

ТҰЖЫРЫМ

Р.С. КАЛЫШЕВ

Кардиология мен ішкі аурулар ғылыми-зерттеу институты, Алматы қ.

ДЕТРАЛЕКС СОЗЫЛМАЛЫ ВЕНА ЖЕТІСПЕУШІЛІГІНДЕ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Аяқтың декомпенсациясы сатысындағы түрлі себепті созылмалы веналық жетіспеушілігі сырқат 60 науқастан тұратын топ зерттелді. Он екі науқаста (20%) ашық трофикалық жаралар болды. Барлық науқастар Детра-лекс 600 препаратын тәулігіне 2 таблеткадан 45 күн бойы қабылдады. 8 (66,7%) науқаста жара толық жазылды, ал 3 (25%) науқаста жараның 50 эпителизацияланды.

SUMMARY

Р.С. КАЛЫШЕВ

Scientific-Research Institute of Cardiology and Internal Diseases Ministry of Health, Kazakhstan Republic, Almaty c.

THE USING OF DETRALEX IN TREATMENT OF DECOMPENSATE CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY

The group 60 of patients with chronic venous insufficiency of different etiology in decompensate stage were analyzed. The patients had venous ulcers in 12 (20%) cases. All patients have been used Detralex in dose 2 pills once daily during 45 days. Full ulcers epithelization was marked in 8 (66,7%) cases and pithelization more than 50% was marked in 8 (66,7%) cases.

УДК 616.135.4

С.Е. ЕРЕНГАЛИЕВ, М.С. ТАСТЕМБЕКОВ, Д.Б. ГЕБЕЛЬ

Медицинские центры компьютерных диагностик, г. Алматы

ФЛЕБОТРОМБОЗ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Работа посвящена наиболее часто встречающейся форме заболевания флеботромбоза, когда тромбы локализируются в глубоких венозных сосудах области голени и стопы. Приводится описание клиники, способы диагностики и современные протоколы лечения. Обоснована необходимость целенаправленного диагностического скрининга с объективизацией состояния сосудов в зависимости от стадии и локализации флеботромбоза, с тем чтобы как можно раньше начать патогенетическое лечение. Рациональный выбор лечебных средств в зависимости от локализации тромботического процесса может являться залогом эффективности не только непосредственных, но и отдаленных результатов.

Ключевые слова: флеботромбоз нижних конечностей, критерии диагностики и лечения.

Актуальность проблемы флеботромбоза нижних конечностей обусловлена прежде всего частотой его встречаемости (93%) по сравнению с поражением верхней части венозной системы нижней полой вены (7%). Не решены проблемы с некоторыми вопросами ранней диагностики и лечения данного заболевания, которое продолжает сопровождаться высокой смертностью от легочной эмболии (27%). Ахиллесовой пятой флеботромбоза является тот факт, что у наиболее значительной части больных (55%) в результате лечения возникает только частичная реканализация венозной системы, которая и приводит в конце концов к хронической венозной недостаточности – ПТФС (93%).

Для практической работы мы использовали классификацию Ehringer (1979), по которой все флеботромбозы нижних конечностей подразделяют на проксимальную форму (бедро–таз) и дистальную форму (голень–стопа).

Наиболее часто встречается дистальная форма заболевания, когда тромбы локализуются в глубоких венозных сосудах области голени и стопы.

Клиника. Чаще всего больной жалуется на чувство распирания и тяжести в ногах, которое усиливается особенно при стоянии и ходьбе и, наоборот, уменьшается в покое, и, особенно, при придании ноге возвышенного положения. Наиболее характерным признаком является сочетание отека и спонтанной боли в дистальной части нижней конечности, особенно в икроножных мышцах, которая усиливается при кашле (признак Louvel). Отек при флеботромбозе захватывает все ткани конечности. Проксимальная граница отека варьирует с дистальной части голени до дистальной части бедра. Тургор ткани повышен, а кожа у некоторых даже лоснится. Вместе с тем наблюдается усиление венозного рисунка конечности. Утверждают, что первыми расширяются вены, расположенные вдоль латеральной кромки большеберцовой

кости, так называемые «сторожевые вены» (Pratt). Надо иметь в виду, что особенно при принятии вертикального положения венозный рисунок нижних конечностей усиливается. Так что кожные покровы становятся синюшными. У значительной части больных температура кожи над зоной отека повышена, как считают, за счет усиления кровотока по поверхностным венам.

