

Bhatia J. G., Gal H. *Ind. J. Tuberc.*, 1966, 13, 2.—6. Enle H. Z. *Tuberk.*, 1965, 123, 4/6.—7. Enle H., Werner E. *Tuberk.—Arzt.*, 1961, 12, 806.—8. Moisesku R. V. *Ftiziologia*, 1973, 22, 3.—9. Schwartz W. S. *Am. Rev. resp. Dis.*, 1966, 93, 5.—10. Seidel H. *Therapiewoche*, 1970, 20, 8.—11. Sighart H. *Pneumologie*, 1971, 145, 348.—12. Simane Z., Kraus P. *Rozhl. Tuberk.*, 1962, 4, 289.

Поступила 23 февраля 1979 г.

УДК 616.14—007.64:616—073

СОСТОЯНИЕ ВЕН БЕДРЕННО-ПОДВЗДОШНОГО СЕГМЕНТА У БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

В. Е. Мамаев, М. Ф. Мусин, М. Н. Малиновский

Кафедра рентгенологии и радиологии (зав.—проф. М. Ф. Мусин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, отделение хирургии сосудов (зав.—В. Е. Мамаев) Республиканской клинической больницы МЗ ТАССР (главрач—М. В. Буйлин)

Реферат. У 70 больных с варикозным расширением вен нижних конечностей методами проксимальной тазовой и ретроградно-бедренной флебографии изучено состояние венозного русла бедренно-подвздошного сегмента. Обнаружены характерные рентгенологические признаки варикозной болезни: эктазия подвздошной и бедренной вен, несостоятельность клапана сафено-бедренного анастомоза с рефлюксом контрастного вещества в большую подкожную вену, аневризматическое расширение устья большой подкожной вены, частичная или полная недостаточность клапанов бедренной вены. Установлено, что в 35,7% причиной развития гипертензии и варикозного расширения подкожных вен явились сегментарные сужения вен и сдавления бедренной вены в области пупартовой связки, различные экстравазальные сдавления магистральных вен бедренно-подвздошного сегмента костными выступами, перекрестно проходящей артерией, увеличенной маткой. Рекомендовано при изучении венозной гемодинамики нижних конечностей одновременно с применением дистальных флебографий проводить контрастное исследование тазовых вен.

Ключевые слова: вены нижних конечностей, варикозное расширение, флебография.

7 иллюстраций. Библиография: 3 названия.

Целью настоящей работы явилось изучение состояния вен бедренно-подвздошного сегмента у больных с варикозной болезнью нижних конечностей.

Наряду с опросом и осмотром, проводили клинико-функциональные пробы (Броди—Троянова—Тренделенбурга, Дельбе—Пертеса, Пратта, Гакенбруха, проба Махорнева и Окснера). Из рентгеноконтрастных методов применяли проксимальную тазовую и ретроградную бедренную флебографию путем чрескожной пункции бедренной вены.

Особенностью наших исследований является то, что до изучения тазовых вен всем больным производили прямую функционально-динамическую флебографию за экраном, что позволило получить целостное представление о состоянии всей венозной системы изучаемой конечности. Дополнительно состояние сосудистой системы нижних конечностей оценивали по данным флеботонометрии, осциллографии, реовазографии.

Достоверно выявленные рентгенологические изменения в последующем подтверждены результатами, полученными во время операции.

Изучение тазовых вен проведено у 70 больных с варикозной болезнью нижних конечностей, которым осуществлено 75 проксимально-тазовых и ретроградно-бедренных флебографий. У 5 больных исследование проведено с двух сторон, у 42 — справа, у 28 — слева.

Контингент больных составлял в основном трудоспособный возраст. От 20 до 50 лет было 49 больных (70%), мужчин — 28, женщин — 42. Давность заболевания — от 3 до 18 лет. Установлено, что варикозная болезнь чаще поражает обе нижние конечности (36 больных, 51,4%) и правую нижнюю конечность (22 больных, 31,4%), причем у больных с двусторонним поражением декомпенсация венозной гемодинамики и степень варикозного расширения вен чаще выражены на правой нижней конечности. У 14 больных (20%) была компенсированная форма, у 31 (44,3%) — субкомпенсированная, у 25 (35,7%) — декомпенсированная.

При исследовании бедренно-подвздошного сегмента установлены изменения, которые мы сочли возможным распределить на три основные группы, обусловленные

1) нарушением клапанного аппарата вен и тонуса венозной стенки; 2) деформацией и сдавлением общей бедренной вены, появляющихся при натуживании в области пупартовой связки; 3) симптомами деформации, вызванными экстравазальными сдавлениями магистральных вен таза перекрестно проходящей артерией, костными выступами тазовых костей, увеличенной маткой, сдавлением бедренной вены пупартовой связкой.

К первой группе относятся эктазия подвздошной и бедренной вен, отсутствие остиального клапана с рефлюксом контрастного вещества в большую подкожную вену, аневризматическое расширение устья большой подкожной вены, отсутствие или недостаточность клапанов бедренной вены.

