

КУРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА ПРИ РАЗВИТИИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО ЭНДАРТЕРИИТА

Ниже представлено описание 26 клинических случаев облитерирующего эндартериита. Все исследуемые являются мужчинами. Так как, болезнь встречается большинство у мужчин, нежели у женщин (99:1). Выделены 3 клинические формы болезни: 1) облитерирующий эндартериит как следствие длительного курения -19 (73%); 2) облитерирующий эндартериит как болезнь длительного и частого переохлаждения ног - 5 (29%); 3) и последнее, развитие данной болезни у человека, злоупотребляющего алкоголем - 2 (8%). Во всех трех случаях диагноз подтвержден на основании анамнеза и данных клиничко-лабораторных исследований. В данной работе (статье) обсуждается развитие и тактика лечения облитерирующего эндартериита у курящих лиц.

Ключевые слова: Облитерирующий эндартериит, Синдром Лериша, болезнь Винивартера, гангрена ног.

Ежедневно в мире каждую секунду скуривается более 300 000 сигарет. Люди даже не подозревают, какой вред наносится в этот момент их организму. Последствия могут быть ужасающими: рак легких, туберкулез, эмфизема, закупорка и разрыв сосудов, снижение мозговой и телесной активности, снижение либидо и так можно продолжать список до бесконечности. Но сегодня Мы остановимся на не менее ужасающей реальности курения, о которой мало кому известно, но все же существенно и достойная внимания – облитерирующий эндартериит.

Из-за воспаления внутренней слой стенки артерии (эндотелий) утолщается. Просвет артерии начинает постепенно суживается, а затем может произойти облитерация (заращение) сосуда. Воспалительные и дистрофические процессы развиваются и в околососудистой жировой ткани, отчего она уплотняется и сдавливают сосуд извне, что еще больше нарушает кровоток в нем. В следствии чего, появляются такие симптомы как, перемежающаяся хромота, похолодание и постоянная боль тянущего характера в нижних конечностях, чувство онемения голеней и стоп (больше выражено слева), отёк нижней части голеней и стоп, возникающий после физической нагрузки[1].

До настоящего времени этиология ОЭ до конца не выяснена, но достоверно доказано, что курение является фактором риска при развитии данной болезни[2].

Цель работы: Выявить болезнь на ранних этапах, находить новый, быстрый, материально доступный и мобильный способ его диагностирования.

Задачами являются: Классифицировать болезнь по группе риска, по степени тяжести, научить людей грамотности путем описания клинических проявления и методов исследования ОЭ.

Материалы и методы исследования. На клинической базе ГКП№3 находились на обследований и лечений 26 человек с ОЭ I, II, III, IV степени в возрасте от 35 до 45 лет (заболевание большинство встречается у молодых мужчин[5]) за период 2002-2012 года. Диагностика ОЭ основывалась на изучений жалоб, анамнеза, клиничко-лабораторных данных, функциональных исследованиях, результатах артериальной ангиографии, реовазографий, капиллярографий и ультразвуковой доплерографий[1].

В исследуемой нами группе курящие лица с ОЭ составили 19-73%, лица с длительными и частыми переохлаждениями – 5-19 %, и лица злоупотребляющие алкоголем – 2-8 %.

По классификации Fontaine-Покровского[1] в зависимости от степени недостаточности артериального кровоснабжения пораженной конечности выделяют четыре стадии ишемии (нарушения кровообращения). В исследуемой группе был ОЭ I степени (функциональной компенсаций) – 9 (34,6%), II степени (стадия субкомпенсаций) – 11 (42,3%), III степени (стадия декомпенсаций) – 5 (19%) и IV степени (стадия деструктивных изменений) – 1 (3,8%).

Среди специалистов общепринято делить сосудистое русло нижних конечностей, в том числе по уровню поражения заболеванием, на 3 уровня (сегмента)[6]. В нашей группе исследуемых были:

На уровне аорто-подвздошного сегмента – 7 (26.9%)

На уровне бедренно-подколенного сегмента – 13 (50%)

На уровне подколенно-берцового сегмента (периферический) – 6 (23.1%)

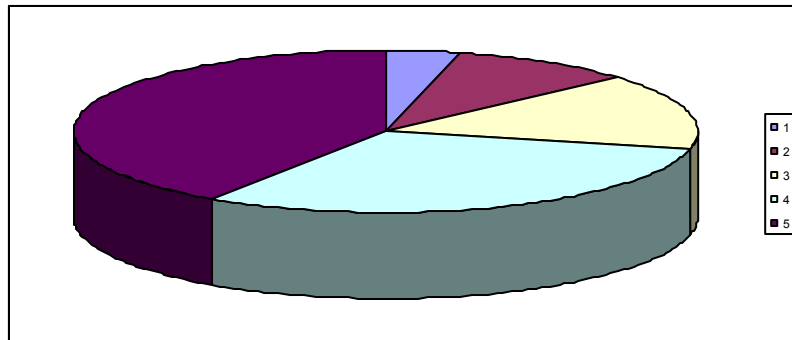
Мы так же обозначили лиц:

