

при латентных формах ишемической болезни сердца, следует в процессе лечения систематически проводить ЭКГ исследования, которые позволяют решить дальнейшую показанность применения физиобальнеолечения в один и тот же день.

НИИ курортологии и физиотерапии
МЗ Армянской ССР

Поступила 12/XII 1981 г.

Ռ. Ա. ՉԻԼԻՆԳԱՐՅԱՆ, Կ. Ս. ԲԱԽՇԻՆԻԱՆ

**ՈՂՆԱՇԱՐԻ ՈՍՏԵՈՆՈՆԳՐՈՋԻ ՆԵՐՎԱՐՄԱՏԱՅԻՆ ՄԻՆԻՐՈՄՈՎ
ՏԱՌԱՊՈՂ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄԻՐՏ-ԱՆՈՒՅԱՅԻՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ
ՎՐԱ ՖԻԶԻՈԲԱԼՆԵՈԼՈԳԻԱԿԱՆՈՐՆԵՐԻ ՄԻԱՆՎԱԳ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ**

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հաստատված է, որ տրիպսին դիադինամոֆորեզը և ռադոնային լողանքները կարելի է նշանակել նույն օրը 3 ժամ ընդմիջումով, ողնաշարի ոստեոխոնդրոզի ներվարմատային սինդրոմով տառապող հիվանդներին:

Համատեղ բուժումը բարձրացնում է բուժական արդյունավետությունը և կրճատում մահաճակատ-օրերի թիվը:

Միանվագ ուսումնասիրությունը այդ գործոնների ազդեցության վերաբերյալ սիրտ-անոթային համակարգի վրա չի հայտնաբերել բացասական ազդեցություն:

R. A. Chilingarian, K. S. Bakhshinian

**Effect of the Single Physiobalneologic Procedure on the
Cardiovascular System of Patients With Radicular Syndrome
of Spine Osteochondrosis**

S u m m a r y

On the base of a single clinical ECG studies of the cardiovascular system it is shown the possibility of application of balneophysiologic factors—diadinamophoresis of trypsin and radon baths during one and the same day in patients with radicular syndrome of the spine osteochondrosis.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Данилова И. Н. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры, 1975, 4, 289—292.
2. Латышева З. А. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры, 1978, 5, 38—42.

УДК 616.14—005.6—085.273

М. Б. АЮНЦ, А. З. ҚАРАПЕТЯН, В. П. ТАРАСЕВИЧ

**ИЛЕО-ФЕМОРАЛЬНЫЕ ФЛЕВОТРОМБОЗЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ
МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Подвздошно-бедренный венозный тромбоз в клинической практике встречается довольно часто и составляет 10—15% всех тромбозов магистральных вен нижних конечностей [1—3]. Многие вопросы лечения

венозных тромбозов до настоящего времени остаются далеко не разрешенными, и хотя в последние годы имеется определенная тенденция более широкого применения хирургических способов, медикаментозная терапия не исчерпала своих возможностей и в определенных случаях остается основным методом лечения.

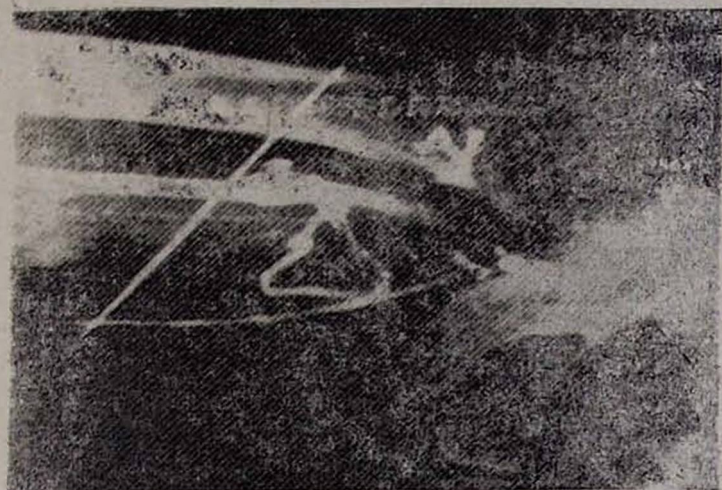


Рис. 1.

В данной работе анализируются результаты проведения (за период с 1975 по 1980 гг.) медикаментозной терапии у 73 находящихся на стационарном лечении больных (мужчин—17, женщин—56) с подвздошно-бедренным венозным тромбозом.

Больные были в возрасте от 15 до 77 лет. Средний возраст—38 лет. Правостороннее поражение наблюдалось у 24 больных, левостороннее—у 43, билатеральное—у 6.

Причины развития флеботромбозов приводятся в табл. 1.

Обследование больных проведено комплексно, включая клинические, физикальные и лабораторные методы исследования. На основании клинико-лабораторных данных больные подразделены по классификации В. С. Савельева на 3 группы: легкая форма—23 больных, среднетяжелая—28, тяжелая—22.

