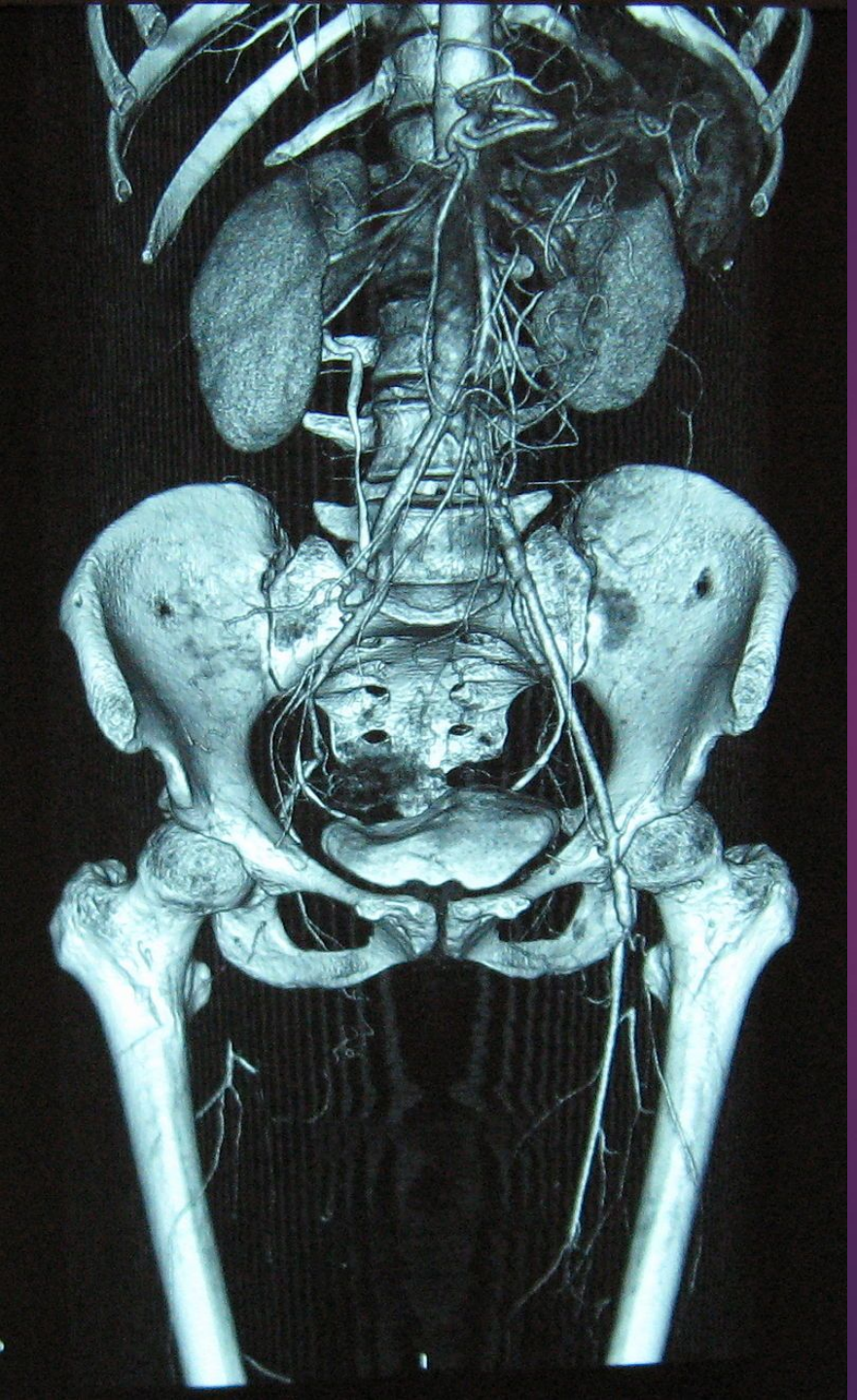
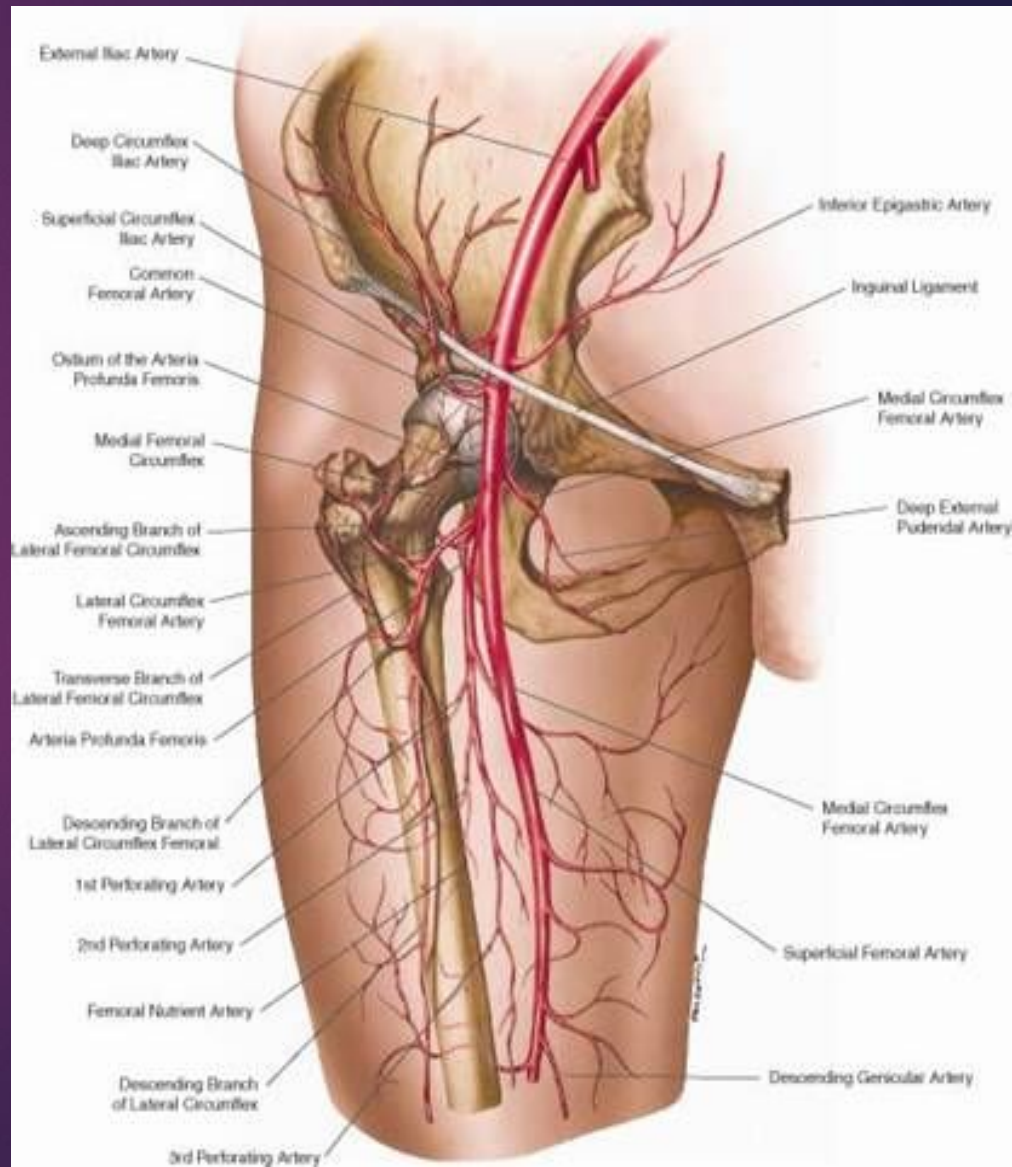


