

И. Б. ОЛЕШКЕВИЧ и Е. А. МАСЛАКОВ

(Кафедра госпитальной хирургии. Зав. проф. И. Б. Олешкевич)

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ ЭНДАРТЕРИТЕ

Среди большого количества методов лечения облитерирующего эндартерита тканевая терапия по методу академика В. П. Филатова занимает видное место. Особенно широкое применение этот метод лечения получил в последние годы. Хотя в нашей литературе и опубликованы работы о применении тканевой терапии при облитерирующем эндартерите, однако, из-за небольшого количества наблюдений нельзя судить об эффективности метода, а тем более об отдаленных результатах. Применяя тканевую терапию при этом заболевании в течение последних трех лет, мы также решили поделиться результатами своих наблюдений.

В настоящем сообщении мы представляем клинический материал, состоящий из 46 больных облитерирующим эндартеритом, леченных тканевыми подсадками по методу В. П. Филатова.

Из 46 больных 36 чел. лечились в стационаре и 10 чел. — в амбулаторных условиях. Само собою разумеется, что амбулаторно лечились больные с наиболее благоприятным течением болезни. В качестве подсадочного материала у нас служила кожа человека, кожа мошонки быка, половые железы последнего и плацента человека. Такое разнообразие подсадочного материала больше зависело от трудности получения тканей, чем от испытания эффективности их действия. Однако наблюдения показали, что лучший эффект получается от применения плаценты. Менее эффективным подсадочным материалом оказалась кожа мошонки быка. Неплохие результаты получены от применения половых желез быка, но таких наблюдений у нас немного, поэтому нельзя сделать окончательного заключения.

Методика консервирования тканей и техника их применения проводилась в соответствии с инструкцией В. П. Филатова. По возможности выдерживались также и сроки очередных подсадок, рекомендованные автором.

Прежде чем перейти к изложению результатов лечения, сделаем анализ собственных клинических наблюдений. По полу: мужчин — 44, женщин — 2. По возрасту: до 30 лет — 1 чел., от 31 до 40 лет — 9, от 41 до 50 лет — 21, от 51 до 60 лет — 6 и старше 60 лет — 9 человек.

Приведенные данные показывают, что 67,4% наших больных были в молодом и среднем возрасте и 32,6% больных падает на пожилой и старческий возраст. Это свидетельствует о том, что у значительного числа больных в сосудах преобладали атеросклеротические изменения, т. е. они имели артериосклеротическую форму спонтанной гангрены.

Из 46 больных не курили только 4 человека, а у остальных больных в анамнезе отмечено усиленное курение. Отморожение и резкое переохлаждение нижних конечностей наблюдалось у 14 человек.

Данность заболевания у наших больных была следующая: до 1 года было 15 чел., от 1 до 3 лет — 12, от 3 до 5 лет — 9 и свыше 5 лет — 10 человек.

Из 36 больных 15 человек на стационарном лечении находились впервые, 7 — второй раз, 6 — третий раз, 5 — четвертый раз и 3 человека — пятый раз. Подавляющее большинство больных у нас лечилось впервые и до этого не подвергалось тканевой терапии. 6 больных до подсадок принимали курортное лечение (Мацеста), причем 4 человека по одному разу и 2 человека по два раза.

О форме патологического процесса и стадии заболевания можно судить из нижеприведенной таблицы.

Таблица 1

Формы	Стадия			Всего
	ишемическая	трофическая	некротическая	
Сластическая	7	12	10	29
Тромбогигиитическая . .	1	2	—	3
Артериосклеротическая .	3	4	7	14
Итого	11	18	17	46

При делении облитерирующего эндартериита на три основные формы (спастическую, тромбангитическую и артериосклеротическую) мы руководствовались возрастом больного, состоянием поверхностных вен и пальпацией артерий вне пульсовой волны. Спастическая форма облитерирующего эндартериита нами обычно наблюдалась у лиц молодого и среднего возраста. Тромбангит мы диагностировали по наличию уплотненных, иногда болезненных, поверхностных вен.