Давность клинических проявлений заболевания со дня поступления в стационар—от 20 суток до 3 месяцев.

Основными клиническими признаками болезни были боли в пораженной конечности (76%) и в пояснично-крестцовой области (19%).

Отечность нижних конечностей отмечена у всех больных, при этом разница в окружности по сравнению с контралатеральной конечностью на уровне бедра составляла при одностороннем поражении больше 14 см, у остальных—4—6 см. Синюшность кожи наблюдалась у 15 боль-

ных (20%), у 4 из них синюшность исчезала в горизонтальном положении.

Кожная электротермометрия показала понижение температуры на дистальных уровнях конечности и повышение—на уровне бедра (71%) и верхней трети голени (29%).

Осциллографически у 86% больных выявлен спазм артериальных сосудов не только пораженной, но и здоровой конечности. Средний осциллографический индекс у больных тяжелой формой заболевания был сравнительно ниже, чем у больных легкой и среднетяжелой формами.



Рис. 2.

Мышечный кровоток определен у 54 больных, при этом выявлено понижение его интенсивности как пораженной (в большей степени), так и контралатеральной конечности, особенно при тяжелой форме.

Перечисленные гемодинамические изменения (табл. 2) говорят о значительном нарушении микроциркуляции пораженной конечности.

Флебографические исследования проведены у 12 пациентов и всегда сочетались с флеботонометрией, при этом было выявлено полное отсутствие контрастирования глубоких вен на уровне бедра (у 4 больных), симптом «ампутации» на уровне бедра (у 5) и на уровне подвздошной вены (у 3, рис. 1). Одновременно отмечалась неровность, изъеденность контуров контрастированных вен (неполная реканализация). Венозное давление колебалось в широких пределах, но всегда было выше 450 мм водн. ст., а в 2 случаях достигало 1200 мм водн. ст. (тяжелая форма), при этом давление в локтевой вене у всех больных оставалось в пределах 120—180 мм водн. ст.

При анализе коагулограмм выяснилось, что гиперкоагуляция крови отмечается далеко не у всех больных: у части больных наблюдается даже картина гипокоагуляции. Это мы объясняем отчасти тем, что

обычно больные в догоспитальный период получали антикоагулянтное лечение.

В других случаях было выявлено повышение фибриногена—у 11 больных (410—966 мг%), протромбинового индекса—у 9 (100% и выше), укорочение времени свертывания до 2—4 мин.—у 6 больных; одновременно у всех этих больных отмечалось понижение фибринолитической активности. Исходные данные электролитного обмена варьировали в пределах нормальных величин, однако, как и показатели коагулирующей системы, они имеют большое значение в процессе лечения и должны контролироваться повторными исследованиями.

Таблица 1

Основные причины развития флеботромбозов

Причины развития флеботромбозов	Количество больных	% от общего числа больных
Операции на органах брюшной полости и малого таза	22	30,1
Беременность, роды, аборт	28	38,3
Длительный постельный режим (инфаркт миокарда, инсульт мозга и др.)	6	8,3
Тромбофлебит подкожных вен нижних конечностей	10	13,7
Инфекционные заболевания	3	4,1
Различные травмы	4	5,5
Всего	73	100

Таблица 2

Гемодинамика нижних конечностей при флеботромбозах

Формы заболевания	Осцилляционный индекс, мм		Мышечный кровоток, мл/100 г./мин.	
	пораженная конечность	здоровая конечность	пораженная конечность	здоровая конечность
Легкая	7,6±0,51	11,8±0,46	6,1±0,21	6,9±0,33
Среднетяжелая	6,2±0,32	9,5±0,36	4,7±0,15	5,8±0,13
Тяжелая	5,4±0,18	8,9±0,21	4,1±0,45	4,9±0,26

Медикаментозное лечение больных проведено по схеме, направленной на понижение свертывающей системы крови, улучшение реологических свойств крови, устранение спазма артерий и улучшение обменных процессов, на проведение противоотечной терапии.

Применялись и медикаментозные средства, улучшающие венозное кровообращение, а также лечебная гимнастика.

Хорошие результаты (значительное уменьшение или исчезновение отежности конечности, отсутствие болей при ходьбе и нормализация окраски кожи) наблюдались у 54% больных, удовлетворительные (сохранение отежности конечности и незначительные боли при физической нагрузке и ходьбе)—у 20% (в основном больные легкой и среднетяжелой формами). У остальных больных отежность конечности, несмотря

на улучшение общего состояния и исчезновение болей в покое, не уменьшалось. Это мы расцениваем как неудовлетворительный результат. У этих больных в последующем развивается хроническая венозная недостаточность, и все они подлежат диспансерному наблюдению.