Облітеруючий ендартеріїт

ВИКОНАЛА:
СТУДЕНТКА 6 КУРСУ 20 ГРУПИ
МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №2
ЛИТВИНЧУК НАТАЛІЯ МИКОЛАЇВНА

Облітеруючий ендартеріїт (облітеруючий тромбангіїт, хвороба Бюргера)

Це системне імунопатологічні запальне захворювання артерій і вен неспецифічного генезу, переважно дрібного і середнього діаметра, з вторинними елементами аутоімунної агресії.



Етіопатогенез

Інфекційний фактор	Розвиток захворювання, схоже з сальмонельозний, стрептококової, вірусної, хламідійної і Риккетсіозних інфекцією.
Нейроендокринний фактор	Підвищена функція надниркових залоз сприяє гіперадреналінемія з розвитком спазму в системі мікроциркуляції.
Нейрогенний фактор	Органічні зміни в нервових стовбурах призводять до спастичної дистрофії, тромбоутворення і облітерації периферичних артерій.
Аутоімунний фактор	Вироблення аутоантитіл до ендотеліоцитів, колагену, еластину, ламінін з утворенням ЦВК і розвитком антифосфоліпідного синдрому.

Генетичний (спадковий) фактор	Найбільш часто ВІД зустрічається в Азіатському і Середземноморському регіонах з виявленням статистично достовірних асоціацій гаплотипов людських лейкоцитарних антигенів (HLA) I і II класів (ендемічність захворювання).
Тютюнопаління	Цитотоксичне вплив нікотину на ендотеліальні клітини і гипоксическое вплив карбоксигемоглобина на ендотеліоцити зі зменшенням вироблення вазоактивних пептидів і розвитком спазму, тромбозу і облітерації периферичних артерій.
Ліпопротеїновий фактор	Підвищений вміст ліпопротеїну (а) сприяє експресії внутрішньоклітинної адгезивной молекули 1 (ВАМ-1) в ендотеліоцитах з розвитком системного васкуліту і тромбоутворення.
Ушкоджуючі фактори	Травма, відмороження, алергічні реакції, хронічна інтоксикація миш'яком.

