УДК 616.14—002:612.014.44—073

ИНФРАКРАСНЫЕ ЛУЧИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОСТТРОМБОФЛЕБИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Проф. А. И. Древина, канд. мед. наук Е. Я. Гринштейн

Ленинградский научно-исследовательский институт экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов, кафедра госпитальной хирургии (зав.— проф. М. И. Бурмистров) Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института

Реферат. При обследовании 55 больных с помощью инфракрасной фотографии выявлены изменения в подкожных венах, а у ряда больных определено место окклюзии в глубоких венах. Объективность регистрации и наглядность изображения, простота, безопасность и информативность метода инфракрасной фотографии позволяют рекомендовать его для широкого использования как в хирургической практике, так и при врачебно-трудовой экспертизе.

Диагностика посттромбофлебитической болезни представляет значительные трудности. Между тем уточнение диагноза имеет принципиальное значение для выбора лечебной тактики, прогноза и экспертизы трудоспособности.

Наряду с клиническими данными ценную информацию о локализации и характере поражения вен нижних конечностей дает флебография. Однако этот метод не безразличен для больного и не прост. Не противопоставляя флебографии инфракрасную фотографию, мы предприняли попытку оценить значимость последней для дифференциальной диагностики первичного и вторичного поражения поверхностных вен.

Всех обследованных больных фотографировали в положении стоя. Делали снимки обеих нижних конечностей от стопы до паховой складки, а в ряде случаев, для уточнения характера патологии, — также паховой, надлобковой и мезогастральной области. У каждого больного произведено два снимка (обычная черно-белая фотография и снимок в инфракрасных лучах).

В результате длительных экспериментальных поисков оптимальных условий фотографирования в инфракрасных лучах мы изменили описанные в литературе технические условия на следующие: съемку производили крупноформатной камерой, используя отечественные фотопластинки серийного производства Инфра-780 размером 13 × 18 *см*. Наводку осуществляли со светло-красным светофильтром КС-19, при съемке пользовались им же. При объективе Индустар-51 и освещении объекта четырьмя лампами перекала мощностью 275 *Вт* каждая продолжительность выдержки при диафрагме 22 была равна 0,5 сек. Инфрафотоснимки получены при помощи контактной печати.

Наблюдавшиеся нами пациенты с посттромбофлебитической болезнью (женщин — 33, мужчин — 22) были в возрасте от 25 до 57 лет. Таким образом, это заболевание встречается у лиц наиболее работоспособного возраста. Длительность заболевания колебалась от 3 до 12 лет. Имея данные инфракрасной фотографии, мы определили изменения в подкожных венах, а у ряда больных — и место окклюзии в глубоких венах.

С помощью инфракрасных лучей у большинства больных удалось отчетливо проследить поверхностную венозную сеть на пораженных конечностях (42 чел.), и лишь у 1 больного она не выявлена. При фотографировании в обычном свете у большинства пациентов (42) поверхностные вены на фотографии не видны, и лишь у 13 получено слабое изображение подкожных вен (это были больные с резко выраженным варикозным расширением вен нижних конечностей, видимым невооруженным глазом). При анализе результатов инфракрасной фотографии

сосудов нижних конечностей мы выделили три варианта изменений подкожных вен.

Первый тип характеризовался множественными неровными, тонкими, мелкими венозными ветвями, диффузно расположенными в различных отделах конечности, чаще в виде сетки. Этот тип изменения поверхностных вен нижних конечностей обнаружен у 68% больных, главным образом у лиц с вторичным расширением поверхностных вен, возникающим как следствие перенесенного в прошлом тромбофлебита глубоких вен.

Второй тип — утолщенные, чаще одиночные стволы в системе большой или малой подкожных вен в виде цилиндров, узлов, извитых «змеевидных» линий — наблюдался у 9% больных, в основном с первичным варикозным расширением поверхностных вен.

Третий тип — смешанная форма, когда на пораженной конечности наряду с резко расширенными основными стволами наблюдались многочисленные варикозно измененные мелкие вены — констатирован у 23% больных. При оценке смешанных форм поражения поверхностных вен для постановки диагноза особое внимание должно быть уделено анализу анамнестических и объективных данных, так как инфракрасная фотография не позволяет четко дифференцировать характер патологического процесса.

В качестве примера приводим историю болезни С., 58 лет. 12 лет назад больная перенесла тромбофлебит глубоких вен правой нижней конечности. С тех пор отмечает отечность всей правой конечности, постоянное чувство распирания и тупые боли; постепенно появилось некоторое расширение поверхностных вен. Работу выполняла с трудом. В клинике установлен диагноз посттромбофлебитической болезни (рис. 1, 2).