У одного нашего больного воспалительный процесс в венах протекал остро и для ликвидации его пришлось применить новокаинопенициллиновую блокаду. Диагностирование артериосклероза в ранней стадии представляет трудную задачу. В более позднем периоде болезни мы наряду с другими симптомами артериосклероза нередко обнаруживали вывихание из сосудистого ложа плечевой артерии, которая пальпировалась под кожей в виде плотного тяжа.

Деление нами облитерирующего эндартериита на три стадии (ишемическую, трофическую и некротическую) основано на клинической картине, так как нельзя было отметить параллелизма между сроком заболевания и степенью анатомических изменений. Чаще бывает наоборот: у больных с некротической стадией отмечается более короткий анамнез, тогда как у больных с хроническим течением болезни развиваются трофические расстройства.

У больных с ишемической стадией облитерирующего эндартериита мы обнаружили побледнение и похолодание пораженных конечностей, усиливающиеся при нагрузке. У них в анамнезе отмечается наличие перемежающейся хромоты. Пульс на артериях стопы у большей части больных не определялся. Трофическая стадия у наших больных характеризуется сухостью и экзематозным состоянием кожи, утолщением и деформацией ногтей стопы. Все больные этой группы имели резко выраженную перемежающуюся хромоту и у большинства из них имелись ночные боли в состоянии покоя; они могли пройти расстояние, не превышающее 100 метров. Пульс на артериях стопы пораженной конечности у этих больных отсутствовал. Больные с некротической стадией болезни страдали постоянными острыми болями и имели некротические изменения пальцев, стопы или голени. У них пульс отсутствовал не только на артериях стопы, но и на подколенной артерии, а у некоторых из них отмечалось значительное ослабление или отсутствие пульса на бедренной артерии более пораженной конечности.

Приведенные данные показывают, что большая часть больных поступила к нам с большими анатомическими изменениями и функциональными нарушениями и требовала к себе особого внимания.

Как уже отмечено выше, всех своих больных мы лечили подсадками тканей по методу академика В. П. Филатова. Курс лечения состоял из 2 — 5 подсадок. Повторные подсадки производились через 3 — 4 недели. Выполнение курса лечения отдельными больными представляется в следующем виде: по пяти подсадок получили 3 чел., по четыре подсадки — 25, по три подсадки — 12 и по две подсадки — 6 чел.

Из этого видно, что только 28 наших больных приняли длительный курс лечения, а остальные выписывались досрочно. Зависело это от того, что они получали улучшение и приступали к работе.

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

Некоторым больным производились теплые ножные ванны в чередовании с кратковременным погружением конечности в холодную воду.

Критерием эффективности метода тканевой терапии у нас служили клинические наблюдения и биохимические показатели крови.

Из клинических показателей мы ориентировались на уменьшении и исчезновении болей, улучшении кровообращения в пораженной конечности, исчезновении трофических расстройств и заживлении некротических участков.

Наблюдая больных, леченных подсадками тканей, можно было установить следующее. После первой подсадки боли в пораженной конечности в течение 3—5 дней несколько усиливаются, больные ощущают покалывание в пальцах стопы и потепление конечности. Через 3 — 5 дней боли постепенно успокаиваются, и больные после многих беспокойных ночей начинают спокойно спать.

При последующих подсадках больные не отмечают никаких субъективных изменений, тогда как объективно наблюдается заметное улучшение в течении их болезни. Уже после второй подсадки отмечается заметное исчезновение трофических расстройств, язвы очищаются от некротических тканей, покрываются грануляциями и начинают эпителизоваться; на омертвевших пальцах происходит образование демаркационной линии и представляется возможность произвести ампутацию омертвевшего пальца. У некоторых больных с ишемической стадией болезни (спастическая форма) на артериях стопы появляется пульс.

Непосредственные результаты после тканевой терапии таковы: из 36 больных, леченных в стационаре, выписались в хо-

рошем состоянии 15 чел., получили значительное улучшение 20 чел., выписался без субъективного улучшения 1 чел.

Больные, выписанные в хорошем состоянии, относятся к молодому и среднему возрасту, имели ишемическую и трофическую стадию болезни (спастическая и тромбангитическая формы). Они полностью избавились от болей, на коже пораженных конечностей исчезли трофические расстройства, у 3 больных на артериях стопы появился пульс.