Клиническая диагностика основывается на определении болевых точек по ходу тромбированных сосудов нижних конечностей. Их локализация варьирует: на середине подошвы в глубине свода стопы (Payr); по бокам места прикрепления ахиллового сухожилия (Bisgaard); по середине области икры (Tschmak) и подколенной ямки (Ehringer), а также спереди в верхней трети голени по проекции большой подкожной вены (Mayer). Утверждают, что чаще наблюдается усиление болей при переднезаднем сдавлении икр, по сравнению с боковым давлением – признак Moses. Другие считают, что это особенно наглядно происходит при баллотировании мышечным массивом икр (Ducuing). Наиболее часто отмечают появление болей в икроножных мышцах при резком тыльном сгибании стопы – симптом Homans. Для объективизации данного симптома используют пробу Lowenberg. Симптом считается положительным, когда появляется боль в икроножных мышцах при достижении давления в 60–100 мм рт. ст. в манжетке манометра, наложенного на голень в области икры.

Бесспорно, что наиболее доступным средством для диагностики в амбулаторных условиях является доплерография, которая позволяет четко определить наличие тромба в просвете вены.

Проксимальная форма заболевания характеризуется локализацией тромбов в просвете глубокой бедренной вены и в подвздошных сосудах.

Клиника зависит от стадии заболевания. В стадии компенсации пациенты чаще всего жалуются как бы на

беспричинное повышение температуры. Боли локализируются в пояснично-крестцовой области, внизу живота или в нижней конечности на стороне тромба. Одним из грозных осложнений этого периода является эмболия легочной артерии, так как кровоток по глубокой венозной системе частично сохранен.

Клиническая диагностика основывается на определении болевых точек. Наиболее важные из них – это локализация боли по ходу магистральных сосудов в проекции канала приводящих мышц на протяжении бедра (Ehringer) и в паховой области (Rielland). У ряда больных можно обнаружить легкую сгибательную контрактуру в тазобедренном суставе, а так же можно заметить некоторую сглаженность паховой складки. Утверждают, что боль может усиливаться при кашле и, особенно, при вытягивании нижних конечностей. Диагностическим маневром здесь также может служить прием придания пациенту вертикального положения. Данный способ считается положительным, если наступает синюшность кожных покровов нижней конечности. У женщин при вагинальном обследовании определяется боль в параметрии, а также при смещении матки в здоровую сторону.

Длительность стадии компенсации зависит от локализации тромба и может продолжаться от суток до месяца.

Несомненно, при такой неопределенной клинической картине и, прежде всего, при отсутствии отека на нижней конечности довольно трудно будет даже подозревать флеботромбоз. Наиболее действенным средством для диагностики в этой ранней стадии заболевания будет применение радиоиндикационного метода с использованием меченого фибриногена.

Стадия декомпенсации характеризуется развитием двух вариантов его проявления, которая в литературе обозначается как «молочная нога и синяя нога».

«Молочная нога» – получила свое название из-за молочно-бледности кожных покровов пораженной конечности. Течение заболевания здесь спокойное, однако, может наблюдаться умеренное повышение температуры. Отек распространяется по всей нижней конечности и даже с переходом на дистальную часть передней брюшной стенки. Боль спонтанная, умеренная, определяется больше по ходу сосудов в паховой области и даже в пояснично-крестцовой области. При вертикальном положении часто выявляется синюшность кожных покровов и усиление болезненности в ногах, которая достигает своего максимума при попытках ходьбы.