Эктазия наружной подвздошной вены обнаружена у 17 больных (24,3%), справа — у 13, слева — у 4. При выполнении флебографии с приемом Вальсальва диаметр подвздошной вены почти не менялся. Во всех случаях контуры вен четкие, ровные, без краевых и центральных дефектов наполнения. Справа подвздошные вены, впадая в нижнюю полую вену под острым углом, образуют почти прямой, одинакового диаметра ствол.

Эктазия бедренной вены наблюдалась у 37 больных (52,9%), справа — у 21, слева — у 16 (рис. 1). При натуживании на ретроградно-бедренных флебограммах диаметр бедренной вены увеличивался еще на 1,0—1,5 см. Во всех случаях расширение магистральных вен было равномерным, контрастирование клапанов подвздошных вен на флебограммах отсутствовало, а первый клапан бедренной вены всегда располагался ниже устья большой подкожной вены. В связи с тем, что справа подвздошные вены впадали в нижнюю полую вену под острым углом, давление ретроградного столба передавалось по ним более легко, создавая условия преимущественного расширения магистральных вен справа.

У 51 больного (72,9%) установлено отсутствие контрастирования остиального клапана большой подкожной вены с рефлюксом контрастного вещества по ней (рис. 2).

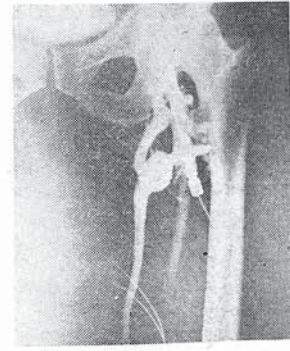


Рис. 1. Флебограмма б-го М. Расширение (эктазия) бедренной вены.

Рис. 2. Флебограмма б-го С. Недостаточность остиального клапана с рефлюксом контрастного вещества в большую подкожную вену.

Рис. 3. Флебограмма б-го К. Аневризматическое расширение большой подкожной вены.

У 30 человек (42,9%) на ретроградно-бедренных флебограммах просматривалось аневризматическое расширение большой подкожной вены в области устья до 5—6 см (рис. 3). На серийных флебограммах в аневризматическом мешке определялся застой контрастного вещества. Рентгенологических признаков частичного или полного тромбоза в аневризматическом мешке мы не нашли ни в одном случае. Аневризматическое расширение было вызвано снижением тонуса венозной стенки и повышением венозного давления.

У 4 из 14 больных (20%) обнаружено полное отсутствие контрастирования клапанов, у 10 — недостаточность клапанного аппарата с рефлюксом контрастного вещества по бедренной вене (рис. 4). Причем у 48 человек (68,6%) первый клапан в бедренной вене располагался ниже устья большой подкожной вены на 5 см и более. Некоторые авторы расценивают это как недостаточность клапанного аппарата.

Таким образом, учитывая частоту описанных выше изменений вен бедренно-подвздошного сегмента у больных с варикозной болезнью нижних конечностей, мы соч-



Рис. 4. Флебограмма 6-го В. Недостаточность клапанов бедренной и большой подкожной вены с рефлюксом контрастного вещества по ним.



Рис. 5. Флебограмма 6-го К. Деформация и динамическое сдавление бедренной вены в проекции пупартовой связки.

Сдавление на флебограммах изображалось в виде резкого уменьшения затенения бедренной вены в проекции пупартовой связки на протяжении 2—3 см и сужения ее просвета по сравнению с исходным диаметром (рис. 5). Выше и ниже сдавления интенсивность затенения вен была более заметной (тугое наполнение), имела ровные и четкие контуры. Такое сдавление, появляющееся только при нагрузке, мы назвали динамическим экстравазальным. У больных этой группы небольшие физические нагрузки могут вызывать нарушение оттока от конечности и появление гипертензии в венах.

Исследование различных сегментов нижней полой вены и ее ветвей методами проксимальной тазовой и ретроградно-бедренной флебографии позволило установить, что у 25 больных (35,7%) причинами развития гипертензии и варикозного расширения вен явились различные экстравазальные сдавления магистральных вен таза костными выступами, перекрестно проходящей артерией, увеличенной маткой, а также разные сегментарные сужения вен, обусловленные сдавлением общей бедренной вены в области пупартовой связки постоянного характера.

На тазовых флебограммах у 11 человек (15,7%) выявлено выраженное сдавление левой общей подвздошной вены на 50% и более величины диаметра. Контур вены был расплывчатым, отсутствовало контрастирование нижней полой вены или интенсивность ее затенения резко снижалась.

У остальных больных с варикозным расширением вен на левой нижней конечности в области впадения левой общей подвздошной вены в нижнюю полую на уровне пятого поясничного позвонка определялся краевой дефект наполнения с нечеткими контурами по наружному краю, который занимал от одной трети до половины диаметра сосуда. Сдвиги авторы считают, что этот дефект обусловлен внутрисосудистым образованием — шпорой [3], по данным других, он является зоной нормальной невидимости [2], по мнению третьих этот дефект вызван давлением перекрестно проходящей правой общей подвздошной артерии [1]. Сдавление общей подвздошной вены на половину и более величины диаметра мы считаем признаком патологии.

