

циентов локализуется в магистральных артериях среднего и мелкого калибра. Чаще это берцовые и подколенная артерии. Морфологические изменения при данном заболевании происходят преимущественно в мышечном слое (по типу миосклероза) и носят распространенный характер. При этом часто имеет место волнообразный характер течения болезни, а периоды обострения сменяют периоды ремиссии.

Важно отметить, что абсолютно доказанным научным фактом является крайне неблагоприятная связь развития облитерирующих заболеваний магистральных артерий с фактором курения табака. Вероятность их развития и стаж курильщика соотносятся друг с другом в геометрической прогрессии. Это обусловлено тем, что никотин резко активизирует апоптоз эндотелия и стимулирует развитие тромботических процессов.

Поражение артерий нижних конечностей является драматическим заболеванием, так как обездвиживает и обезноживает пациентов.

Наиболее употребительна классификация ишемии Фонтена – Покровского, в основу которой положен базовый клинический симптом перемежающейся хромоты: 1 степень – перемежающаяся хромота возникает при ходьбе на дистанцию около 1000 м, 2 степень – 200 м (2А степень до 200 м и 2Б – более 200 м), 3 степень – 25 м или наличие болей в состоянии покоя, 4 степень – наличие трофических (некротических) осложнений. Наличие у пациентов 3 и 4 степеней ишемии выделяют отдельно под названием "критическая ишемия нижних конечностей". Объективным ее критерием является снижение АД в конечности менее 50 мм.рт.ст. Применение данного понятия имеет тактические преимущества, так как требует проведения им интенсивной консервативной терапии и ставит показания к хирургическому лечению. В случае прогрессирования ишемии, несмотря на проводимое лечение, таким пациентам выполняют ампутацию по срочным показаниям.

Кроме того, выделяют два варианта локализации облитерирующего процесса в магистральных артериях **нижних конечностей**: проксимальный с локализацией в брюшной аорте и подвздошно-бедренном сегменте (синдром Лериша) и дистальный – с поражением подколенных и берцовых артерий. Первый преимущественно вызывается атеросклерозом, реже – аортоартериитом, второй – эндартериитом.

Заболевания **экстракраниальных артерий** также следует отнести к разряду драматичных, так как они ведут к ишемическому поражению мозга и развитию мозговых инсультов. Характерно, что чаще поражение артерий бывает сегментарным (бифуркация сонной артерии и начальный сегмент внутренней сонной, а дистальные отделы остаются проходимыми). Основной причиной страдания является атеросклероз, реже – неспецифический аортоартериит. На третьем месте по частоте стоит экстравазальная компрессия позвоночной артерии за счет сдавления ее передней лестничной мышцей или сужения в костном канале.

При окклюзии проксимального сегмента подключичной артерии развивается достаточно своеобразное поражение, так называемый, стил-синдром или синдром обкрадывания. Суть его заключается в том, что из-за возникающего