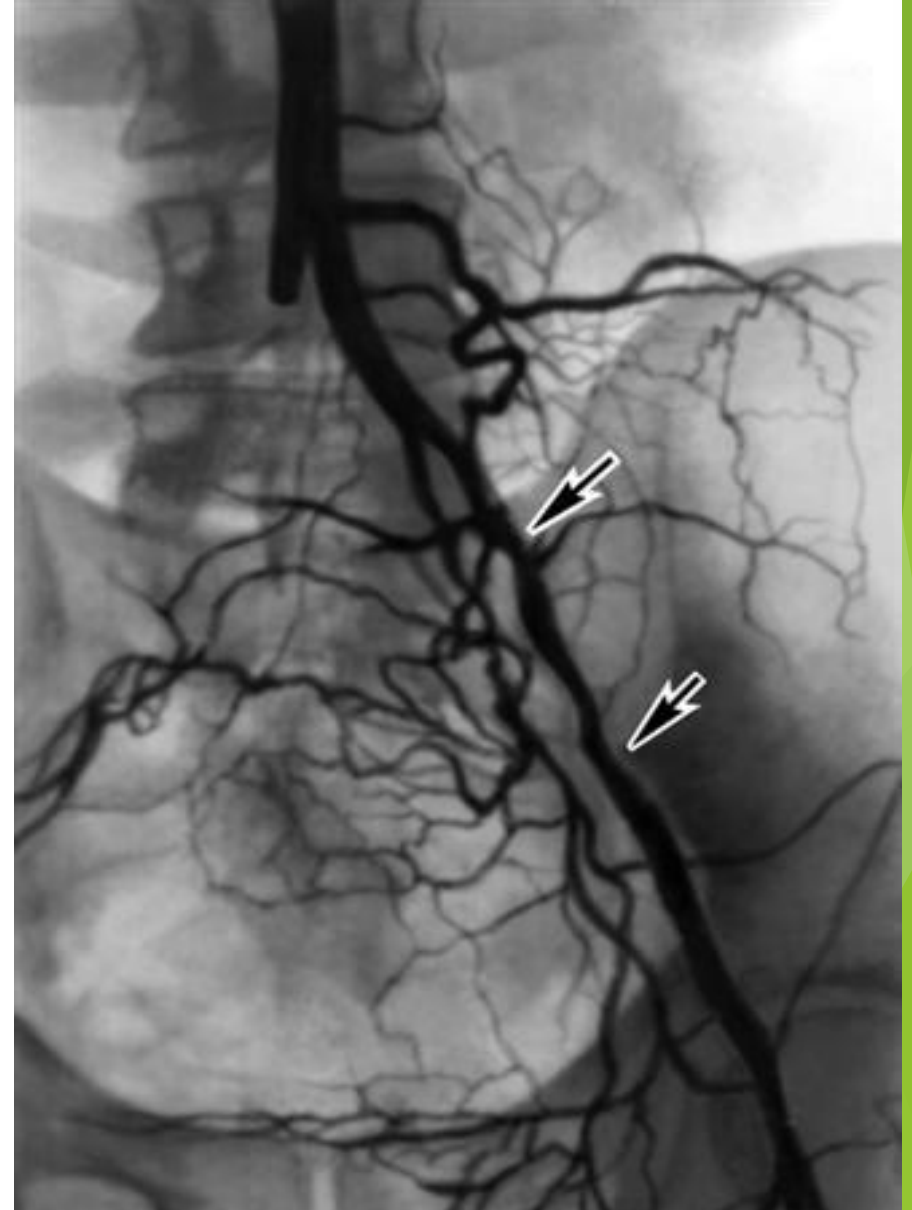


Ноги больного с синдромом Лериша

- 1) бледность кожи нижних конечностей;
- 2) выпадение волос;
- 3) гиперкератоз.

Аортограмма больного с синдромом Лериша, обусловленном атеросклеротическим поражением бифуркации аорты и общих подвздошных артерий:

окклюзия правой общей подвздошной артерии, участки стенозирования левой наружной подвздошной артерии указаны стрелками



Диагностика

Диагноз в большинстве случаев устанавливают на основании :

✓ Осмотра

изменение окраски кожи нижних конечностей, гипотрофия мышц, снижение кожной температуры. При IV степени ишемии появляются язвы и очаги некроза в области пальцев и стоп.

✓ **Пальпации**

отсутствует пульсация бедренной артерии. В случаях окклюзии брюшной части аорты не определяется ее пульсация на уровне пупка.

✓ **Аускультации**

выслушивается систолический шум над бедренной артерией в паховом сгибе, по ходу подвздошной артерии с одной или с обеих сторон и над брюшной частью аорты. Отсутствие пульсации артерий конечности и систолический шум над сосудами являются основными признаками синдрома Лериша. На нижних конечностях АД аускультативно не определяется.

✓ Инструментального исследования

- ▶ Ультразвуковой флуометрии, реовазографии, плетизмографии, сфигмографии – оценивают снижение и запаздывание магистрального кровотока по артериям нижних конечностей.
- ▶ Определение кровотока по клиренсу ^{133}Xe еление мышечного выявляет его снижение, особенно резко при пробе с физической нагрузкой.
- ▶ Ультразвуковая доплерография позволяет оценить характер кровотока по бедренным и подколенным артериям

КТ брюшной полости при синдроме Лериша



Лечение

- ▶ При наличии ишемии нижних конечностей I—IIА степени лечение консервативное.

Применяются

1. ганглиоблокирующие препараты (мидокалм, булатол, васкулат),
2. холинолитические (падутин, андекалин, прискол, вазоластин), сосудорасширяющие препараты (папаверин, но-шпа, никошпан, компламян).