Из 20 больных, получивших улучшение, 9 чел. были в среднем и 11 чел. в пожилом и старческом возрасте. У первых больных была спастическая форма и у вторых — артериосклеротическая форма облитерирующего эндартериита. Подавляющее большинство этих больных имело некротическую стадию болезни.

Из числа больных (9 чел.), имеющих спастическую форму облитерирующего эндартериита, у 5 чел. некротические участки зажили и у 4 чел. омертвевшие пальцы ампутированы. Из 11 больных с артериосклеротической формой у 5 чел. произведена ампутация конечности: 2 больным по способу Гритти, 2 больным с фасциально-перниостальным лоскутом в нижней трети бедра и 1 больному по способу Пирогова. Все оперированные больные выписаны с зажившими ранами.

Больной, выписанный без улучшения, имел трофическую стадию артериосклеротической формы спонтанной гангрены. Этот больной был недисциплинированным, систематически нарушал предписанный режим и украдкой продолжал курить.

Из 10 больных, леченных амбулаторно, у 7 чел. боли полностью прекратились на коже исчезли трофические расстройства, и они продолжают выполнять свою работу; у 3 чел. остались незначительные боли, но работы своей они не прекратили.

Непосредственные результаты у стационарных и амбулаторных больных представляются в следующем виде: хорошие результаты получены у 22 чел., удовлетворительные — у 23 чел. и не получено эффекта у 1 человека.

В качестве биохимических тестов нами использовано определение вязкости крови и плазмы, содержание хлоридов и сахара крови, определение сухого остатка крови. Сначала были установлены исходные данные, а затем все эти исследования повторялись после каждой подсадки. Вязкость крови и плазмы определялась при помощи вискозиметра Оствальда, хлориды — по методу Бонга, сахар — по методу Гагендорф-Иенсена и сухой остаток крови определялся путем высушивания ее до постоянного веса.

Эти исследования проведены у 20 больных, результаты их приводятся на следующей таблице.

Таблица 2

№№ п.п.	Инициалы больных	Возраст	Тесты	Исходные	После 1 подсадки	После 2 подсадки	После 3 подсадки	После 4 подсадки
1	А. И.	55	Вязкость крови	34	32	32	33	—
			Вязкость плазмы	15	13	12	13	—
2	А. Ф.	64	Вязкость крови	39	36	36	36	—
			Вязкость плазмы	17	16	15	15	—
3	А. А.	57	Вязкость крови	42	42	40	40	42
			Вязкость плазмы	17	16	16	17	—
4	З. К.	71	Вязкость крови	41	38	39	38	—
			Вязкость плазмы	16	15	15	16	—
5	Л. В.	55	Вязкость крови	34	35	33,5	33	—
			Вязкость плазмы	15	15	14	14	—
6	Ц. М.	44	Вязкость крови	35	35,3	33	—	—
			Вязкость плазмы	14	14	12,5	—	—
			Хлориды	382	347	336	—	—
			Сахар	81	86	97	—	—
			Сухой остаток	29,1	28,5	27,9	—	—
			Вязкость крови	32	32	30	—	—
			Вязкость плазмы	14	15	13,4	—	—
7	К. А.	46	Хлориды	356	306	286	—	—
			Сахар	92	94	92,4	—	—
			Сухой остаток	26	27,1	26,1	—	—
			Вязкость крови	35,5	34	33,2	33	—
			Вязкость плазмы	15	14	12,8	12,2	—
			Хлориды	343	261	235	255	—
			Сахар	104	103	97	109	—
8	Ф. Б.	29	Сухой остаток	28,6	28	27,6	27,1	—
			Вязкость крови	27	27	26	—	—
			Вязкость плазмы	13	12	11	—	—
			Хлориды	317	267	231	—	—
			Сахар	76	93	87,3	—	—
			Сухой остаток	30,7	29,6	29,2	—	—
			Вязкость крови	30	30	28	—	—
9	М. Н.	47	Вязкость плазмы	12	12	10,8	—	—
			Хлориды	339	317	261,7	—	—
			Сахар	105	95	92,3	—	—
			Сухой остаток	27,7	27,7	27	—	—
10	П. В.	64	Вязкость крови	30	30	28	—	—
			Вязкость плазмы	12	12	10,8	—	—
			Хлориды	339	317	261,7	—	—
			Сахар	105	95	92,3	—	—
11	В. В.	64	Сухой остаток	27,7	27,7	27	—	—
			Вязкость крови	30	30	28	—	—

