

УДК 616.214-008.11/0.53

ЛОМЕЙ Я.І., ЛУДИН В.І., ЦЮК І.І., ЛОМЕЙ Ю.Я.

Стрийська ЦРЛ, Львівська область

КЗ ЛОР Львівське обласне бюро судово-медичної експертизи

## ОБЛІТЕРУЮЧИЙ ТРОМБАНГІТ НИЖНІХ КІНЦІВОК — ХВОРОБА ВІНІВАРТЕРА — БЮРГЕРА

### Вступ

У даний час точно встановлений вплив на здоров'я та тривалість життя багатьох факторів. Значною мірою це стосується психоемоційного стану (стабільність, душевний комфорт, рівновага), стану серцево-судинної системи та хребетного стовпа. Останнім часом спостерігається, на жаль, зростаюча тенденція до одночасного, багатокомпонентного, комбінованого, взаємно обтяжуючого негативного впливу різних факторів на людину.

Стреси (раптові неприємності, непередбачені конфлікти, хронічна напруженість, інші надзвичайні події різного масштабу та інтенсивності впливу) викликають дуже неприємні відчуття, виснажують захисні сили та руйнують організм, забирають час та енергію, яку можна було б витратити більш ефективно. Але людина вміє пристосовуватись до різних обставин, і зі зміною нашого життя змінюємося і ми самі. Адаптивно-компенсаторні зміни в організмі допомагають нам вижити. За порадами психологів, для рішучої зміни нашого життя на краще необхідно врахувати переосмислений постулат древніх інків: «Нехай буде посланий мені душевний спокій, щоб я міг змиритися з тим, що не можу змінити; нехай буде послана мені сила, щоб я міг змінити те, що можливо; і нехай вистачить мені мудрості відрізнити перше від другого».

Серцево-судинні захворювання переважають у структурі смертності населення України (66,3 %). Кількість дорослого населення в нашій країні, яке страждає від захворювань серцево-судинної системи, — 29,9 млн чол. (57 %), серед них працездатного віку — 9,46 млн чол. Загалом розлади кровообігу можуть бути представлені: порушеннями реологічних властивостей крові (стаз, сладж-феномен, тромбоз, ДВЗ-синдром, емболія); зміною регуляції судинного тону (шок); порушенням кровонаповнення (повнокрів'я, артеріальне чи венозне, малокрів'я — ішемія); порушенням проникності судинної стінки (кровотеча). Відомі два найбільш поширені види впливу на кровоносні і лімфатичні судини: патогенні мікроорганізми (інфекційний) та через імунопосередковані механізми (неінфекційний).

На думку В.А. Берсенєва, зміни спинномозкових нервів (стиснення, подразнення, гіпоксія) супро-

воджуються розвитком тих чи інших захворювань внутрішніх органів. Наводимо приклад з нашої практичної роботи — два випадки захворювань на облітеруючий тромбангіт нижніх кінцівок.

### Матеріали та методи дослідження

#### Випадок перший

30.04.2014 року о 10:15 в хірургічне відділення Стрийської ЦРЛ госпіталізовано хворого жителя району К., 31 року, з діагнозом: облітеруючий тромбангіт обох нижніх кінцівок. Ампутаційна кукса (березень 2011 року) на рівні нижньої третини лівого стегна. Гангрена кукси правої стопи (ампутація по лінії суглоба Шопара в лютому 2014 року). Скарги при надходженні: пекучий біль і наявність трофічних виразок у куксі стопи і нижній третині гомілки правої нижньої кінцівки, посилення болю в кінцівці при ходьбі, гарячка, загальна слабкість, сухість у роті, спрага. Погіршення стану відчуває протягом останнього тижня.

З анамнезу стало відомо, що захворів 10 років тому після переохолодження організму зимою. У шкільному віці почав курити, чим, окрім кави, і зловживає дотепер. Таким же захворюванням страждав його дід по материнській лінії, на якого він схожий. Неодноразово обстежувався і лікувався в судинному відділенні Львівської обласної клінічної лікарні. У березня 2011 року проведено ампутацію лівої нижньої кінцівки на рівні нижньої третини стегна, а в лютому 2014 року — правої стопи по лінії суглоба Шопара. Алергологічний та медикаментозний анамнез не обтяжений.

