

Облитерирующий тромбангиит



Подготовила:
студентка 6 группы , педиатрический
факультет , V курс.
Ханаева К. И.

***Облитерирующий тромбангиит
(болезнь Винивартера – Бюргера)***
(эндартериит) представляет собой
воспалительное хроническое,
рецидивирующее, сегментарное,
мультилокулярное заболевание
неспецифического генеза, при котором
поражаются стенки артерий мелкого и
среднего калибров. Облитерирующий
тромбангиит относится к аллергическим
аутоиммунным заболеваниям.

Характерно наличие в крови аутоантител и циркулирующих иммунных комплексов, что подтверждает аутоиммунный генез заболевания. Обнаруживаются антифосфорные и антиэластиновые антитела и повышенное содержание иммуноглобулинов класса А и М. Наиболее часто заболевают молодые мужчины в возрасте до 40 лет.

Факторы:

- Курение
- Переохлаждение
- Повторные мелкие травмы

Классификация

Стадии:

I стадия характеризуется отсутствием
выраженного болевого синдрома.

II стадия - это стадия перемежающейся хромоты.

III стадия – прегангренозная

IV стадия - гангренозная

Разграничение III и IV (гангренозной) стадий
обычно условно и определяется
распространенностью трофических расстройств.

Патогенез

Длительно существующий спазм артерий и vasa vasorum ведет к хронической ишемии сосудистой стенки, вследствие чего наступают гиперплазия интимы, фиброз адвентиции и дегенеративные изменения собственного нервного аппарата сосудистой стенки. В поздней стадии развития болезни в стенках крупных сосудов часто обнаруживаются атеросклеротические изменения. На фоне измененной интимы образуется пристеночный тромб, происходит сужение и облитерация просвета сосуда, которая нередко заканчивается гангреной дистальной части конечности. В конечной стадии заболевания в зоне тромбоза происходит разрастание фиброзной ткани, отложение солей кальция.

Морфология

- Воспалительные изменения чаще захватывают нижние конечности, но поражение верхних конечностей встречается довольно часто (около 40-50%). Имеет место одновременное поражение и верхних и нижних конечностей (13-75%).
- В 13-40 % случаев встречается тромбофлебит поверхностных вен, в том числе классический «мигрирующий».
- Практически у всех больных выявляются признаки тромбофлебита глубоких вен.

Клиника

- В терминальных стадиях весьма вариабельна и может проявляться бурным началом заболевания или обострения с интенсивными болями, присоединением тромбофлебита и лимфангоита, цианозом стопы и лихорадкой, вплоть до развития влажной гангрены конечности.



- Цианоз и болевой синдром в дебюте заболевания.



Вид стопы через 14 суток. Боли и цианоз купированы. Терапия вазпростан и фраксипарин.



- Наиболее часто при ОТ встречается вариант волнообразного течения с возникновением некоторых симптомов заболевания и чередованием периодов обострения и ремиссии.

- Цианоз и боли при обострение связанное с переохлаждением стопы и ношением влажной обуви.



Стадия ремиссии. В анамнезе ампутация первой фаланги I пальца правой стопы по поводу гангрены.



- Нередко встречается вариант постепенного прогрессирования с исходом в арильные некрозы или язвы, чаще расположенные на I-IV пальцах стопы при стёртой клинической картине.

- Сухой некроз на ногтевой фаланге III пальца. В анамнезе ампутация I пальца по поводу гангрены.



Гангрена

ногтевой фаланги I пальца.



- Трофическая язва культи I пальца.



Трофическая язва
I пальца.



Трофическая язва IV
пальца стопы.

- Характерны для ОТ сакральные изменения конечностей язвенно-некротического характера при практически нормальных показателях магистрального кровотока на стопе и голени, завышенные цифры ЛПИ : 0,5-0,9 в III-IV стадии ХАН.
- Язвенно-гангренозные изменения встречаются при полной или частичной облитерации сосудов голени и стопы встречаются в 57-62% случаев, перемежающаяся хромота и цианоз реже 23 и 15 % больных соответственно, а при сохранении притока хотя бы по одному сосуду- частота указанных осложнений встречается лишь у 7 % случаев.

Диагностика

При ОТ часто регистрируется повышение

- уровней циркулирующих иммунных комплексов и иммуноглобулинов G и M;
- Повышение СОЭ;
- Уровня С-реактивного белка.

} неспецифичны

Ангиографические признаки:

- Диффузный, дистальный характер окклюзии с редким поражением аорто-подвздошного сегмента, равномерное сужение бедренных артерий, отсутствие проходимости артерий голени, внезапный обрыв контрастирования близких атеросклерозе к месту окклюзии сосудов, штопорообразные, ветвящиеся и прямые коллатерали.

} могут быть при

- Встречается поражение бедренно-подколенного сегментов или изолированное поражение бедренной артерии.

- **АНГИОГРАММЫ:**
Внезапный обрыв контрастирования бедренных артерий (тонкие стрелки), штопорообразные коллатерали (толстые стрелки).

Коллатерали
в виде
корня
деревца

Обрыв
контрастирования
артерии



- Объективно поставить диагноз помогает комбинация таких исследований, как ангиография, дуплексное сканирование, тредмил-теста, ЛДФ и трансваскулярной оксиметрии, проб с компрессией заднеберцовых вен.
- Дифференциальная диагностика с атеросклерозом (облитерирующие заболевания)

Лечение консервативное

- Эффективный способ- отказ от курения.
- Помимо общих мероприятий по купированию ишемии и воспаления, особое внимание уделяется синтетическим аналогам простаглицлина (илопрост) и простогландину E1 (вазапростан), как препаратам выбора в консервативной терапии ОТ.
- Другие схемы включают применение дезаггантов, пентоксифиллина, прямых антикоагулянтов, антагонистов серотонина (перитол) и периферических вазодилляторов.
- При неэффективности вазодилляторов и простогландина E1 применяют цитостатики и глюкокортикоиды.

Оперетивное лечение:

- Классические реконструктивные операции в связи с дистальным характером окклюзии или невыполнимы или имеют плохие результаты;
- Новая перспективная разработка- шунтирование артерий стоп. Однако, выполняются они редко.
- Непрямая реваскуляризация конечностей так же редко выполняется;
- Иногда выполняется резекция задних большеберцовых вен;
- При невозможности проведения ни одной из представленных операций- производится хирургические обработки очага, ампутации, различные виды пластик.

Облитерирующий тромбангит. Окклюзия артерий левой стопы и голени. Влажная гангрена V пальца стопы.



- Произведена экзартикуляция пальца в плюстефаланговом суставе. Терапия: вазапростан, амоксиклав, фраксипарин.

- Тот же больной: вид стопы по окончании операции: косой резекции V плюстной кости и пластики раны местными тканями (1), и вид того же больного после 1 месяца лечения (2).



□ Рис. 1.



□ Рис. 2.

Спасибо за внимание!