

тически не встречается и чаще свидетельствует в пользу какого-либо другого артериального заболевания, того же атеросклероза.

Иногда эндартериит начинается не с воспаления артерий, а с воспаления вен. Такое состояние называют мигрирующим тромбофлебитом. Скажем, сначала воспалилась вена на тыльной части стопы, спустя какое-то время воспаление прошло, но воспалилась вена на другой стопе. Спало воспаление на ногах, но появилось в самых разных местах туловища. При этом одной очевидной причины воспаления нет.

Основными проявлениями облитерирующего эндартериита (тромбангиита) являются:

- гангренозные изменения на коже (некрозы) дистальных (расположенных дальше от центра тела) участков конечностей;
- язвенные дефекты кожи;
- боли в конечностях, усиливающиеся при ходьбе или нагрузке, а также боли в покое;
- резкое снижение или отсутствие пульса на конечности;
- нога холодная на ощупь, бледный (мраморный) цвет кожи (изменения по типу синдрома Рейно);
- частые флегмоны, абсцессы;
- инфекция кожи;
- поражение (нарушение роста) ногтей;
- тромбозы, тромбофлебиты вен – покраснения, уплотнения по ходу магистральных венозных стволов.

Для диагностики заболевания важен клинический анамнез (история заболевания), связь с табакокурением, возраст пациента и манифестация болезни (до 45-50 лет), поражение обеих ног или ног и рук. По данным ультразвукового исследования обнаруживают отсутствие проходимости (закупорка мелких артерий, питающих пораженную конечность, тромботические массы в венозной системе). Ангиография или компьютерная томография в ангиографическом режиме показывают отсутствие кровотока в мелких сосудах, питающих конечность, и коллатералей (ветви кровеносных сосу-

дов). При этом не наблюдается локального стенозирования (как при атеросклерозе), кальциноза стенки, но поражение является многососудистым.

В настоящее время нет лабораторных методов, чтобы подтвердить диагноз облитерирующего эндартериита. Но результаты анализов позволяют исключить такие диагнозы, как диабет, тромбофилия, а также ряд заболеваний соединительной ткани со схожими проявлениями.

Лечение сложное, исход заболевания далеко не всегда благоприятен. В патогенезе болезни важную роль играют табакокурение и связанные с употреблением табака негативные эффекты: спазм мелких сосудов, воспалительные изменения в стенке сосудов. Поэтому врач обязательно должен рассказать пациенту о тяжести заболевания, возможных осложнениях и необходимости полного отказа от курения. Во многих исследованиях показано, что у пациентов, отказавшихся от этой вредной привычки, наблюдаются более благоприятное течение болезни и прогнозы.

Для снятия вазоспазма (сужение сосудов) рекомендуют препараты простагландинового ряда (**илопрост**), которые расслабляют сосудистую стенку, расширяют артериолы, а также замедляют формирование тромба. Препараты простагландинового ряда назначаются в виде внутривенных форм (капельницы). Эффективность антиагрегантов (**аспирин**), пентоксифиллина (**трентал**) и других препаратов для блокирования вазоспазма и снижения риска тромботических осложнений достаточно спорная. Учитывая аутоиммунные изменения в стенке сосудов, рассматривают возможность терапии иммуносупрессорами (в частности, гормонами). Но поскольку полученные результаты противоречивы, то гормонотерапия широкого распространения пока не получила.

Дабы нивелировать болевой синдром, пациентам назначаются сильные анальгетики (вплоть до наркотических), а также антидепрессанты. Эта группа препаратов требует особого тщательного контроля со стороны лечащего врача.