Клініка

Залежно від ступеня недостатності кровообігу ураженої кінцівки розрізняють чотири стадії облітеруючого ендартеріїту:

1 стадія (ішемічна) - стадія функціональної компенсації. Хворі відзначають мерзлякуватість, іноді поколювання і печіння в кінчиках пальців, підвищену стомлюваність і втому. При охолодженні кінцівки набувають бліде забарвлення, стають холодними на дотик.

При проходженні зі швидкістю 4 - 5 км / год відстань п
кульгавість. Вона полягає в тому, що хворий починає
гомілки або стопи, що змушують його зупинятися.

В патогенезі даного симптому має значення ряд фак
кровопостачання м'язів, порушення утилізації кисню, н
недоокислених продуктів обміну речовин.

Пульс на артеріях стоп в цій стадії ослаблений або н

2 стадія (трофічних розладів) ділиться на:

- **2А стадія** - кульгавість виникає при проходженні дистанції **понад 200 м і до 1000 м.**
- **2Б стадія** - кульгавість виникає при проходженні дистанції **менш 200 м**.

Шкіра стоп і гомілок втрачає притаманну їй еластичність, стає сухою, лущиться, на підошовної поверхні виявляється гіперкератоз. Сповільнюється ріст нігтів, вони товщають, стають ламкими, тьмяними, набуваючи тьмяну або бурого забарвлення. Порушується зростання волосся на ураженій кінцівці. Починає розвиватися атрофія підшкірної жирової клітковини і дрібних м'язів стопи. Пульс на артеріях стоп не визначається.

3 стадія (виразково-некротична):

- **3А стадія** - виникають болі в спокої, без ішемічного набряку.
- **3Б стадія** - біль виникає в спокої, з ішемічним набряком

(критична ішемія). Шкіра стає тонкою і легкотравматичною. Незначні травми внаслідок потертостей, забитих місць, стрижки нігтів призводять до утворення тріщин і поверхневих болючих виразок. Для полегшення болісних відчуттів хворі надають кінцівки вимушене положення, опускаючи її донизу. Прогресує атрофія м'язів гомілки і стопи.

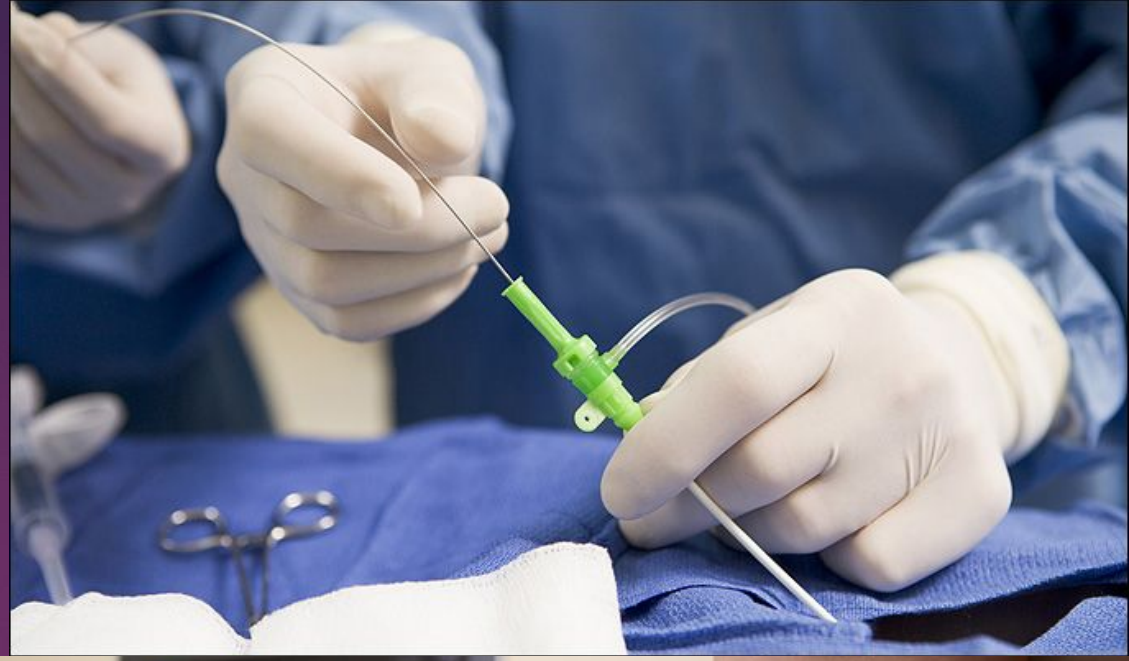
4 стадія (гангренозна):

4А стадія - наявність некротичних змін в пальцях стопи з перспективою збереження їх опорної функції.

