

Анализ причин малой эффективности амбулаторного лечения хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей

Ф. Х. Низамов, Е. В. Иванов, А. А. Речкалов

Резюме

Хронические облитерирующие заболевания нижних конечностей (ХОЗАНК) широко распространены в современном обществе. Амбулаторное лечение пациентов, страдающих ХОЗАНК, зачастую неэффективно и приводит к развитию осложнений, прежде всего — критической ишемии нижних конечностей. В статье приведен анализ возможных причин недостаточной эффективности амбулаторного лечения ХОЗАНК и намечены пути решения этой проблемы.

Ключевые слова: хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей, амбулаторное лечение, медикаментозное лечение, ошибки.

По данным медицинской статистики отмечается неуклонный рост числа больных с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей (ХОЗАНК). Несмотря на успехи современной ангиологии, также отмечается рост количества высоких ампутаций конечностей, что в значительной мере снижает качество жизни больных. Причины такого положения многочисленны, однако, во многих случаях, они предсказуемы и управляемы. Все причины можно разделить на две основные группы:

1. Группа причин, связанных с неправильной диагностикой.

2. Группа причин, связанных с неправильной тактикой лечения.

Первое место среди ХОЗАНК принадлежит облитерирующему атеросклерозу артерий нижних конечностей. Заболеваемость составляет от 2–3% до 5–7% от общей численности населения, неуклонно увеличиваясь с возрастом [1, 2].

Так, на диспансерном учете в муниципальных поликлиниках г. Тюмени к концу 2005 года состояло 12 123 человека. Следует отметить, что в 26–28% заболевание протекает без выраженной клиники, что зачастую приводит к поздней диагностике. Типичная симптоматика в виде быстрой утомляемости, зябкости стоп, парестезий и перемежающейся хромоты выявляется лишь у 5–8% больных. Нередки случаи, когда преобладающая жалоба пациентов — парестезии и быстрая утомляемость. Такие больные

часто проходят лечение у невролога без всякого эффекта, и лишь появление низкой перемежающейся хромоты позволяет определиться в правильной диагностике. Кроме того, у широкого круга врачей, в первую очередь первичного звена, отсутствует так называемая «атеросклеротическая настороженность» — игнорирование нарушения соотношения липидного спектра крови. Не учитывается увеличение содержания в крови β-липопротеидов. Данный признак говорит о возможности поражения атеросклеротическим процессом артерий любой локализации, в том числе и нижних конечностей.

Следует помнить, что атеросклероз — заболевание мультифокальное и часто на первом месте оказывается клиника поражения других артериальных бассейнов — коронарных, церебральных, почечных. Диагноз облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей выставляется поздно при наступлении критической ишемии нижней конечности (КИНК), когда зачастую единственным способом оперативного вмешательства является ампутация. Часто забывается положение, что атеросклероз — неуклонно прогрессирующее заболевание, с воспалительным компонентом неинфекционной природы. Кроме того, высок риск развития на фоне хронической артериальной недостаточности острых сосудистых катастроф за счет тромбозомболических осложнений, что нередко приводит к ампутации конечности. Важным компонентом является недоучет или же просто игнорирование факторов риска развития ХОЗАНК — курение, высокие показатели артериального давления, высокий уровень холестерина в крови. Одной из причин гиподиагностики является недостаточное использование ультразвукового ангиосканирования, доступного практически в любом лечебном учреждении.

Обращает внимание на себя факт отсутствия преемственности между стационаром и этапом

Низамов Фатых Хаялович — д.м.н., проф. каф. госпитальной хирургии Тюменской гос. медицинской академии.

Иванов Евгений Владимирович — зав. хирургическим отделением многопрофильной клиники Тюменской гос. медицинской академии.

Речкалов Алексей Александрович — ассистент каф. госпитальной хирургии Тюменской гос. медицинской академии.