У 14 больных (20%) выявлено экстравазальное сдавление магистральных вен на 50% и более диаметра, при этом выше и ниже уровня сдавления определялось некоторое расширение вены. Выполнение флебографии с натуживанием увеличивало степень сдавления. У 5 человек сдавление подвздошных вен было видно при выходе из малого таза (рис. 6). Последняя при переходе терминальной линии в области крестцово-подвздошного сочленения и мыса, огибая их, сдавливается. У 1 больной просматривалось равномерное сужение и смещение кнаружи по дуге подвздошных вен, при осмотре ее гинекологом была обнаружена фибромиома матки. У 4 больных наблюдалось сегментарное

ли возможным выделить их как типичные рентгенологические признаки данной патологии.

У 8 человек (11,4%) на серийных флебограммах, выполненных при легком натуживании (прием Вальсальвы), определялось смещение подвздошной и общей бедренной вен кнаружи, ее изгиб. При этом у 6 больных появились признаки сдавления общей бедренной вены в проекции пупартовой связки, которые отсутствовали на флебограммах, выполненных без приема Вальсальвы.



Рис. 6. Флебограмма 6-го П. Сдавление подвздошной вены при выходе из малого таза.



Рис. 7. Флебограмма б-го Р. Сдавление бедренной вены пупартовой связкой.

сужение подвздошных вен до 5 см. Выше и ниже сужения подвздошные вены были расширены. Больных не оперировали, поэтому причину сужения установить не удалось. У 4 человек было заметно сдавление обшей бедренной вены в проекции пупартовой связки (рис. 7). На флебограммах оно определялось в виде резкого уменьшения интенсивности затенения вены, выраженного красного дефекта наполнения по медиальному краю в этой проекции. Все эти больные были прооперированы, на операции диагноз подтвердился. Установлено сужение фиброзного кольца пупартовой связки и сдавление ею сосудистого влагалища. Произведено надсечение пупартовой связки по медиальному краю.

ВЫВОДЫ

1. Основными рентгенологическими признаками варикозной болезни нижних конечностей, выявленными по тазовым и ретроградно-бедренным флебограммам, являются эктазия подвздошной и бедренной вен, несостоятельность клапана сафено-бедренного анастомоза с рефлюксом контрастного вещества в большую подкожную вену, аневризматическое расширение устья большой подкожной вены, частичная или полная недостаточность клапанов бедренной вены.

2. У 35,7% больных одной из причин развития гипертензии и варикозного расширения подкожных вен явились различные экстравазальные сдавления вен бедренно-подвздошного сегмента.

3. Методы проксимальной тазовой и ретроградно-бедренной флебографии должны шире применяться в клинической практике. В зависимости от характера и степени анатомического и функционального состояния вен бедренно-подвздошного сегмента может быть выработана оптимальная оперативная и комбинированная тактика лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Константинова Г. Д. Патогенетическое обоснование хирургического лечения варикозного расширения поверхностных вен нижних конечностей. Автореф. докт. дисс., М., 1976.— 2. Савельев В. С., Думпе Э. П., Яблоков Е. Г. Болезни магистральных вен. М., Медицина, 1972.— 3. May R., Nissl R. Die Phlebographie der unteren Extremität. Stuttgart, 1959.

Поступила 19 декабря 1980 г.

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616.24—002.1—053.2—06

Г. И. Киршин, И. Г. Гришкин (Ижевск). Осложненное течение острой пневмонии у детей (причины и исходы в отдаленные сроки)

Изучение причин осложненного течения пневмонии у детей является актуальной проблемой современной пульмонологии. Нами проведено всестороннее клиническое и инструментально-лабораторное обследование 130 человек молодого возраста (15—30 лет), которые в детстве перенесли острую пневмонию с необычным течением. Одновременно тщательно проанализированы их истории болезни с самого начала заболевания.

В необычном течении пневмоний у детей играют роль как этиологические факторы, так и состояние макроорганизма и предрасполагающие моменты. У 103 (79,2%) обследованных первичным этиологическим фактором оказалась острая респираторная вирусная инфекция, из них у 24 (23,3%) человек наблюдалось наслоение одной вирусной инфекции на другую. У больных этой группы отмечено особенно тяжелое течение заболевания. Тяжесть пневмонии проявлялась выраженной интоксикацией, дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью. Лихорадочный период продолжался 8—10 дней и более. Катаральные явления со стороны бронхолегочной системы и рентгенологические признаки заболевания разрешались медленно. Кашель беспокоил 2—3 мес и более. У детей раннего возраста отмечались приступы цианоза. У 23 из 90 человек, заболевших острой пневмонией в возрасте до 1 года, наблюдался энцефалитический синдром. Доминирующими симптомами общемозговых нарушений являлись судорожные приступы, протекавшие с потерей сознания и цианозом.