

Н. М. РЗАЕВ, Н. Ф. МУРАДОВ

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ И ПУТИ ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ

В настоящее время вопросы раннего распознавания, дифференциальной диагностики, трудовой экспертизы и динамического наблюдения за течением болезни и результатами проведенного лечения при заболеваниях сосудов приобретают весьма важное значение в связи с ростом их удельного веса среди общей заболеваемости населения [4, 16]. Клинические методы обследования больных с заболеваниями сосудов позволяют получить общее представление о состоянии периферического кровообращения, которое оказывается явно недостаточным для решения указанных задач.

Применение инструментально-графических методов исследования значительно расширяет возможности при диагностике болезней периферических артерий и их дифференциации с другими патологическими состояниями конечностей, которые по клиническому проявлению сходны с основными формами тромбооблитерирующих заболеваний или же сопровождаются вторичным ангиоспазмом [3, 5, 10].

Целью настоящего исследования явился анализ причин диагностических ошибок, допускаемых на поликлиническом этапе обследования больных с заболеваниями периферических артерий, и определение путей их предупреждения.

Материал и методы. В данном сообщении приводятся результаты амбулаторного обследования 10806 больных, направленных из различных лечебных учреждений республики по поводу патологии периферических артерий и прошедших через ангиологический кабинет приемно-поликлинического отделения НИИКЭМ МЗ Азерб. ССР.

Больные обследовались опытными ангио-хирургами, и по мере необходимости у них производились реовазография, артериальная и электрическая осциллография, иногда—полиангиографическое обследование, включающее все перечисленные методы. Сегментарная продольная реовазограмма (РВГ), артериальная (АОГ) и электрическая осциллограммы (ЭОГ) регистрировались на верхней и нижней трети бедра и голени и на стопе по ранее описанной нами методике [12]. Широко применялся отечественный ультразвуковой индикатор потока крови ИПК-1.

Результаты и их обсуждение. При обследовании в ангиологическом кабинете было установлено, что из 10806 больных, направленных

по поводу патологии периферических артерий, у 2480 (22,95%) нет симптомокомплекса поражения сосудов, т. е. имела место гипердиагностика. У этих больных жалобы были связаны с хроническим пояснично-крестцовым радикулитом (937), неспецифическим или обменным полиартритом (915), диабетическим полиневритом (225), ревматизмом (203), остеомиелитом (108), плоскостопием (74) и прочими заболеваниями (18). У остальных 8326 больных был установлен облитерирующий эндартериит (1534), облитерирующий атеросклероз (6318), болезнь или синдром Рейно (165), неспецифический аорто-артериит с преимущественным поражением терминальной части брюшной аорты и ее ветвей (137), диабетическая ангиопатия (172).

Анализ нашего материала показал, что частой причиной диагностических ошибок является переоценка одного или двух признаков патологии сосудов. В большинстве случаев неправильно оценивались субъективные ощущения больного и диагноз облитерирующей патологии устанавливался лишь на основании наличия болей в нижних конечностях. Внимательное изучение характера, локализации, обстоятельства появления, сезонности, времени возобновления и усиления (днем или ночью) болей, а также сопровождающих их других субъективных ощущений (чувство онемения, повышенная зябкость, парестезия) позволило исключить органическое поражение периферических артерий у таких больных. При этом существенную помощь оказывали осциллография и ультразвуковой индикатор потока крови, посредством которых устанавливалась хорошая проходимость магистральных артерий до дистальных отделов конечности.

Нередкой причиной диагностических ошибок в сторону гипердиагностики являлось отсутствие пульса на тыльной артерии стопы (у 514 больных) в связи с ее атипичным или глубоким расположением. Как правило, у таких больных кожные покровы стоп были нормальной окраски; гипотрофия мышц, нарушение роста волос на голенях и деформация ногтей не отмечались. В таких случаях большую помощь оказывали также электрическая осциллография и реовазография, на всех уровнях регистрирующие количественные и качественные показатели ЭОГ и РВГ, которые колебались в пределах нормы.

Диагностическим ошибкам способствовали также гипотрофия мышц голени (при поражении периферических нервов, анкилозах), изменение цвета кожи при ее заболеваниях, наличие незаживающих язв при венозной патологии, остеомиелита и др. В таких случаях тщательное клиническое обследование с применением рентгеновских, лабораторных и инструментально-графических методов исследования позволило исключить органическое поражение периферических артерий. При наличии вторичного ангиоспазма неоценимую помощь оказывала проба с физической нагрузкой. В отличие от начальных стадий облитерирующего эндартериита и атеросклероза у больных с вторичным ангиоспазмом, также как и у здоровых людей, при физической нагрузке показатели ЭОГ и РВГ улучшались.

Гиподиагностика органических заболеваний периферических артерий (у 127 больных—1,18%) наблюдалась значительно реже, нежели их гипердиагностика. Больные направлялись в клинику для специализированной ангиологической помощи в поздних стадиях тромбооблитерирующих заболеваний после длительного лечения по поводу поражения периферических нервов, эндокринных желез, кожных покровов и др. Применение инструментально-графических методов исследования периферического кровообращения у этих больных способствовало бы своевременному выявлению органического поражения артерий и проведению патогенетического лечения с выработкой рекомендаций, направленных на профилактику прогрессирования заболевания.