4Б стадія - нежиттєздатність тканин стопи (гангрена), що вимагає високої ампутації. Відбуваються деструктивні зміни. Болі в пальцях стоп стають постійними, нестерпними. Утворені виразки зазвичай розташовуються в дистальних відділах кінцівок, частіше на пальцях. Краї і дно їх покриті брудно-сірим нальотом, грануляції відсутні, в колу є запальна інфільтрація. Гангрена протікає частіше за типом вологою. Працездатність хворих втрачена.

Діагностика

- Анамнез захворювання
- Клінічна картина
- Функціональні проби
- Ангіографія
- УЗ-Доплерографія
- Електротермографія
- Реовазографія
- Радіонуклідний метод
- Сцинтиграфія

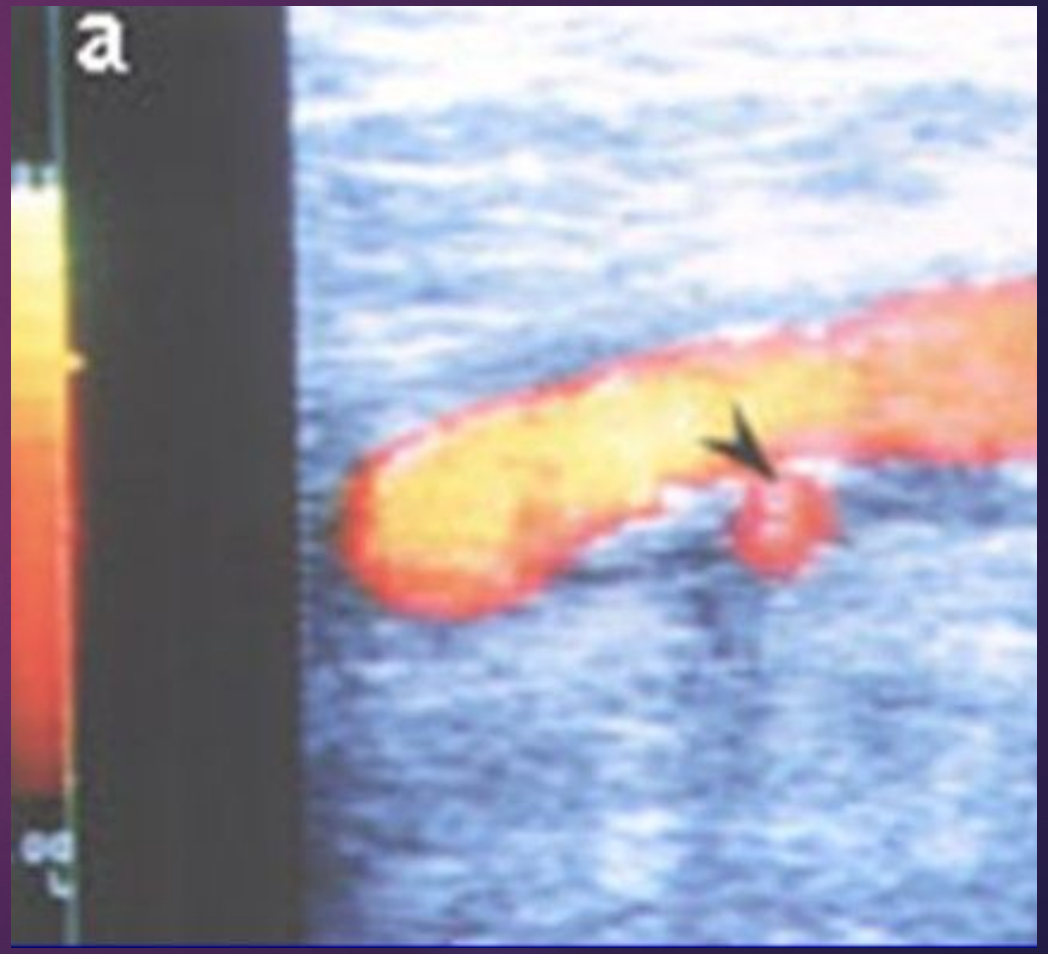


Функціональні проби, що свідчать про недостатність артеріального кровопостачання кінцівок