-у которых было впервые выявлено данное заболевание – 21 (80,7%);

-направленно на диспансеризацию по данному заболеванию, со стационаров – 5 (19%), из них же ОЭ обнаружился случайно у 2 (7,6% - пациенты отмечали зябкость, онемение, ползание мурашек, тем не менее не обратились за медицинской помощью),

-самообращение 16 (61,5% - помимо онемения, зябкости и судорог, больных беспокоила перемежающаяся хромота, возникавшая при прохождении определенной дистанции; кожа на стопах и голенях была менее эластичной, сухой, шелушащейся; был нарушен рост волос на пораженной конечности, волосы выпавшие.),

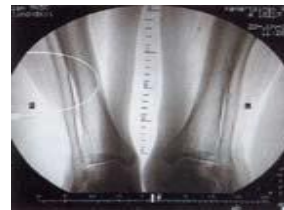
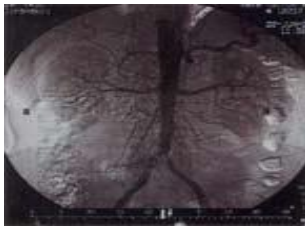
-и диспансерные 8 (30,7% - среди них больные в стадиях субкомпенсаций, компенсаций – 6 (23,1%) и деструктивных изменений – 2-7,7%).



При изучении анамнеза исследуемых больных наследственность не была отягощена, но как мы уже не однократно описывали, у всех лиц были провоцирующие факторы для развития ОЭ.

Были проведены ниже представленные функциональные пробы[6]:

1. Симптом Оппеля – положительный у 25 (96,1%), побледнение подошвы стопы пораженной конечности, поднятой вверх под углом 45° (при осмотре). Вследствие окклюзии или стеноза артерий нижних;
 2. Симптом Гольдфлама – положителен у 24 (92,3%), в положении больного на спине с приподнятыми над кроватью ногами ему предлагают производить сгибания и разгибания в голеностопных суставах, через 10-20 движений больной испытывает утомление в ноге (при осмотре). Вследствие окклюзии или стеноза артерий нижних конечностей;
 3. Симптом Панченко – положительный у 21 (80,7%) - в положении больного сидя; закинув больную ногу на колено здоровой больной вскоре начинает испытывать боль в икроножных мышцах, чувство онемения в стопе, ощущение ползания мурашек в кончиках пальцев пораженной конечности;
 4. Проба на реактивную гиперемии Шамова – положителен у 22 (84,6%) — появление розовой окраски кожи на пальцах стопы или кисти после 5-минутного сдавления бедра или плеча пневматической манжеткой. В норме розовая окраска восстанавливается через 20—30 с после прекращения сдавления манжеткой, при поражении сосудов — позже.
- Инструментальная диагностика проведена с помощью артериальной ангиографий.



Ангиограмма

- а) стенозы на грани окклюзии левой общей подвздошной артерии
- б) стенозы правой общей подвздошной артерии
- в) окклюзия берцовых артерий слева

При капиллярографии выявлено нарушение микроциркуляторного русла – 26 (100%).

Ультразвуковая доплерография показала что скорость кровотока была снижена от 60 – 80 % у 26 (100%).

Проведенные исследования позволили не только обосновать диагноз, но и определить степень нарушения кровотока и сужения просвета сосудов, тем самым определить соответствующее лечение.

Лечение:

20 (76,9%) получили консервативное лечение, 6 (23,1%) направлены на хирургическое лечение.

Консервативное лечение.

Проведено комплексное консервативное лечение больным с I – 9(34,6%) и II степенью ОЭ - 11(42,3%):

- устранен спазм кровеносных сосудов (антиспастические средства – 15(75%), новокаиновые блокады – 5(25%)),
- снятие болевого синдрома (трентал – 19(95%), никотиновая кислота – 16(80%), тиклид – 18(90%), аспирин – 19(95%), антикоагулянты непрямого действия – 18(90%), анальгетики – 18(90%)),
- больные получили средства для улучшения трофики тканей (витамины – 20(100%), АТФ – 15(75%), кокарбоксилаза – 17(85%), глютаминовая кислота – 16(80%)),
- десенсибилизирующая противовоспалительная терапия, средства, направленные на улучшение реологических свойств крови и микроциркуляции (реополиглюкин – 11(55%), гепарин (в режиме малых доз) – 9(45%),
- артериальное введение лекарственных веществ с целью стимуляции коллатерального кровообращения – 19(95%),
- физиолечение (диатермия 13(65%), токи Бернара – 5(25%), “Пuls”-2(10%)),
- ЛФК, санаторно-курортное лечение (сероуглекислые – 8(40%), сероводородные – 5(25%), радоновые ванны – 7-(35%)).