«Синяя нога». Прежде всего здесь бросается в глаза цианоз нижней конечности. Кожные покровы холодные на ощупь. Отек нижней конечности более выражен и охватывает всю конечность с распространением на переднюю брюшную стенку. Наиболее характерна спонтанная боль в ногах, резко усиливающаяся при попытке ходьбы. Синюшность ноги нарастает при вертикальном положении. Чувство распирания сочетается со снижением чувствительности. У ряда больных на коже спонтанно возникают геморрагические петехии, которые, сливаясь, образуют багрово-цианотичные пятна. Затем у некоторых больных может даже наблюдаться отслойка эпителия с образованием пузырей с геморрагическим содержимым. Объективно у ряда больных (8,2%) констатируется нарушение артериального кровообращения, которое обусловлено, прежде всего, спазмом, и вместе с тем нельзя исключить влияние сдавливания сосудов извне отеком тканей. Состояние таких больных расценивается как тяжелое. Практически они обездвижены, так как любые попытки движения невозможны из-за боли. У них повышается температура

тела, появляется тахикардия. В крови обнаруживаются лейкоцитоз и повышение РОЭ. Данное состояние обозначается в клинике как венозная гангрена.

В стационаре технически осуществима рентгенконтрастная флебография. Данная методика позволяет уточнить характер и локализацию тромбов в магистральных сосудах конечности, а с другой стороны, определить тактику и составить план оперативного вмешательства.

Список нозологических форм заболеваний, с которыми наиболее часто приходится дифференцировать дистальную форму флеботромбоза в амбулаторных условиях, довольно обширен.

Прежде всего, это лимфатический отек – отличительным признаком которого является то, что отек при данном заболевании распространяется по подкожной клетчатке, и он более выражен в дистальной части конечности. Венозный рисунок конечности не усилен, цианоз кожных покровов при вертикальном положении пациента не возникает. Главное, нет болей. Даже после длительного придания возвышенного положения конечности отек никогда не исчезает полностью. Характерно, что в начальной стадии заболевания отек мягкий и имеет тестообразную консистенцию, в поздней стадии он становится плотным, и при давлении пальцем едва образуется ямка.

Флеботромбоз сосудов голени и стопы также имеет некоторые сходства с облитерирующим эндоартериитом в его начальной стадии. Главными дифференциальными признаками в пользу последнего в этом случае будут жалобы на перемежающую хромоту при ходьбе и трофические расстройства различной выраженности на пальцах ног. Нарушение кровообращения достигает своего максимума при остром тромбозе и эмболии мелких артерий дистальной части нижних конечностей. Однако, надо иметь в виду, что, прежде всего, они характеризуются острым прекращением пульсации в сочетании с резкой болью и побледнением кожных покровов, вместе с тем, одновременно, наблюдаются резкое похолодание конечности, а также понижение чувствительности. Главное, происходит раннее наступление трофических изменений, приводящее к гангрене нижних конечностей.

Необходимо иметь в виду, что трофические нарушения в сочетании с болью возникают при различных заболеваниях: узелковый периартериит, болезнь Рейно, эритромелалгия, склеродермия. Все они должны учитываться при дифференциальной диагностике.

Нарушение венозного оттока может быть обусловлено компрессией венозных сосудов кистой Беккера в подколенной области. Там же это может быть артериальная аневризма либо злокачественная опухоль.

Воспалительные заболевания мягких тканей также могут быть причиной отека. Число их велико, это и рожистое воспаление, флегмона, целлюлит, тендовагинит, бурсит и т.д. Для всех этих заболеваний характерно появление признаков воспаления. Так, при роже это покраснение кожных покровов, повышение температуры и болезненность. Тогда как при флеботромбозе кожа скорее будет бледная и прохладная. В целом, нет признаков воспаления.

Поражения мышечной ткани часто идут в сочетании, однако, надо различать миалгию при статической недостаточности и миозиты.

Травма мягких тканей, особенно остро при разрыве икроножной мышцы и хронически после развития кисты икроножной мышцы.