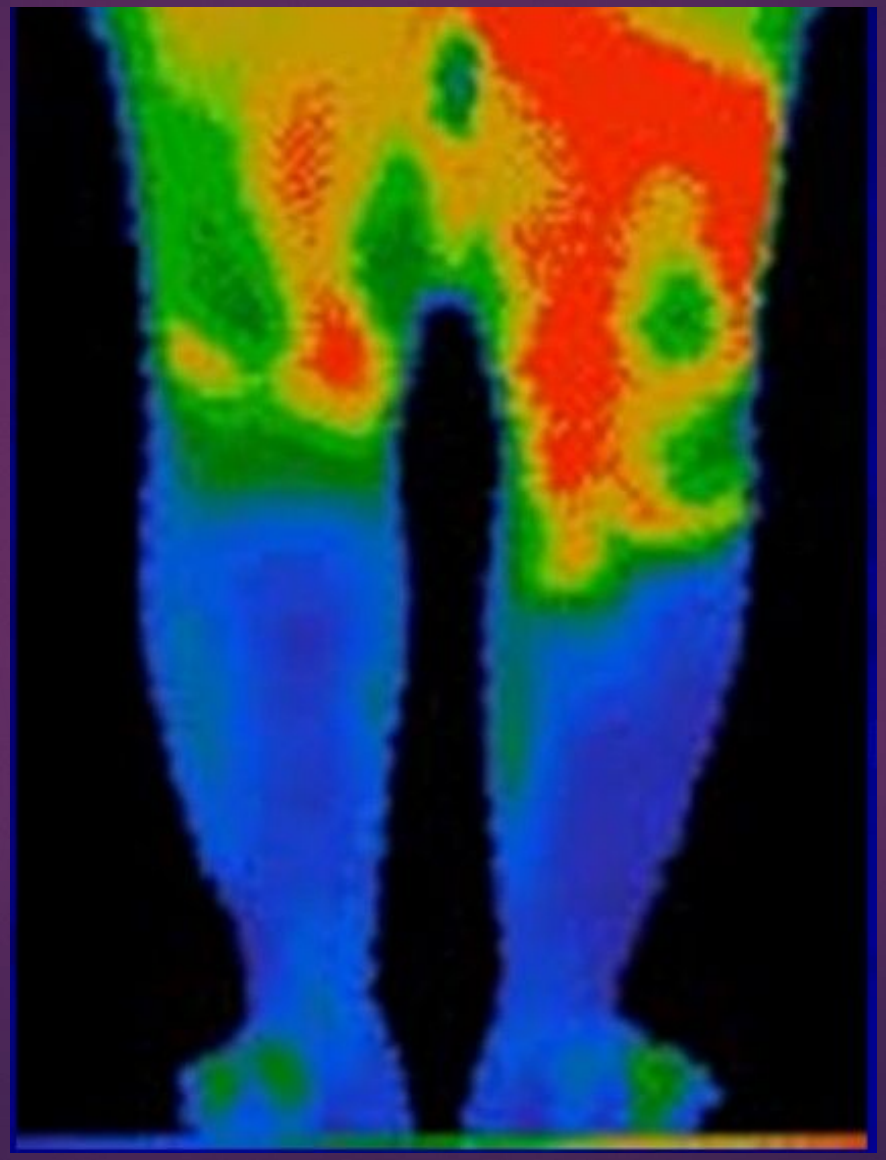
- Симптом плантарной ішемії опель - зблідненння підошви стопи ураженої кінцівки, піднятою вгору.
- Проба Гольдфлама - хворому в положенні лежачи на спині пропонують виконати згинання та розгинання в тазостегновому і колінному суглобах. При порушенні кровообігу хворий відчуває стомлюваність в кінцівки вже через 10 - 20 вправ.
- Проба Шамовой з накладанням манжети від апарату Ріва-Роччі на кінцівку.
- Колінний феномен Панченко - хворий сидячи, закинувши ногу на здорову ногу, незабаром починає відчувати болі в литкових м'язах, відчуття оніміння в стопі, відчуття повзання мурашок в кінчиках пальців ураженої кінцівки.
- Симптом Краківського - довго не зникає «біла пляма» після короткочасного здавлення пальця.

Ангіографія

Доплерографія



Сцинтиграфія



Консервативне лікування

1. Усунення факторів ризику
2. Боротьба з болем (спазмолітики, анальгетики, нейролептики, наркотики, блокади).
3. Корекція реологічних і коагуляційних властивостей крові.

А- реополіглюкін, сольові розчини, альбумін.

Б – трентал, курантил, аспірин, нікотинова кислота, антикоагулянти.

4. Розкриття колатералей (спазмолітики, блокада синаптичних гангліїв, фізіолікування, м'язові тренування).
5. Боротьба з аутосеісібілізацією (виключити переохолодження, преднізолон, плазмоферез).
6. Стимуляція метаболічної активності і утилізації кисню (вітаміни групи В, нікотинова кислота, оксібаротерапія).
7. Підвищення антиоксидантної активності крові.
8. Місцеве лікування трофічних розладів.
9. Дотримання гігієни праці, побуту, харчування.

ЛІКУВАННЯ МАЄ БУТИ довічне, БЕЗПЕРЕРВНИМ, КОМПЛЕКСНИМ

Хірургічне лікування

- Симпатектомія
- Шунтуючі операції
- Тромбінтімектомія
- Ампутація
- Балонна дилятація
- Стентування судини

Операції на симпатичній нервовій системі:

- Операція Діеца-Огнєва поперековий симпатектомія (Показана в II - III стадії, Ліквідує ангіоспазм, стимулює колатеральний кровообіг. Ефект може бути тимчасовим.
- Операція Лериша - періартеріальная симпатектомія - видалення адвентиции.