Из 8326 больных, у которых имелась патология периферических артерий, у 3334 (40%) диагноз направившего учреждения был неточным и неполным. Большинство больных облитерирующим атеросклерозом, болезнью или синдромом Рейно, неспецифическим аорто-артериитом, диабетической ангиопатией было направлено на консультацию с диагнозом «облитерирующий эндартериит». Часто не указывались или указывались ошибочно стадия заболевания и локализация патологического процесса.

Результаты наших исследований, перекликаясь с данными ряда авторов [2, 7, 16], свидетельствуют о довольно большом удельном весе ошибок в диагностике заболеваний периферических артерий, особенно на поликлиническом этапе, т. е. в начальных стадиях болезни и при экспертизе трудоспособности. Это объясняется тем, что такие признаки тромбооблитерирующих заболеваний, как быстрая утомляемость и боли в нижних конечностях, зябкость пальцев и стоп, парестезии различного характера, изменение цвета и снижение температуры кожных покровов наблюдаются и при других заболеваниях [6, 8, 9, 15].

Следует отметить, что пальпаторное определение пульсации на артериях стоп должно оцениваться с осторожностью, так как отсутствие пульсации на тыльной артерии стопы наблюдается у 11,7—15% практически здоровых лиц [13, 14] и в 21,6% случаев—у больных с различными заболеваниями без поражения периферических артерий [1].

Таким образом, до сих пор на поликлиническом этапе обследования допускаются частые ошибки в диагностике заболеваний периферических артерий, особенно в сторону гипердиагностики. Преобразование кабинетов электрокардиографии, функционирующих в поликлиниках, в кабинеты функциональной диагностики сердечно-сосудистой системы с применением инструментально-графических методов исследования периферического кровообращения в значительной мере способствовало бы улучшению вопросов диагностики и трудовой экспертизы больных с тромбооблитерирующими заболеваниями артерий конечностей на поликлиническом этапе.

НИИ клинической и экспериментальной медицины,
МЗ Азерб. ССР, г. Баку

Поступила 25/III 1981 г.

ՄԱՍԻՆԵՐԸ ԾԱՅՐԱՄԱՍԱՅԻՆ ԶԱՐԿԵՐԱԿՆԵՐԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ
ԱՆՏՈՐՈՇՄԱՆ ՄԵՋ ԵՎ ՆՐԱՆՑ ԿԱՆԽՈՐՈՇՄԱՆ ՃԱՆԱՊԱՐՀՆԵՐԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Ծայրամասային ղարկերակների հիվանդությունների պատճառով կոնսուլտացիայի ուղարկված 10806 հիվանդների ամբուլատոր հետազոտությունների արդյունքների վերլուծության հիման վրա ցույց են տրված սխալները, որոնք թույլ են տրվում այս հիվանդների հետազոտության պոլիկլինիկային էտապում և ցույց են տրվում դրանց կանխորոշման ճանապարհները:

N. M. Rzaev, N. F. Mouradov

Errors in the Diagnosis of the Peripheral Arteries Diseases and the
Ways of Their Prevention

S u m m a r y

On the basis of the analysis of the results of the ambulant examination of 10806 patients with pathologies of peripheral arteries the errors, made at this stage are shown and the ways of their prevention are given.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аптекман Р. А. Тер. архив, 1939, 4, 36—43.
2. Арапов А. С. Хирургия, 1970, 6, 130—133.
3. Выховская А. Г., Зарецкий В. В., Черепанова О. Б. Клин. мед., 1966, 3, 88—92.
4. Ганджа И. М., Фуркало Н. К. Атеросклероз. Киев, 1978.
5. Зайцев Г. П., Юхтин В. И., Кукушкина Т. И. Клин. мед., 1974, 4, 129—134.
6. Корженевский Л. В. Клин. хирургия, 1968, 9, 79—80.
7. Краковский Н. И., Золотаревский В. Я. Хирургия, 1971, 7, 150—154.
8. Кузмичев А. Л. В кн.: «Болевые синдромы», Киев, 1965, 70—77.
9. Литвищенко А. Ф., Копытов Ю. П. Врач. дело, 1968, 8, 99—102.
10. Мурадов Н. Ф. Азмеджурнал, 1978, 8, 33—38.
11. Покровский А. В. Заболевания аорты и ее ветвей. М., 1979.
12. Рзаев Н. М., Карамов К. С., Мурадов Н. Ф. Азмеджурнал, 1976, 7, 3—10.
13. Симонов В. В. Вест. хирургии, 1957, 12, 67—69.
14. Тараненко Л. Д. Вест. хирургии, 1967, 10, 85—90.
15. Шаповалов И. П. Самопроизвольная гангрена как эндокринно-вегетативный облитерирующий атеросклероз. Л.—М., 1958.
16. Шотт А. В., Авдей Л. В. Здравоохранение Белоруссии, 1970, 12, 3—6.