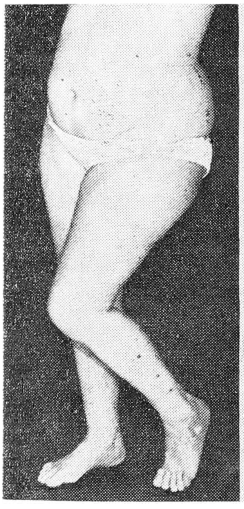

Рис. 1.

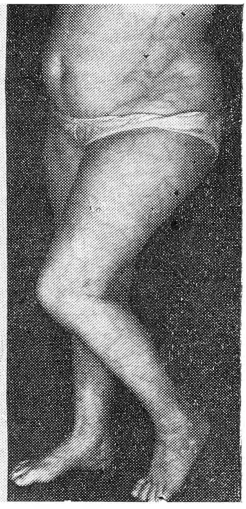

Рис. 2.

При изучении механизмов компенсации у больных с посттромбофлебитической болезнью определению проходимости глубоких вен отведено особое значение. Используемая для этих целей в условиях клиники функциональная проба Дельбе — Пертеса связана с визуальной оценкой степени кровенаполнения поверхностных вен и не дает четкого ответа. В то же время изменение кровенаполнения поверхностных вен находит свое отражение на инфракрасной фотографии. Последнее обстоятельство использовано нами для объективации результатов пробы Дельбе — Пертеса. Было установлено, что на контрольной фотографии, сделанной сразу же после проведения пробы, при проходимости глубоких вен уменьшается интенсивность и количество видимых поверхностных вен.

Наши исследования показали, что при длительно существующем патологическом процессе в венах одной из нижних конечностей в «здоровой» нижней конечности развивается компенсаторное расширение поверхностных вен. У 21 из наблюдаемых нами больных поражение «здоровой» нижней конечности не было видно невооруженным глазом и отчетливо прослеживалось на инфракрасных фотографиях в виде

расширенных, с неровными контурами, основных стволов большой и малой подкожных вен голени.

Ценность инфракрасной фотографии не умаляется теми случаями, когда снимки в инфракрасных лучах не дают должного представления о структуре поверхностной венозной сети, ибо удельный вес их невелик. Однако «противопоказания» к использованию данного метода должны быть четко оговорены. Их незнанием или техническими погрешностями объясняются подчас отрицательные результаты. Последние дают повод для совершенно необоснованных негативных заключений о методе инфракрасной фотографии.

При анализе причин, вызывающих снижение выявляемости подкожных вен нижних конечностей, наряду с общепризнанным фактором — выраженным развитием подкожной жировой клетчатки, отмечено резкое снижение видимости венозной сети при комбинации патологии венозной и лимфатической систем, сопровождающейся лимфостазом. Малопригодным оказался данный метод при обширных и резко выраженных трофических расстройствах. Относительным противопоказанием является обильный волосяной покров нижних конечностей, резко снижающий проявляемость венозной сети.

Таким образом, наши исследования подтвердили возможность выявления измененной поверхностной венозной сети у больных с различной патологией вен конечностей. В комплексном исследовании инфракрасная фотография может быть использована для дифференциальной диагностики вторичного варикозного изменения поверхностных вен, возникающего вследствие тромбофлебита глубоких вен, для изучения механизмов компенсации нарушенного венозного кровотока в связи с облитерацией магистральных вен, различной степени реканализации и т. д.

Простота, безопасность и информативность инфракрасной фотографии дают основание рекомендовать этот метод для широкого применения как в хирургической практике, так и при врачебно-трудовой экспертизе.

Поступила 9 февраля 1976 г.

УДК 616—022.363—089.197.5:616.33—006.6

РЕЗУЛЬТАТЫ ПАЛЛИАТИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ И ЭКСТИРПАЦИЙ ЖЕЛУДКА, ПРОИЗВЕДЕННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА

М. Е. Фишер

НИИ онкологии и медицинской радиологии МЗ БССР (директор — чл.-корр. АМН СССР проф. Н. Н. Александров)

Реферат. Проведен анализ продолжительности жизни 56 больных после паллиативных резекций и экстирпаций желудка. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности паллиативных субтотальных резекций у больных раком желудка при наличии отдаленных одиночных метастазов в печени, поджелудочной железе, корне брыжейки.

В ряде случаев страдающие раком желудка подвергаются резекциям и экстирпациям при наличии отдаленных метастазов. Естественно, что такие операции являются сугубо паллиативными. К ним относятся также оперативные вмешательства при обнаружении в краях резекции опухолевых клеток. Сведения о судьбе этих больных в литературе приводятся чрезвычайно редко, хотя они, несомненно, представляют интерес в связи с встречающейся необходимостью выполнения подобных операций.

В НИИ онкологии и медицинской радиологии МЗ БССР за 10 лет (1963—1972) произведено 748 резекций и экстирпаций желудка по по-