1. Реконструктивні операції на судинах (інтимтромбектомія, обхідне шунтування, протезування).

2. Операції на вегетативній нервовій системі:

а) операція Леріша: десимпатизація стегнової артерії (періартеріальна симпатектомія) - видалення покривного шару судини;

б) операція Дієца - поперекова симпатектомія - видалення 2-3 поперекових симпатичних вузлів (L2-L4) ;

в) операція Огнєва - грудна симпатектомія - видалення 2-3 грудних симпатичних вузлів справа (T2-T3);

г) стелектомія - видалення шийно-грудного (C7) (зірчастого) ганглія (застосовують рідко).

3. Операції на надниркових залозах:

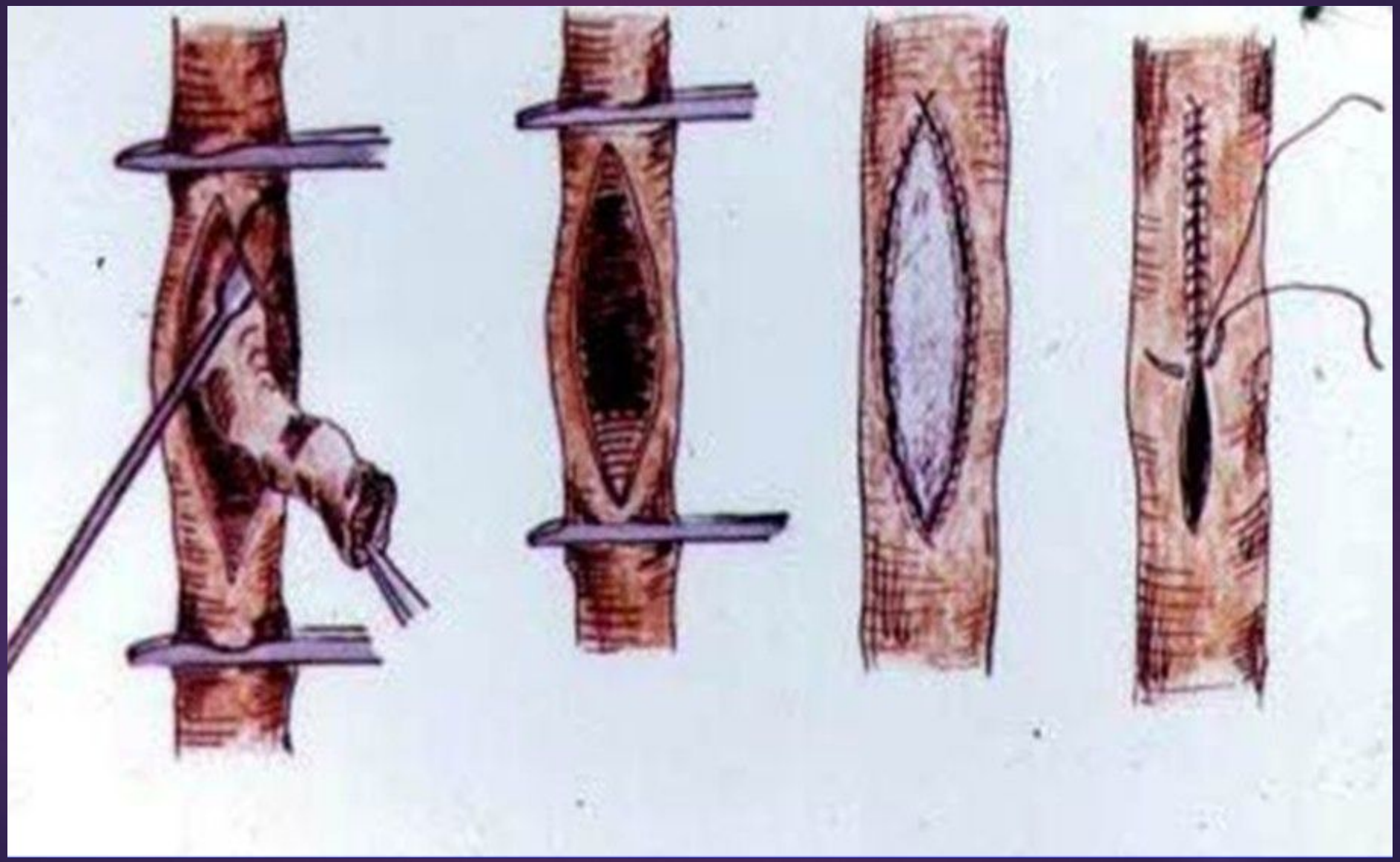
а) епінефректомія;

б) однобічна субтотальна резекція надниркових залоз;