**Status praesens objectivus.** Загальний стан хворого тяжкий. Правильної будови тіла, нормального харчування. Температура тіла — 38,9 °С. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки блідо-рожеві, чисті, вологі, гарячі. Губи обсохлі. Орієнтований, словесному контакту доступний, самокритичний. На запитання відповідає по суті. Артеріальний тиск 120/60 мм рт.ст., пульс 96 ударів за хвилину, ритмічний, слабого наповнення і напруження. Тони серця

© Ломей Я.І., Лудин В.І., Цюк І.І., Ломей Ю.Я., 2014

© «Медицина невідкладних станів», 2014

© Заславський О.Ю., 2014

приглушені, чисті, ритмічні. У легенях дихання ве-  
зикулярне, хрипів не чути з обох боків. Язик сухий,  
густо обкладений сірим нальотом. Живіт м'який, не  
болючий. Печінка і селезінка не збільшені. Симп-  
том Пастернацького не визначається з обох сторін.  
Фізіологічні відправлення не порушені.

**Status localis:** нижня третина гомілки і стопа пра-  
воруч гіперемовані, синюшні, набряклі, є три тро-  
фічні виразки округлої та неправильно овальної  
форми, розмірами від 2,5 см до 4,3 см, вкриті некро-  
тичним умістом та гнійним виділенням з них. Пуль-  
сація судин у підколінній ямці і в паху праворуч збе-  
режена, на судинах стопи — знижена.

Обстеження проведено 30.04.2014 року.

Загальний аналіз крові: еритроцити — 4,2 Т/л,  
гемоглобін — 148 г/л, лейкоцити — 13,7 Г/л, нейтро-  
філі паличкоядерні — 11 %, сегментоядерні — 75 %,  
еозинофіли — 0, моноцити — 0, лімфоцити — 14 %, ШОЕ — 10 мм/год. Цукор крові — 3,3 ммоль/л.

Коагулограма: Нt — 0,50 л/л, протромбіновий  
час — 13", протромбіновий індекс — 108 %, час  
рекальцифікації — 50", загальний фібриноген —  
2,22 л/л.

ЕКГ: ритм синусовий, 100 уд/хв. Дифузне пору-  
шення процесів реполяризації в міокарді.

Попри проведену кількадечну інтенсивну дез-  
інтоксикаційну інфузійну терапію, загальний стан  
хворого протягом останніх трьох днів погіршився:  
болі в правій нижній кінцівці посилились, не припи-  
няються після введення знеболюючих та наркотич-  
них препаратів, пульсація на підколінній артерії не  
відчувається. Консиліум лікарів, враховуючи право-  
бічну стегново-підколінну оклюзію з порушенням  
периферичного кровообігу IV ступеня, наявність  
гангренни кукси правої ступні, ухвалює рішення про  
оперативне втручання — ампутацію правої нижньої  
кінцівки на рівні середньої третини стегна, яке про-  
ведено після отримання інформованої згоди паціє-  
нта 05.05.2014 року о 13:40. Післяопераційний пе-  
ріод мав гладкий перебіг, рана загоїлась первинним  
натягом. Виписаний у задовільному стані додому  
15.05.2014 року з відповідними рекомендаціями.

### Випадок другий

19.01.2009 року о 08:10 годині в морзі Сколівської  
ЦРЛ проведено автопсію трупа жінки М., 50 років,  
жительки одного з сіл району, яка раптово помер-  
ла вдома від масивної крововтрати з розірваних  
вен правої гомілки. На межі середньої та нижньої  
третини правої гомілки є виразка зі щільними при-  
піднятими вологими краями фіолетового кольору,  
неправильно овальної форми розмірами 3 × 4 см.  
Дно виразки вологе, має два дефекти стінок підле-  
глих вен неправильно овальної форми розмірами  
0,5 × 0,3 см та 0,3 × 0,2 см. При натисканні на ткани-  
ну виразки та поряд із дефектів витікає рідка кров у  
великій кількості та виходять скручені джгутоподіб-  
ні тромби з відбитками венозних клапанів. На обох  
гомілках, інтенсивніше на правій, є виражена сітка  
розширених судин. Гістологічним дослідженням  
тканин виразки встановлено: виражене потовщення

стінок вен за рахунок циркулярного, «муфтоподіб-  
ного» склерозу, явища продуктивного ендо-, мезо-,  
перифлебиту (панфлебіт). У середній оболонці ви-  
являються поодинокі гранульоми, лімфогістіоци-  
тарні інфільтрати та явища васкуляризації. Черво-  
ний тромб у просвіті вени з елементами білої крові  
по периферії. Це морфологічно підтверджує діагноз  
хвороби Вінівартера — Бюргера. При токсикологіч-  
ному дослідження крові та сечі виявлений етиловий  
спирт в кількості відповідно 1,94 та 2,67 проміле.