Дифференциально-диагностическая проблема при проксимальной форме флеботромбоза связана, прежде всего, с острым тромбозом нижней полой вены. Здесь в клинической картине на первое место выступает отек обеих нижних конечностей, половых органов и нижней половины туловища. Установлено, что венозный рисунок передней

брюшной стенки у больных усилен, а степень выраженности основных симптомов зависит от локализации тромба. Обычно выделяют подпочечный, почечный и печеночный сегменты нижней полой вены. При подпочечной форме тромбоза чаще наблюдается сохраненный кровоток, который опасен ранним возникновением легочной эмболии. При почечной форме первичным клиническим признаком являются боли в пояснице в проекции почек. Затем к клинике у больных присоединяется олигоурия, потом анурия с признаками уремии. Печеночная форма характеризуется увеличением печени, селезенки и развитием асцита. Здесь уже наблюдается выраженное расширение подкожных вен всей передней брюшной стенки, нижней половины грудной клетки и отеки обеих нижних конечностей. У больных происходит изменение окраски кожи вплоть до желтухи, и даже часто наблюдаются диспептические расстройства. Все это обозначается как болезнь Chiari.

Хроническое нарушение венозного оттока с обеих нижних конечностей может быть обусловлено ретроперитонеальным фиброзом – синдромом Ormond.

Нарушение венозного оттока нижней полой вены может быть обусловлено опухолью брюшной полости, наиболее часто это может быть рак предстательной железы либо матки. Так же это может быть аневризма брюшной аорты или воспалительный процесс – абсцесс малого таза, послеродовая инфекция и т.д.

Кардиальные и нефрогенные отеки. Важно, что, прежде всего, они характеризуются симметричностью на нижних конечностях, и, вместе с тем, имеется отек век глаз.

Неврогенный отек. Гемиплегия, дископатии, неврит бедренного нерва. Главное здесь имеется сегментарное нарушение чувствительности и моторные выпадения. При флеботромбозе такого сочетания нет, и, что наиболее важно, нет и моторных выпадений.

Острая окклюзия магистральных артерий илеофemorальной зоны (тромбоз, эмболия) нижних конечностей. Здесь, прежде всего, надо иметь в виду, что наблюдается отсутствие пульса. Кожа конечностей прохладная, бледная, с сероватым оттенком. Для клинической ориентировки может быть использован простой диагностический прием – это подъем конечности вверх. При отсутствии препятствия кровотоку вены быстро опорожняются. Однако, при наличии препятствия кровотоку опорожнение вен резко замедляется. Редко – синдром задней большеберцовой артерии.

Мы располагаем результатами лечения 194 пациентов в различных медицинских учреждениях г. Алматы. Указанные результаты были собраны в течение 9 лет. Дистальная форма флеботромбоза – 138 больных и проксимальная форма – 56 больных. Процент госпитализации составил 46%. Установлено, что больные с проксимальной формой флеботромбоза практически 100% были госпитализированы. Напротив, процент госпитализации при дистальной форме флеботромбоза составил лишь 25%. Таким образом, 75% больных с дистальной формой заболевания не были госпитализированы. Они лечились амбулаторно, а часть (15%) из них даже под другим диагнозом.

Анализ проводимого лечения показал факт использования различной тактики, и, вместе с тем, наблюдался необоснованно широкий разброс применяемых средств. Порой больные даже не получали лечение. Поэтому мы предлагаем унифицировать лечение как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.

Амбулаторное лечение предполагает свободную активность пациента, когда он самостоятельно приходит в поликлинику на лечебные процедуры, ему не нужно сдавать анализы (свертываемость, протромбиновый индекс).

Схема протокола амбулаторного лечения:

1. Бинтование нижней конечности при ходьбе. В течение 1-2 месяцев;
2. Электрофорез с тромболитином (к отрицательному полюсу тромболитин, к положительному – новокаин). Длительность процедуры 20 мин. На курс 10 сеансов;
3. Реополиглюкин (в/в, 10 мл на кг веса). На курс 5 процедур;
4. Противовоспалительное средство, 1 курс (реоперин, венорутон, гливенол, бутадион и т.д.), при необходимости антибиотика;
5. На ночь полуспиртовый компресс на конечность, можно мажевые компрессы (мазь Вишневского и т.д.);
6. После курса противовоспалительной терапии – непрямые антикоагулянты в течение месяца (финилин, синкумар, дикумарин, омефин и т.д.).