№. № п. п.	Инициалы больных	Возраст	Тесты	Исходные	После 1 подсадки	После 2 подсадки	После 3 подсадки	После 4 подсадки
11	М. Н.	47	Вязкость крови	38	35	34	36	36
			Вязкость плазмы	16	16	14	15	14
			Хлориды	412	405	398	394	390
			Сахар	90	88	92	90	92
			Сухой остаток	28,3	27,8	28	27	26,8
12	Г. Н.	46	Вязкость крови	38,5	37	36	35	—
			Вязкость плазмы	17	16	15	15	—
			Хлориды	310	384	379	373	—
			Сахар	96	95	96	98	—
			Сухой остаток	28,6	27,2	26,7	26,4	—
13	П. Ф.	34	Вязкость крови	34	32	30	30	—
			Вязкость плазмы	14	14	13	12	—
			Хлориды	265	262	258	246	—
			Сахар	90,5	88	92	90	—
			Сухой остаток	26,4	25	24,8	24,6	—
14	Т. В.	33	Вязкость крови	33,5	32	31,6	30,8	—
			Вязкость плазмы	13,8	13,3	13	12	—
			Хлориды	276	270	270	260	—
			Сахар	94	93	95	96	—
			Сухой остаток	26,2	25,7	25,3	24,6	—
15	Д. Д.	36	Вязкость крови	35	33	32	31,5	30,8
			Вязкость плазмы	14,2	13,9	13,6	13,4	13
			Хлориды	302	302	285	280	277
			Сахар	95	98	100	96	96
			Сухой остаток	26,2	25,8	25	24,6	24,1
16	А. Г.	50	Вязкость крови	32	31,5	30,7	30,2	—
			Вязкость плазмы	14,5	14	13,4	13	—
			Хлориды	260	246	265	254	—
			Сахар	93	99	96	94	—
			Сухой остаток	27,9	27,4	26,8	26,1	—
17	С. С.	35	Вязкость крови	26	25,2	25	24,6	24
			Вязкость плазмы	12,8	12,7	12,4	12	11,8
			Хлориды	330	324	318	315	308
			Сахар	78	76	88	82	84
			Сухой остаток	29	28,1	27,5	27,2	26,9

Продолжение таблицы 2

№№ п. п.	Инициалы больных	Возраст	Тесты	Исходные	После 1 подсадки	После 2 подсадки	После 3 подсадки	После 4 подсадки
18	Ф. Е.	35	Вязкость крови	25,8	25	24,8	24,5	24
			Вязкость плазмы	13	12,7	12,2	11,8	11,6
			Хлориды	342	338	328	330	324
			Сахар	84	86	82	86	88
			Сухой остаток	26	25,7	25	24,7	24,4
19	Р. К.	54	Вязкость крови	30,8	30,2	29,6	29	28,4
			Вязкость плазмы	12,5	12,1	11,7	11,4	11
			Хлориды	362	275	275	272	268
			Сахар	89	97	91	90	92
			Сухой остаток	27	26,7	26,1	25,6	25,2
20	Я. Е.	59	Вязкость крови	32,8	32,6	32,2	32,4	31
			Вязкость плазмы	14	13,7	13,6	12,8	13
			Хлориды	288	272	270	264	260
			Сахар	106	102	100	102	104
			Сухой остаток	30,6	30	29,8	29,2	28,8

При анализе этой таблицы можно отметить следующее. До лечения почти у всех больных вязкость крови и плазмы является повышенной и у некоторых из них вязкость крови достигает 41,0—42,0 (в норме 32,3) и вязкость плазмы — 16,0—17,0 (в норме 12,0). После первой, а иногда второй подсадки вязкость крови и плазмы снижается в среднем на 1,0—3,0 и в дальнейшем с небольшими колебаниями держится на этом уровне. Количество хлоридов в крови больных облитерирующим эндартериитом резко понижается, достигая у отдельных больных 260 мг%. При этом установлено, что при тканевой терапии хлориды не только не приближаются к норме, а продолжается дальнейшее их снижение. Содержание сахара в крови этих больных находится в пределах нормальных цифр, и при тканевой терапии заметных сдвигов не отмечается. Сухой остаток при облитерирующем эндартериите значительно выше нормального (в норме 18,0—23,0) и максимально достигает 30,7. При лечении больных тканевыми подсадками отмечается небольшое уменьшение сухого остатка (в пределах 0,7—2,2), но полученные данные далеки от нормальных.