Среднее число койка-дней составляет 38 суток, однако больные со среднетяжелой и тяжелой формами требуют более длительного лечения (до 2 месяцев).

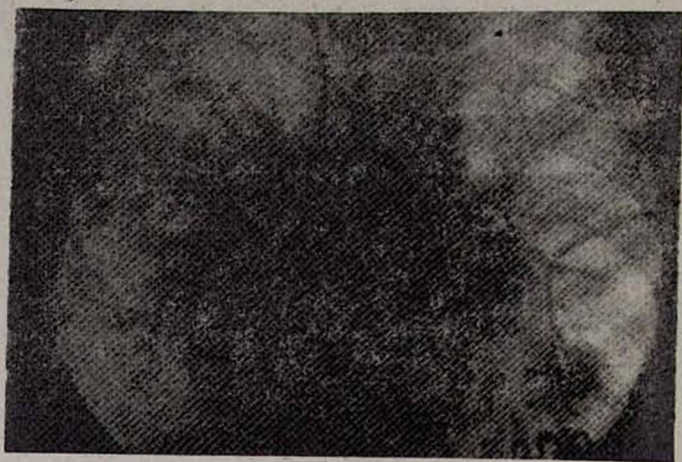


Рис. 3.

Одним из грозных осложнений флеботромбозов является эмболия легочной артерии и ее ветвей. Из 6 наблюдений (8,3%) в 2 была эмболия ствола легочной артерии с летальным исходом. В другом случае больная поступила с острым флеботромбозом илеофemorального сегмента слева, через 2 часа развилась острая эмболия правой легочной артерии. Благодаря срочно принятым мерам удалось лизировать тромб, восстановить легочное кровообращение и купировать сердечно-легочную недостаточность (рис. 2, 3). В последующем у больных произведена одномоментная фибромиомэктомия с надрезом влагалищной ампутацией матки и пликация левой подвздошной вены для предупреждения повторных эмболий.

У остальных 3 больных наблюдалась клиника очаговой пневмонии, что расценено нами как постинфарктная пневмония вследствие тромбоэмболии ветвей легочной артерии. По-видимому, подобные осложнения являются не очень редкими, чаще всего они не диагностируются.

Выводы

1. Основными причинами неудовлетворительных результатов лечения является поздняя диагностика флеботромбозов, что исключает хирургическую коррекцию, и неправильная тактика ведения больных (ги-

подинамия, длительный постельный режим и другие факторы, повышающие свертывающую систему крови).

2. Больные с флеботромбозом нуждаются в лечении и диспансерном наблюдении в специализированных хирургических отделениях.

3. Для профилактики эмболических осложнений большое значение имеет своевременное и правильное ведение антикоагулянтной и фибринолитической терапии в сочетании с хирургическими методами восстановления кровообращения.

Филиал ВНИЦ АМН СССР в г. Ереване

Поступила 10/XI 1981 г.

Մ. Բ. ԱՅՈՒՆՅ, Ա. Զ. ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ, Վ. Պ. ՏԱՐԱՍԵՎԻՉ

**ՋՍՏԱԶԴՐԱՅԻՆ ԵՐԱԿԱՅԻՆ ԽՅԱՆՈՒՄՆԵՐԸ ԵՎ ԴԵՂՈՐԱՅՔԱՅԻՆ
ԲՈՒԺՄԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ**

Հստակորակի երակային խցանումներով հիվանդների մոտ զեղորայքային բուժման արդյունքները ցույց են տալիս, որ էմբոլիկ բարդությունների կանխարգելման համար անհրաժեշտ է ֆիրբինալիտիկ և անտիկոագուլյանտային բուժումը համակցել վիրաբուժական մեթոդների հետ:

M. B. Ayounts, A. Z. Karapetian, V. P. Tarasevich

**Ileofemoral Phlebothrombosis and Results of Medicamentous
Treatment**

S u m m a r y

The results of medicamentous treatment of patients with ileofemoral phlebothrombosis have shown, that for prophylaxis of embolic complications it is necessary to combine fibrinolytic and anticoagulating therapy with surgical methods of treatment.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Покровский А. В. и др. Пластические операции на магистральных венах. Казахстан. Алма-Ата, 1977. 2. Савельев В. С. и др. Заболевания магистральных вен. М., 1972. 3. Хасин Ю. В. Автореф. канд. дисс. Новосибирск, 1970.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.12—008.318:616—053.2

А. А. ГАЛСТЯН, Ф. А. ДЖАВАРИ, Э. Г. МАТЕВОСЯН

О НАРУШЕНИЯХ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

До сих пор нет определенных критериев, которые позволили бы объяснить, какие именно виды аритмий встречаются при той или иной патологии сердца.

Под наблюдением находилось 137 детей в возрасте от 3 до 15 лет с различными нарушениями ритма и проводимости. Мальчиков и девочек было примерно одинаковое количество. Из них 97 детей были с ревма-