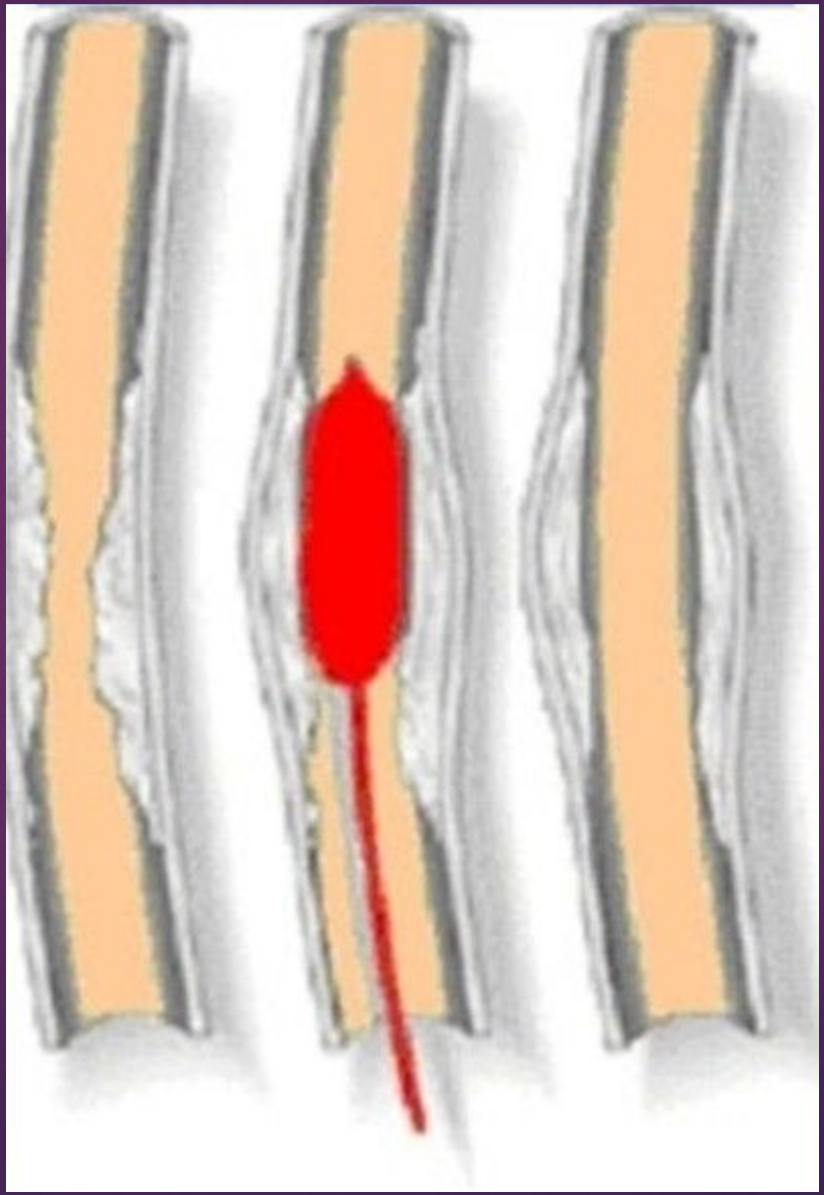
в) двобічна субтотальна резекція надниркових залоз;

г) склерозування мозкової речовини надниркових залоз і медулектомія.