амбулаторного долечивания и реабилитации таких больных. В связи с финансовыми затруднениями, нередко не продолжается лечение в условиях поликлиники, курсы терапии остаются незавершенными, нарушается принцип непрерывности лечения. Амбулаторное лечение ХОЗАНК часто имеет низкую эффективность. Короткие курсы консервативного лечения (в течение 10–12 дней) только препаратами антиагрегантного действия дают кратковременный эффект. Анализ ведения этих больных показывает, что в амбулаторно-поликлинических условиях почти никогда не используется комплексная терапия. Лишь у 12% больных применяется схема непрерывного лечения, которая включает в себя этапы: стационар — поликлиника — реабилитация. Наибольшее количество ошибок в ведении больных допускается именно на поликлиническом этапе. Так, дифференциальная диагностика поражения периферических артерий проводится на уровне первичного звена оказания медицинской помощи. От того, насколько правильно и своевременно поставлен диагноз (с определением не только и не столько уровня поражения магистральной артерии, сколько степени хронической артериальной недостаточности), зависит прогноз. Общеизвестный критерий, что при Н-Б стадии хронической артериальной недостаточности (ХАН) необходимо решать вопрос о хирургической коррекции кровоснабжения конечности, часто не учитывается. При этом, шунтирование при субкритической ишемии (II стадия ХАН) практически не дает эффекта. При правильном диагнозе неустранение факторов риска развития ХОЗАНК приводит к более быстрому прогрессированию облитерации просвета сосуда, способствует появлению новых бляшек. И, конечно, важным является выявление сопутствующих заболеваний и рациональная их коррекция. На этапе амбулаторного долечивания часто не придерживаются важных принципов — лечение должно проводиться всем больным, независимо от степени ХАН, быть непрерывным и комплексным [3].

Основу лечения ХОЗАНК составляет медикаментозная терапия, в которой нуждаются абсолютно все пациенты с данными заболеваниями. С этой целью традиционно использовались препараты различных фармакологических групп: средства, улучшающие микроциркуляцию, антиагреганты, периферические вазодилататоры, ангиопротекторы, препараты для улучшения клеточного метаболизма, анальгетики, иммуномодуляторы. В настоящее время, с позиций доказательной медицины, подробное научное доосье имеется у препаратов пентоксифиллин и простагландин E₁, которые, собственно, и являются лидерами в терапии ХОЗАНК. Пенток-

сифиллин — препарат выбора для лечения расстройств микроциркуляции. Реальной альтернативой ему может явиться лишь цилостазол, не зарегистрированный для применения в Российской Федерации. Из всего разнообразия патентованных форм нами отдается предпочтение препарату Вазонит-ретард, двукратное применение которого не обременяет пациента, а пролонгированная форма позволяет поддерживать эффективную терапевтическую концентрацию в течение суток. Простагландин E₁ (Вазпростан, Алпростан), первоначально применявшийся только при КИНК для спасения или отсрочки от ампутации нижней конечности, в настоящее время с успехом применяется и при II стадии ХОЗАНК. При этом препарат остается преимущественно стационарным, в амбулаторных условиях его пока назначают редко.

По данным Е. П. Бурлевой [4], в 96% случаев амбулаторного лечения ХОЗАНК, врачи придерживаются принципов «типичной практики», что, в целом, негативно сказывается на результатах лечения. Основной ошибкой при назначении пентоксифиллина является недостаточная суточная дозировка (менее 1200 мг в сутки) и малая продолжительность лечения. Дозировка наиболее популярного антиагрегантного препарата — ацетилсалициловой кислоты, напротив, часто бывает завышенной, что может привести к извращению эффекта. При наличии сосудистой катастрофы в любом бассейне для дальнейшего лечения рекомендуется более мощный дезагрегант — клопидогрель (Плавикс), однако его высокая стоимость препятствует более широкому применению. Спазмолитики миотропного действия не оказывают эффекта при ХОЗАНК, однако, по традиции, многие врачи продолжают их назначать [5].

Игнорирование мнения консультанта также является причиной ошибок диагностики и лечения. Мы убеждены, что только совместная работа специалистов различных профилей может привести к успешной помощи пациентам с ХОЗАНК.

Литература

1. Кошкин В. М. Амбулаторное лечение атеросклеротических поражений нижних конечностей. Ангиология и сосудистая хирургия. 1999; 5 (3): 106–11.
2. Покровский А. В., Чупин А. В. Облитерирующий атеросклероз. Клиническая ангиология (2 т). Под ред. А. В. Покровского. М.: Медицина; 2004: 184–97.
3. Кошкин В. М. Кириенко А. И., Богачев В. Ю. и др. Принципы организации специализированной ангиологической помощи в амбулаторной практике. Методические рекомендации. М., 2002: 44.
4. Бурлева Е. П. Критическая ишемия нижних конечностей: современные клинические и управленческие подходы : Автореф. дис... докт. мед. наук М.; 2003: 43 .
5. Мамаев В. Е., Максимов А. В. Салеев Р. И. Атеросклероз артерий нижних конечностей (клиника, диагностика, лечение). Казань; 2004: 102.