ВУЗЛИКОВИЙ ПЕРІАРТЕРІЇТ

Боярин Христина
4-4а

Вузликовий періартеріїт відноситься до системних васкулітів.

Це захворювання, яке характеризується ураженням малих та середніх артерій, що призводить до порушення кровообігу у внутрішніх органах та викликає порушення функції багатьох органів.

Етіологія захворювання остаточно не з’ясована.

У розвитку вузликового періартеріїту певне значення надають вірусу гепатиту В. Встановлено, що сприяючими факторами є перенесені інфекції, введення лікарських препаратів, вакцин, сироваток, інтоксикації, надмірні інсоляції та переохолодження.Вузликовий періартеріїт нерідко розвивається після перенесених гострих респіраторних захворювань (включаючи стрептококові).

Виділяють великі та малі діагностичні критерії

Великі критерії:

•ураження нирок;
•коронарит;
• абдомінальний синдром;
• поліневрит;
• бронхіальна астма з еозинофілією.

Малі критерії:

• лихоманка;
• зменшення маси тіла;
• міалгічний синдром.

Діагноз достовірний за наявності 3 великих і 2 малих критеріїв.

Характерними симптомами вузликового періартеріїту є:

- Лихоманка
- Запалення суглобів (артрит)
- Біль в м’язах та суглобах
- Шкірні висипання
- Полінейропатія (інтенсивні болі, порушення чутливості тощо)
- Головні болі
- Ураження нирок
- Психози
- Артеріальна гіпертензія (підвищений тиск)
- Тахікардія, порушення серцевого ритму, стенокардія
- Нудота, блювота та болі в животі
- Біль у придатках матки, в калитці
- Ураження печінки
- Порушення зору

Характерні *шкірний і тромбангітичний синдроми*, які обумовлені ураженням дрібних і середніх периферичних артерій, а також і магістральних судин.

Відмічають три види шкірних змін:

ліведо («синдром стазу»),

вузлики і локальні набряки.

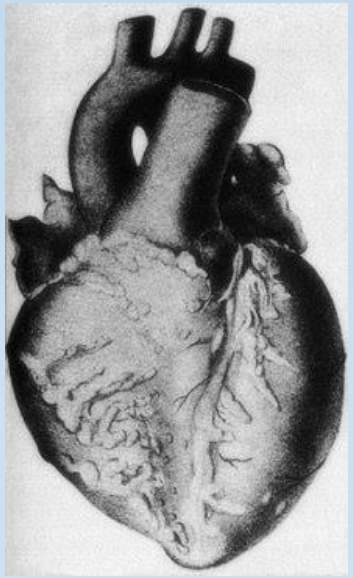
Набряки супроводжує сильний нападоподібний біль. Шкіра стає ціанотичною, холодною, потім виникають геморагії і на їх місці протягом 1-3 тиж формуються сухі некрози. При більш тяжкому стані розвивається дистальна гангрена. Суха гангрена завжди асиметрична. Ураження розповсюджується на кінцеві фаланги 1-3 пальців рук або стопи. Через 3-6 міс настає самовідторгнення муміфікованих фаланг.

Рис. 3. Livedo reticularis

Неврологічний синдром виникає внаслідок ураження судин на будь-якому івні ЦНС. Розвиваються ішемії, інфаркти, дистрофічні зміни у головному чи спинному мозку.

Суглобний і м'язовий синдроми бувають найпершими ознаками ВП. Запальні, дистрофічні та ішемічні зміни в суглобах і м'язах.

Ураження *серцево-судинної системи* призводить до порушень ритму та провідності, міокардиту, ендоміокардиту, прогресуючої серцевої недостатності.

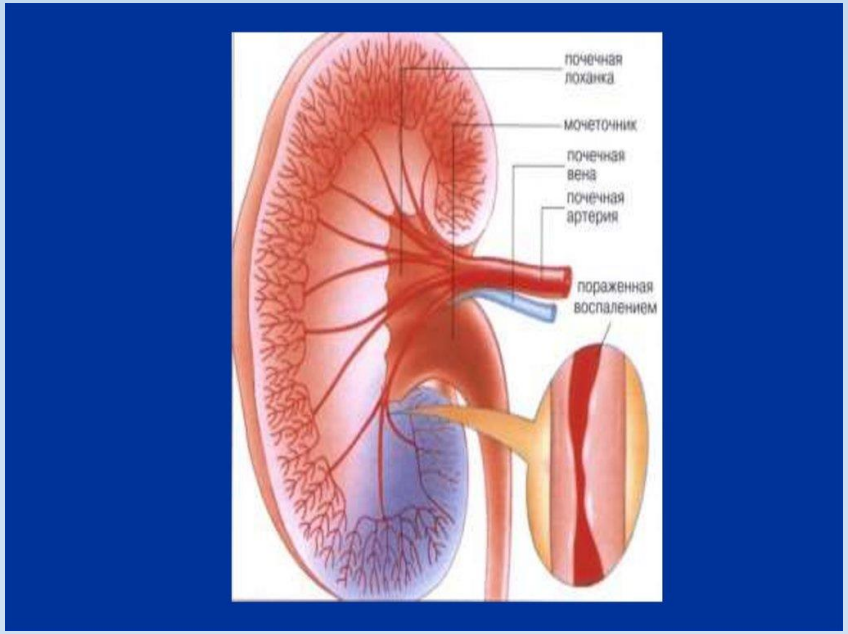


Абдомінальний синдром

Ураження може локалізуватись у брижі, стінках кишечнику, в печінці, селезінці, підшлунковій залозі та сонячному сплетенні. Частіше трапляються ураження кишечнику (товста, клубова кишки та брижа). Виникають біль у животі, синдром ентероколіту, спостерігаються картина гострого живота, кишкової кровотечі.

Нирковий синдром

реєструється майже у 100 % випадків. Ізольований сечовий синдром виявляється часто на початку або при загостренні хвороби, іноді приєднується тільки у термінальному періоді. Вміст білка в сечі становить 0,033-0,099 г/л, еритроцитів - від 8-10 до 80-120 у полі зору, лейкоцити - в нормі, циліндрів немає. Функціональний стан нирок не порушений.



Для діагностики вузликового періартеріїту проводяться наступні обстеження:

- Загальний та біохімічний аналіз крові
- Аналіз сечі
- Доплер УЗД нирок
- Рентгенографія легень
- Ангіографія
- ЕКГ та УЗД серця
- Біопсія судин
- В окремих випадках може проводитися біопсія печінки або нирок

Процес лікування вузликового періартеріїту триває не менше 2-3 років.

Основне лікування здійснюється гормональними та негормональни препаратами.

Впродовж активного періоду застосовують нестероїдні протизапальні й амінохінолінові препарати:
Диклофенак , Німесулід , Моваліс

Застосовують антикоагулянти, антиагреганти й ангіопротектори при гіперкоагуляції, гіперагрегації тромбоцитів, порушеннях мікроциркуляції, ДВЗ-синдромі:Гепарин;Фраксипарин;Трентал.

Корекцію АТ здійснюють за допомогою інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту, діуретиків, бета-адреноблокаторів, антагоністів кальцію та блокаторів рецепторів ангіотензину. Застосовують еферентну терапію за відсутності ефекту від прийому глюкокортикостероїдів,імунодепресантів і протипоказань до них:
гемосорбція;
плазмофорез;
імуносорбція .

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!

БУДЬТЕ ЗДОРОВІ!

PPt4WEB.ru