

Обмен опытом

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ ЭНДАРТЕРИТОМ

Профессор **И. Б. ОЛЕШКЕВИЧ**, **Н. Г. ТАРЕЕВ**, **А. И. ФОМЧЕНКО**
Из клиники госпитальной хирургии (заведующий — профессор И. Б. Олешкевич) Витебского медицинского института

Мы подвергли анализу 143 больных облитерирующим эндартеритом, лечившихся различными методами. Мужчин было 138, женщин — 5. Возраст: до 30 лет — 20, 31—40 лет — 22, 41—50 лет — 28, 51—60 лет — 50, 61—70 лет — 19 и старше 70 лет — 4 больных.

У 136 больных в анамнезе отмечено длительное курение. Отморожение и резкое переохлаждение нижних конечностей наблюдалось у 66 больных, перенесли сыпной тиф — 16, имели травму нижних конечностей — 33 больных.

Длительность заболевания: до 1 года была у 46 больных, 2—3 года — у 44-х, 4—5 лет — у 23-х, 6—10 лет — у 19 и свыше 10 лет — у 11 больных.

Из 143-х больных 60 находились на стационарном лечении один раз, 45 — два раза, 22 — три раза, 12 — четыре раза и 4 больных — пять раз. Таким образом, подавляющее большинство больных лечилось повторно.

До 10 дней лечилось 12 больных, 11—20 дней — 23, 21—30 дней — 29, 31—40 дней — 35 и свыше 40 дней — 44.

Формы и стадии облитерирующего эндартериита показаны в таблице 1.

Таблица 1

Форма	Стадии болезни			Всего
	ишемическая	трофическая	некротическая	
Спастическая	38	26	11	75
Атеросклеротическая	29	20	10	59
Тромбангиитическая	2	3	1	6
Болезнь Рейно	1	1	1	3
Итого:	70	50	23	143

При определении больных к той или иной форме болезни мы руководствовались возрастом, состоянием поверхностных вен, данными пальпации артерий вне пульсовой волны и пр. Спастическая форма чаще всего наблюдалась у лиц молодого и среднего возраста. Установить атероскле-

ротическую форму облитерирующего эндартериита в ранней стадии довольно трудно, тогда как в поздней стадии диагностика сравнительно проста. Одним из поздних симптомов атеросклероза является вывих из сосудистого ложа плечевой артерии, которая пальпируется под кожей. Тромбангиитическая форма нами определялась у больных, страдающих тромбозом поверхностных вен нижних конечностей. Для болезни Рейно характерна симметричность поражения (чаще ею заболели женщины).

Диагностика облитерирующего эндартериита в основном базировалась на данных клинического исследования. Из специальных методов исследования мы широко применяли осциллографию.

Из биохимических показателей крови мы определяли вязкость крови и плазмы, количество хлоридов, сахара и сухого остатка крови. До лечения почти у всех больных вязкость крови и плазмы была резко повышенной. Количество хлоридов оказалось пониженным и у некоторых больных достигало 260 мг/проц. Сухой остаток крови у них был значительно выше нормального (в норме 18,0—23,0) и иногда достигал 30,7. Содержание сахара находилось в пределах нормы. При этом следует отметить, что все выявленные нами биохимические сдвиги были более резко выражены при тромбангиитической форме облитерирующего эндартериита.

Лечение: тканевая терапия по методу Филатова применена 36 больным, метод Зильберта — 30, кислородотерапия — 22, метод Вишневецкого — 20, метод Еланского — 18 и прочие методы — 17 больным.

При тканевой терапии в качестве подсадного материала мы чаще применяли плаценту. Методика консервирования и техника подсадов проводились в соответствии с указаниями В. П. Филатова. Курс лечения состоял из 3—5 подсадов. Повторные подсадки производились через 3—4 недели.

Внутривенное введение 5-проц. раствора хлористого натрия по методу Зильберта нами начиналось с 150 мл и каждый раз доза увеличивалась на 50 мл, доходя до 300 мл. Инъекции производились два раза в неделю. Курс лечения 15—20 инъекций.

Кислород в количестве 500 мл нами вводился в подкожную клетчатку наружной поверхности голени пораженной конечности через день, всего 15—20 раз.

По методу Вишневецкого, нами производилась двусторонняя поясничная новокаиновая блокада (75—100 мл 0,25-проц. раствора новокаина) и на всю нижнюю конечность накладывалась масляно-бальзамическая повязка. Такая процедура повторялась через 10 дней 2—3 раза на курс лечения.

По методу Еланского в первые 3—4 дня в бедренную артерию вводили 10 мл 1-проц. раствора новокаина вместе с 1 мл 1-проц. морфина, а затем — только раствор новокаина. Инъекции производились ежедневно, всего 10—15 раз.

К прочим методам лечения относятся — внутривенное введение дистиллированной воды по Соколовскому, гемолизированной крови по Бабуку, физиотерапевтические процедуры как самостоятельный метод лечения и пр.