Активное лечение с применением тромболитических препаратов целесообразно назначать в ранней стадии заболевания, когда от его начала не прошло и 6 дней.

Схема протокола стационарного лечения:

1. Постельный режим (возвышенное положение нижних конечностей);
2. Фибринолитические препараты прямого действия (фибринолизин, аспергамин) и непрямого действия (стрептокиназа, урокиназа и т.д. по схеме);
3. Прямые антикоагулянты (гепарин, фраксипарин по схеме);
4. Реополиглюкин (10 мл на кг веса), на курс 10 процедур;
5. Противовоспалительные средства, курсом (реоперин, венорутон, гливенол и т.д.);
6. Диуретики (короткий курс в течение 5 дней);
7. Магнитотерапия (10 процедур в постели);
8. Восстановление пассажа кишечника (клизма при необходимости);
9. Массаж контролатеральной ноги (не подвергшейся отеку);
10. Раннее вставание (сразу после курса противовоспалительной терапии, несмотря на наличие отека, обязательное бинтование);
11. Непрямые антикоагулянты в течение 2-3 месяцев.

Лечение в стационаре предполагает ежедневный контроль за свертываемостью и протромбиновый индекс, остальные показатели определяются по мере необходимости.

Таким образом, сложность проблемы флеботромбоза заключается в том, что клиническое улучшение, сопровождающееся полной редукцией отека, не означает полную реканализацию венозных сосудов нижних конечностей. Трагизм данной проблемы заключается в организации тромбов, после которого добиться обратного развития имеющимися средствами невозможно. Все это приводит к перманентному нарушению кровотока и, как следствие, у данной категории больных постепенно развивается хроническая венозная недостаточность (ПТФС). Контроль за состоянием венозных сосудов в процессе лечения может осуществить только радионуклидная флебография, которая позволяет оценивать кровоотток не только в статическом, но и в функциональном режиме.

Необходим целенаправленный диагностический скрининг с объективизацией состояния сосудов в зависимости от стадии и локализации флеботромбоза, с тем чтобы как можно раньше начать патогенетическое лечение. Унифицированность выбора лечебных средств в зависимости от локализации тромботического процесса является залогом эффективности не только непосредственных, но и отдаленных результатов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Бураковский В.И., Бокерия А.А. Сердечно-сосудистая хирургия. Руководство, 1989. – 752 с.
- 2 Клемент А.А., Введенский А.Н. Хирургическое лечение заболеваний вен конечностей. – М.: Медицина, 1976. – 294 с.
- 3 Покровский А.В. Клиническая ангиология. – М.: Медицина, 1976. – 367 с.
- 4 Abramson D.I. Circulatory Disease of the Limbs: A Primer. Grune and Stratton, 1978, – S. 367
- 5 Ehringer H., Fischer H., Netzer C.O., Schmutzer R., Zeitler E. Venose Abflussstörungen. Enke. 1979, – S. 555.
- 6 Kappert A. Lehrbuch und Atlas der Angiologie. Hans Huber. 1989. – S.455

ТҰЖЫРЫМ

**С.Е. ЕРЕНГАЛИЕВ, М.С. ТАСТЕМБЕКОВ,
Д.Б. ГЕБЕЛЬ**

Компьютерлік диагностикалаудың медицина орталықтары Алматы қ.

АЯҚ ФЛЕБОТРОМБОЗЫ

Жұмыс аяқ флеботромбозының клиникасы, диагностика және емдеудің өзекті сұрақтарына арналған. Практикада пайдалану үшін аяқ флеботромбозын дистальды және проксимальды формаларға бөлу алғаш ұсынылады. Флеботромбоздың ұсынылған формаларына тәуелді аяқ флеботромбозы клиникасы, диагностикалау және дифференциальды диагностикалау толық мазмұндалған.