У 34 больных нами прослежены отдаленные результаты сроком от 1 года до 2½ лет. Согласно полученным результа-

там, всех проверенных больных можно было разделить на три группы.

Первую группу составляют больные, которые никаких жалоб не предъявляют и выполняют свою прежнюю работу. Таких больных у нас оказалось 11 чел. Это лица преимущественно молодого и среднего возраста, в диагнозе которых числится ишемическая и трофическая стадии (спастическая форма) облитерирующего эндартериита.

Во вторую группу мы включили больных, которые чувствуют себя лучше, чем до лечения; они выполняют свою прежнюю или облегченную работу, но ходьбу вынуждены ограничивать. Этих больных у нас имеется 14 чел. Сюда относятся лица среднего, пожилого и отчасти старческого возраста, большая часть из которых имеет трофическую стадию спастической гангрены.

И, наконец, к третьей группе нами отнесены больные, у которых наступил рецидив болезни, сделавший их нетрудоспособными. Таковых у нас насчитывается 9 больных, причем у двух из них рецидив болезни носил такой характер, что пришлось прибегнуть к высокой ампутации. К этой группе относятся больные с некротической стадией преимущественно артеросклеротической формы гангрены.

Резюмируя, следует отметить, что тканевая терапия по методу академика В. П. Филатова при облитерирующем эндартериите почти, как правило, дает хорошие непосредственные результаты. Больные избавляются от мучительных болей, у них проходит перемежающаяся хромота, исчезают трофические расстройства, заживают некротические участки и большая часть из них становится трудоспособными. При развившейся гангрене тканевая терапия способствует образованию демаркационной линии, что дает возможность ограничиться экономной ампутацией. При этом лучшие результаты получаются у лиц молодого и среднего возраста в начальной стадии болезни. Исключительно хороший эффект от тканевой терапии у амбулаторных больных объясняется более благоприятным течением болезни.

Что же касается отдаленных результатов, то здесь получается более пестрая картина. Прежде всего обращает на себя внимание довольно высокий процент (26,5%) рецидивов. Из числа больных с положительными результатами только 32,4% из них в течение длительного периода чувствуют себя хорошо и продолжают выполнять свою прежнюю работу. Остальные больные (41,1%) от тканевой терапии получили улучшение и являются ограниченно трудоспособными. Как показывают наши наблюдения, терапевтический эффект этого метода зависит от возраста больного, формы и стадии болезни. Немалую роль играет также и степень развития коллатерального кровообращения. У лиц молодого и среднего возраста результаты

оказались лучше, чем у больных пожилого и старческого возраста. Точно также лучшие результаты нами получены при спастической форме облитерирующего эндартериита и притом в ранней стадии. Значительно худшие результаты у нас оказались у больных с некротической стадией независимо от формы болезни.

Проверка нами некоторых биохимических показателей крови показала, что у больных облитерирующим эндартериитом имеет место резкое понижение хлоридов крови, повышение вязкости крови и плазмы, увеличение сухого остатка. Это указывает на серьезное нарушение водного обмена у этих больных. При этом тканевая терапия не оказывает существенного влияния на эти нарушения и не приводит их к норме. Отсюда вытекает настоятельная необходимость при лечении больных облитерирующим эндартериитом принимать меры, направленные к нормализации водного обмена. Вопрос этот требует специального изучения.

И, наконец, необходимо отметить, что тканевая терапия при облитерирующем эндартериите не должна исключать физиотерапевтического и курортного лечения. Теплые ножные ванны, диатермия и другие тепловые процедуры могут только повысить эффективность тканевой терапии. Надо помнить, что всякие тепловые процедуры с осторожностью должны назначаться лицам с повышенной потливостью, ибо это может усилить сгущение крови и тем самым ухудшить результаты лечения. Только длительное комплексное лечение этих больных и по возможности в ранней стадии может дать стойкое излечение.