Параллельно с указанными основными методами лечения больным назначались сосудорасширяющие средства (пахикарпин, ангиотрофин, падутин, витамин В, глюкоза с аскорбиновой кислотой и пр.) и всевозможные физиотерапевтические процедуры (теплые ножные ванны, радоновые ванны, диатермия, УВЧ и пр.). При назначении физиотерапевтических процедур нами учитывалась переносимость их больными. Больным с склонностью к потливости все виды ванн противопоказаны. В таких

случаях мы обычно назначали диатермию или УВЧ. Больным атеросклеротической формой облитерирующего эндартериита назначали препараты йода.

Для всех больных облитерирующим эндартериитом был установлен следующий режим: абсолютное прекращение курения, молочно-растительная диета и резкое ограничение ходьбы. При сильных болях, независимо от метода лечения, мы прибегали к введению в бедренную артерию 10 мл 1-проц. раствора новокаина с 1 мл 1-проц. раствора морфина.

Критерием эффективности проводимого лечения служили клинические данные и биохимические показатели крови. Клинические данные основывались на уменьшении и исчезновении болей, улучшении кровообращения пораженной конечности, исчезновении трофических расстройств, заживлении некротических участков и пр. Со стороны биохимических показателей крови учитывалась склонность их к нормализации.

Непосредственные результаты при всех методах лечения были следующие: в хорошем состоянии выписались 40 больных (28 проц.), имели значительное улучшение — 85 (59,4 проц.), без улучшения — 18 больных (12,6 проц.).

Больные, выписанные в хорошем состоянии, преимущественно были в молодом и среднем возрасте, имели ишемическую и трофическую стадии облитерирующего эндартериита. Они полностью избавились от болей, на коже пораженных конечностей исчезли трофические расстройства, у некоторых больных на артериях стопы появился пульс; они могли проходить неограниченные расстояния.

Из 85 больных, получивших значительное улучшение, подавляющее большинство было в среднем и пожилом возрасте. У большей части их была ишемическая и трофическая стадии и у некоторых из них — некротическая стадия облитерирующего эндартериита. После проведенного лечения боли исчезли, трофические расстройства уменьшились, у больных с некротической стадией появилась демаркация, раны после ампутации пальцев заживали без осложнений. Они без боли могли проходить ограниченные расстояния.

18 больным с отрицательными результатами лечения произведена ампутация конечностей, что составляет 12,6 проц. числа лечившихся. Все эти больные имели некротическую стадию, причем у 9 из них была спастическая и у 9 атеросклеротическая формы облитерирующего эндартериита.

Непосредственные результаты лечения при двух основных формах облитерирующего эндартериита представлены в таблице 2.

Таблица 2

Форма	Всего больных	Непосредственные результаты		
		хорошие	с улучшением	без улучшения
Спастическая	75	26	43	6
Атеросклеротическая	59	12	36	11

Из приведенной таблицы видно, что непосредственные результаты лечения при спастической форме оказались несколько лучшими, чем при атеросклеротической форме облитерирующего эндартериита. Зависит это, несомненно, от более молодого возраста больных первой группы.

Непосредственные результаты при различных методах лечения приводятся в таблице 3.

Таблица 3

Методы лечения	Всего больных	Хорошие	С улуч- шением	Без улуч- шения
Тканевая терапия	36	15	20	1
Метод Зильберта	30	6	20	4
Кислородотерапия	22	5	14	3
Метод Вишневого	20	6	12	2
Метод Еланского	18	4	10	4
Прочие методы	17	4	9	4
Всего:	143	40	85	18

Как видно из таблицы, непосредственные результаты при всех методах лечения примерно одинаковые. При тканевой терапии они были несколько лучшими.

Биохимические показатели крови при всех видах лечения улучшались, однако они никогда не достигали нормальных цифр. Так, например, вязкость крови и плазмы в среднем снижалась на 1,0—3,0, количество хлоридов несколько повышалось, сухой остаток крови снижался на 0,7—2,2. Это указывает на серьезное нарушение водно-электролитного обмена у больных облитерирующим эндартериитом. Отсюда вытекает необходимость при лечении этих больных принимать меры, направленные к нормализации водно-электролитного обмена.

Следует отметить, что лучшие результаты получаются у тех больных, у которых лечение проводилось с учетом биохимических показателей крови. Например, при повышенной вязкости крови и плазмы, уменьшении процента хлоридов в крови лучшие результаты получались при методе Зильберта. При выраженном болевом факторе эффективными являлись лечебные методы Вишневого и Еланского. При повторном поступлении больных, если им ранее применявшееся лечение оказывалось не эффективным, мы назначали другой метод лечения.

В заключение следует подчеркнуть, что лечение больных облитерирующим эндартериитом должно быть комплексным. Наряду с основным методом, следует применять сосудорасширяющие вещества и физиотерапевтические процедуры, которые могут повысить эффективность основного метода. Только комплексное лечение этих больных и по возможности в ранней стадии может дать стойкое длительное излечение.