У 14(70%) пациентов получивших консервативное лечение, удалось добиться улучшения и остановки дальнейшего прогрессирования заболевания, 6(30%) улучшения не значительны (больные не смогли отказаться от пагубной привычки).

Хирургическое лечение

Направлены в стационар – 6(23,1%).

– 3 (11%) пациентам проведена артериальная дилатация области стеноза посредством раздувания баллоновидного катетера, исход у всех благоприятный.. Удалось добиться стадий субкомпенсаций

- остальным 3 (11%) пациентам была проведена Реконструктивная операция на магистральных сосудах, исход так же был благоприятен. Была достигнута стадия функциональной компенсации и субкомпенсаций.

Выводы

Облитерирующий эндартериит может развиваться остро, но чаще болезнь прогрессирует медленно. Периоды обострения сменяются периодами ремиссии. По этой причине люди не всегда своевременно обращаются за медицинской помощью.

Клиника ОЭ (а именно перемежающаяся хромота – Синдром Лериша) схожа с защемленной грыжей поясничного отдела. Но в последнем случае у больных не бывает отеков, чувства онемения, сухости, и самое главное, в отличии от ОЭ, пульс на нижних конечностях не будет отсутствовать.

И последнее, с момента начала этой статьи в мире уже скурено более нескольких десятков миллиона сигарет. Цифры ужасающие, не так ли? По простой логике можно говорить, что у многих из них уже в разной степени развивается облитерирующий эндартериит.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 С.П. Нохрин, СВ.В. Сорока, К.А. Андрейчук, Ш.О. Ахунув. Новый подход к прогнозированию клинических исходов у больных с критической ишемией нижних конечностей // ТОМ 7, ХИРУРГИЯ. – АПРЕЛЬ, 2006
- 2 Лещенко В.М. Облитерирующий эндоартериит: современное состояние проблемы // Международный медицинский журнал, 1999. - т. 5. - №3. - С. 51–55.
- 3 Бойко С.Ю. Консервативное лечение облитерирующего эндоартериита. // Проблемы медицины, 1999. – 31. – 2 (5–6), с. 22–24.
- 4 Машковский М.Д. Лекарственные средства. - М.: Медицина, 2000 г.
- 5 д.м.н. В.М. Кошкин, «Облитерирующий эндартериит»//Журнал «Здоровье» №9, 1986 г.
- 6 Антонова Ю. В. Болезни сосудов. Эффективное лечение и профилактика. — СПб.: АСТ, Сова, 2007. - 160 с.

Г.Т. ҚАНТҮРЕЕВА, А.Б. АҒЫБАЕВА, А.Д. АЛТЫНБЕКОВА, Б.Б. БЕКҚҰЛОВА, А.Е. ҚҰНАНБАЕВА ОБЛИТЕРАЦИЯЛЫҚ ЭНДАРТЕРИИТ ДАМУЫНДАҒЫ ТЕМЕКІ ШЕГУ ҚАУІП-ҚАТЕР РЕТІНДЕ

Түйін: Мақалада 26 клиникалық жағдайдың сипаттамасы берілген. Барлық зерттелушілер ер адамдар. Себебі, бұл ауру әйелдерге қарағанда көбіне ер адамдарда кездеседі (1:99). Аурудың 3 клиникалық түрі алынған: 1) ұзақ темекі шегудің әсерінен дамыған облитерациялық эндартериит - 19 (73%); 2) аяқтардың жиі және ұзақ тоңуынан дамыған ОЭ - 5 (29%); 3) және соңғысы, берілген аурудың араққұмар адамда дамуы - 2 (8%). Барлық үш жағдайда да диагноз анамнез бен клиникалық-лабораторлы зерттеулер негізінде дәлелденген. Берілген мақалада облитерациялық эндартерииттің темекі шегетін адамдарда дамуы және емдеу тактикасы туралы баяндалған.

Кілт сөздер: Облитерациялық эндартериит, Лериш синдромы, Винивартер ауруы, аяқ гангренасы

G.T. KANTUREEVA, A.B. AGYBAYEVA, A.D. ALTYNBEKOVA, B.B. BEKKULOVA, A.E. KUNANBAYEVA SMOKING AS A RISK FACTOR FOR THE DEVELOPMENT OF OBLITERATIVE ENDARTERITIS

Resume: Below is a description of 26 clinical cases of obliterative endarteritis. All tested are men. The disease occurs most in men than in women (99:1). Divided into 3 clinical forms of the disease: 1) occlusive disease as a consequence of prolonged smoking - 19 (73%), and 2) occlusive disease as a disease of long and frequent hypothermia feet - 5 (29%), 3) and finally, the development of this disease in humans who abuse alcohol - 2 (8%). In all three cases, the diagnosis was confirmed on the basis of history and data of clinical and laboratory studies. In this essay (paper) we discuss the development and tactics of treatment of obliterating endarteritis in smoking individuals.

Keywords: occlusive disease, Leriche syndrome, Vinivarters disease, gangrene of the feet.