Рисунок 1



Рисунок 2



Рисунок 3



Рисунок 4



Рисунок 5

Смерть настала від масивної крововтрати на тлі алкогольного сп'яніння уві сні.

### Особливості перебігу та обговорення даних випадків

Це захворювання було описане Вінівартером у 1879 році, а Бюргер у 1911 році відзначив його особливу форму у молодих людей, що супроводжується поряд з облітерацією артерій мігруючим тромбофлебітом поверхневих вен нижніх кінцівок, а глибокі вени уражаються рідко. Воно зустрічається переважно у молодих чоловіків у віці 18–30 років, а жінки становлять 2 % від загального числа хворих. Виникненню та розвитку облітеруючого тромбангіїту сприяють зловживання курінням, систематичне охолодження кінцівок та відмороження. Морфологічно виникає вогнищеве ураження артерій середнього та дрібного калібру, рідше вен. В основі патогенезу захворювання лежить гіперчутливість ендотелію судин до продуктів згорання тютюну та цигаркового паперу. Власне, ушкодження в ендотелії без першочергового помітного запального процесу призводить до тромбозу, а згодом до вираженого запалення в масі тромбу і стінці судини. Особливо характерним є розвиток мікроабсцесів у масі тромбу. Вторинно, вже на стадії фіброзу, у процес можуть втягуватись вени й нервові стовбури, що супроводжують уражені артерії. Патологічний процес перебігає практично паралельно в обох нижніх кінцівках, хоча частіше починається ліворуч. Характерне швидке утворення на пальцях виразок, які не піддаються консервативному лікуванню і схильні до інфікування. Процес локалізується в артеріях стопи і гомілки, а на пізніх стадіях настає оклюзія підколінної і стегнової артерії. Виділяють три форми пе-

ребігу облітеруючого тромбангіїту: гострий злякисний — зазвичай зустрічається у злісних курців віком 18–25 років і, як правило, призводить до гангрені і вимагає ампутації кінцівки; підгострий хвилеподібний перебіг — характеризується загостренням та ремісіями різної тривалості; хронічний перебіг — відмічаються тривалі (протягом багатьох років) періоди компенсації без виражених загострень.

На думку експертів ВООЗ, смерті від серцево-судинних захворювань можна запобігти за допомогою корекції способу життя. Серцево-судинні захворювання — вбивця номер один у світі.

### Висновки і рекомендації

Варто пам'ятати, що турбота про власне здоров'я не лише право, а й обов'язок кожного з нас. Боляче спостерігати за молодими людьми, які так рано «наживають» собі серйозні захворювання з ранньою інвалідизацією чи навіть і втратою життя внаслідок байдужого і недбалого ставлення в першу чергу до себе чи один до одного та нездорового способу життя. Необхідно підняти на вищий рівень санітарно-просвітницьку роботу серед населення.

### Список літератури

1. Новини медицини і фармації. — 2014. — № 4. — С. 3, 5.
2. Новини медицини і фармації. — 2014. — № 5. — С. 19, 23.
3. Пальцев М.А., Пономарев А.Б., Берестова А.В. Атлас по патологической анатомии. — М.: Медицина, 2003. — С. 28.
4. Пальцев М.А., Аничков Н.М. Патологическая анатомия. Учебник: В 2 т. — М.: Медицина, 2001. — Т. 2, Ч. I. — С. 44.
5. Справочник врача общей практики: В 2 т. / Н.П. Бочков, В.А. Насонова и др. / Под ред. Н.Р. Палева: — М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. — Т. 1. — 684 с.
6. БМЭ: В 29 т. / Под ред. акад. Б.В. Петровского. — 3-е изд. — Москва: Советская энциклопедия, 1985. — Т. 25. — С. 297.

Получено 20.05.14 ■