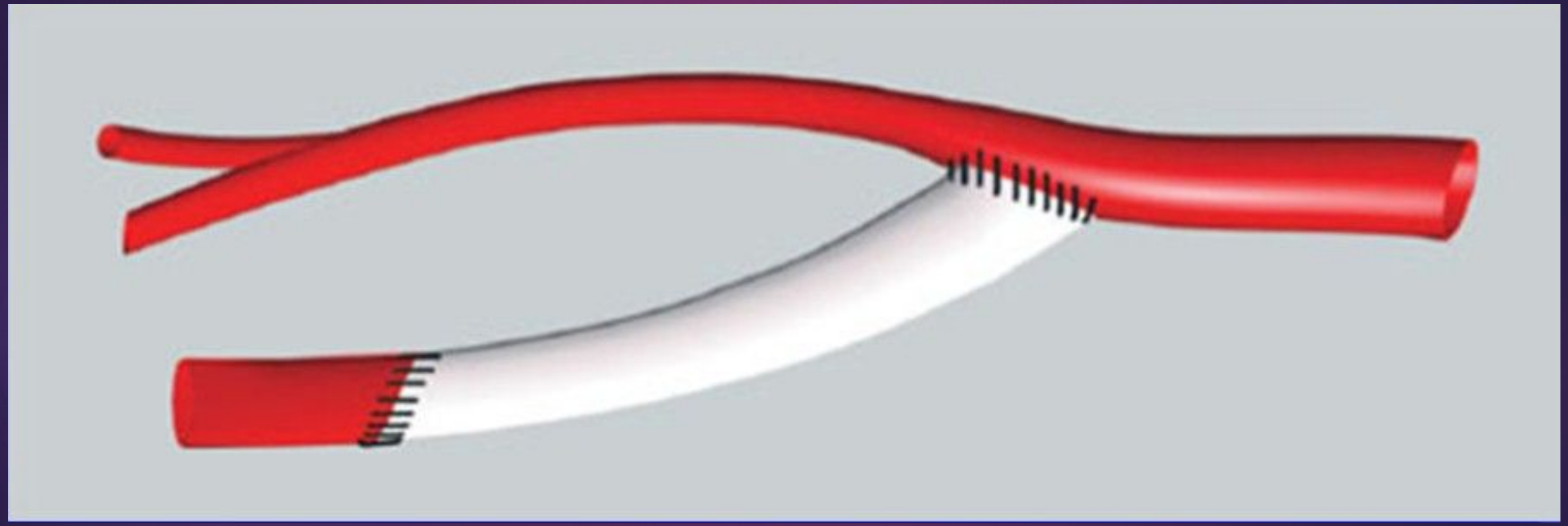
Тромбінтімектомія



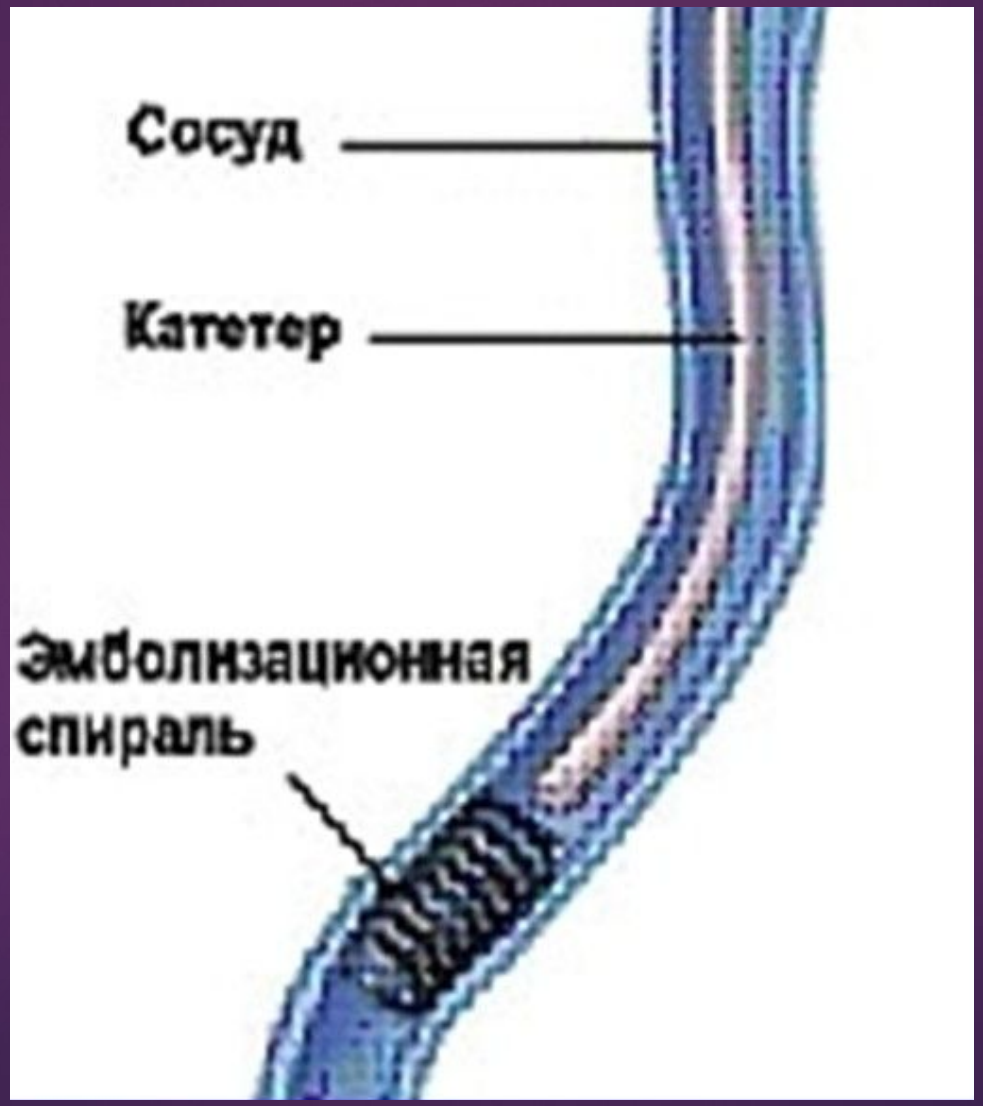
Балонна дилятація



Аорто-феморальний шунт



Стентування судини



Дякую за увагу!