Препараты назначают курсами в течение 1—3 мес.

Для улучшения микроциркуляции проводят лечение

- ▶ реополиглюкином (внутривенно до 800 мл через день, 5—10 вливаний),
- ▶ назначают курантил, ацетилсалициловую кислоту.
- ▶ Применяют гипербарическую оксигенацию (Гипербарическая оксигенация), токи Бернара на поясничную область и на нижнюю конечность, курсами по 6—10 процедур.

► При ишемии сосудов конечностей IIБ, III и IV степени.

Реконструктивная операция на сосудах является. При оперативном лечении Л.с. используют в основном два вида операции: резекцию сосудов с протезированием и шунтирование. Резекцию аорты выполняют при ее окклюзиях и резком стенозе, шунтирование — чаще при сохранении проходимости подвздошных артерий

Противопоказания :

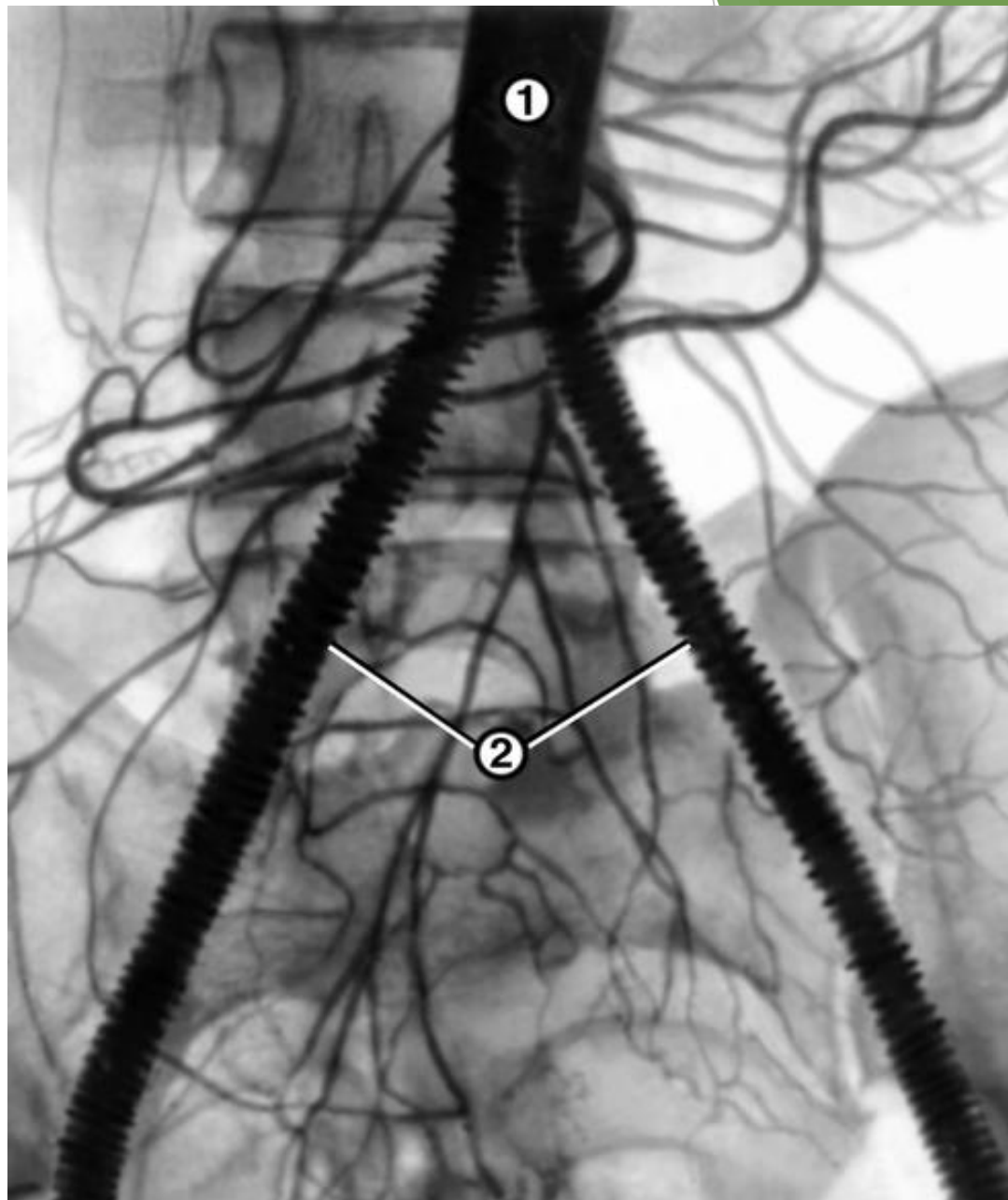
- *полная непроходимость артерий голени и бедренных артерий по данным ангиографического исследования,*
- *инфаркт миокарда, инсульт в сроки до 3 мес.,*
- *сердечная недостаточность III стадии,*
- *цирроз печени,*
- *почечная недостаточность.*

Аортограмма больного с синдромом Лериша

после резекции
брюшной части аорты с
бифуркационным
протезированием

1 — аорта;

2 — сосудистый протез,
идуший от аорты к
глубоким артериям
бедер.



Объёмные сфигмограммы сосудов нижних конечностей при синдроме Лериша:

- ▶ а — **до операции** регистрируется значительное снижение амплитуды кривой и её коллатеральный характер на всех уровнях нижних конечностей;
- ▶ б — **после операции** — появление магистральной пульсации артерий нижних конечностей.