9-жылдық кезең ішінде жүгінген созылмалы тамыр жеткіліксіздігі бар 194 науқастың ауру тарихын талдау

көрсеткендей, анамнезінде флеботромбоздың дистальды формасы болған науқастар жағдайлардың 75%-да амбулаторлы емделген, ал олардың 15% тіпті басқа диагнозбен емделген. Аяқ флеботромбозы бар науқастарды амбулаторлық және стационарлы жағдайларда жеке емдеудің бірыңғайланған сұлбалары алғаш рет ұсынылып отыр бұл аяқ флеботромбозы бар науқастарды емдеу нәтижелерін жақсартуға сөзсіз мүмкіндік береді.

S U M M A R Y

**S.Ye. YERENGALIYEV, M.S. TASTEMBEKOV,
D.B. GEBEL**

Medical centers of computer-assisted diagnosis, Almaty c.
LOWER EXTREMITY PHLEBOTHROMBOSIS

The work is devoted to topical issues of the clinical picture, diagnosis and treatment of lower extremity phlebothrombosis. Subdividing lower extremity phlebothrombosis into distal and proximal forms suggested for the first time to use in practice. Clinical picture, diagnosis and differential diagnosis of lower extremity phlebothrombosis depending on the suggested forms of phlebothrombosis are detailed.

The analysis of 194 case histories of patients with chronic venous insufficiency, applied during a 9-year period, showed that patients who have a history of distal form of phlebothrombosis were outpatients in 75% of cases and 15% of them were treated even with a different diagnosis. Unified schemes of treatment protocols for patients with lower extremity phlebothrombosis in the outpatient and inpatient settings separately are suggested for the first time; that undoubtedly will improve the results of treatment of patients with lower extremity phlebothrombosis.

ИНФЕКЦИИ

УДК 612.017.1:616

С.Т. ДОСКОЖАЕВА

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

**РАЗВИТИЕ ИНФЕКЦИЙ НА ФОНЕ ИММУНОДЕФИЦИТА,
ОБУСЛОВЛЕННОГО ВИЧ**

Представлен спектр оппортунистических инфекций и вторичных заболеваний у больных с ВИЧ-инфекцией. Показаны причины их развития с учетом степени прогрессирования ВИЧ-инфекции, наличия антиретровирусной терапии и основные проблемы, с которыми сталкиваются врачи при диагностике и лечении этих состояний.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, вторичные заболевания, оппортунистические инфекции, антиретровирусная терапия

В проблеме лечения ВИЧ-инфекции можно выделить несколько направлений, без решения которых оно не будет полноценным и качественным. Одним из таких важнейших направлений является назначение антиретровирусной терапии, которая не только продлевает жизнь, но и улучшает ее качество, другим – борьба с вторичными заболеваниями.

До широкого внедрения в практику комбинированной антиретровирусной терапии (АРТ) оппортунистические инфекции (ОИ) и вторичные заболевания (ВЗ) были основными причинами заболеваемости и смертности больных с ВИЧ-инфекцией; продолжительность больных в стадии СПИДа определялась развитием вторичных инфекций на фоне прогрессирующей иммуносупрессии.

В начале 1990-х использование химиопрофилактики, иммунизации и других стратегий по контролю

за оппортунистическими инфекциями внесло определенный вклад в качество и продолжительность жизни больных с ВИЧ-инфекцией. Внедрение и широкое распространение АРТ в середине 90-х оказали более значительное влияние на уменьшение частоты и смертности от ОИ.

Несмотря на доступность АРТ, ОИ продолжают оставаться проблемой по трем причинам: 1) многие пациенты, не зная о ВИЧ-инфекции, обращаются за медицинской помощью поздно, когда ОИ уже становятся индикатором болезни; 2) определенные пациенты знают о своей ВИЧ-инфекции, но отказываются от АРТ из-за психосоциологических факторов; 3) некоторые пациенты не имеют приверженности к терапии.

Таким образом, оппортунистические инфекции остаются лидирующей причиной заболеваемости и смертности среди больных с ВИЧ-инфекцией.