

Больные с тромбэмболиями в послеоперационном периоде в течение 16—18 дней получали массивные дозы гепарина в сочетании с дикумарином под постоянным контролем свертываемости крови по Мас — Магро (через каждые 4 часа), протромбинового индекса (2 раза в неделю) и микроскопной осадка мочи (ежедневно). Время свертываемости крови у них увеличивалось в 2—3 раза по отношению к норме.

По поводу окклюзий терминальной аорты и ее крупных ветвей произведено 8 операций, из которых 7 — с наложением заплатки из лавсановой ткани в сочетании с интимотромбэктомией или без нее. Первая операция интимотромбэктомии с наложением заплатки привела к тромбозу правой общей подвздошной артерии из-за недостаточности фиксации периферического конца интимы к остальным слоям сосудистой стенки; наступил заворот интимы и закрытие просвета артерии с последующим тромбозом, несмотря на применение антикоагулянтов.

Длительное пережатие абдоминального отдела аорты ниже почечных артерий во время операции приводило у ряда больных к резкому повышению АД (на плечевых артериях до 240 мм), что вызывало нарушение фильтрационной способности почечных канальцев. Первые дни послеоперационного периода у этих больных сопровождались выраженной полиурией с низким удельным весом мочи. Поэтому у некоторых больных была вызвана искусственная артериальная гипотония путем капельного введения раствора пентамина.

Шунтирование при синдроме верхней полой вены и тромбозе правой наружной подвздошной вены производилось аутовеной. У первого больного был наложен сафеноподключичный анастомоз, у второго произведена операция Пальма. Применялись большие дозы гепарина. Ближайшие результаты вполне удовлетворительные.

В предупреждении тромбоза оперированного сосуда или протеза большое значение принадлежит технике шва. Лучшим является общеизвестный ручной непрерывный сусу-дний шов через край, накладываемый атравматическими иглами. Из-за отсутствия последних мы использовали тонкие круглые хирургические иглы с тонким капвроном.

ВЫВОДЫ

1. При восстановительных операциях на сосудах аллопластика протезами отечественного производства дает относительно хорошие результаты только на крупных артериях (до бедренных и плечевых). На мелких артериях при протезировании и шунтировании лучше применять, по-видимому, аутоотрансплантацию.

2. Достаточно эффективно расширение просвета артерий путем наложения пластмассовых заплаток, особенно при окклюзиях небольшой протяженности на крупных сосудах.

3. Целесообразно организовать специализированные отделения при республиканских больницах, оснастив их современным оборудованием, контрастными веществами.

УДК 616—007.272—616.13

ПОКАЗАНИЯ К КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

И. И. Стрельников

Кафедра факультетской хирургии (зав.—проф. Г. Л. Ратнер)
Куйбышевского медицинского института

Лечение больных острой артериальной непроходимостью (спазм, острый тромбоз, эмболия) до настоящего времени остается одной из сложных и неразрешенных проблем в сердечно-сосудистой патологии. Точки зрения исследователей в этом вопросе расходятся: одни (Б. П. Кушелевский, А. В. Миклашевская, А. Л. Мясников, Г. В. Андрееко, Е. И. Чазов и др.) придерживаются тактики консервативного лечения, другие (З. В. Орлоблина, 1955; Г. Л. Ратнер, 1963; Б. В. Петровский и сотр., 1965; Н. Haimovici, 1960; I. Cranley, 1964, и др.) глубоко убеждены в преимуществе оперативного лечения (тромб- или эмболектomia) в сочетании с применением антикоагулянтов, фибринолизина, спазмолитических и ганглиоблокирующих средств.

Нами изучены 120 историй болезней больных с острой непроходимостью периферических артерий и аорты. 75 чел. лечились антикоагулянтами, у 45 осуществлено оперативное удаление тромба или эмбола. Методика консервативного лечения заключалась в следующем. По установлении диагноза артериальной непроходимости сразу же определяли время свертываемости крови больного и начинали лечение гепарином (внутривенно через каждые 4 часа по 5000—10000 ед.). В тяжелых случаях гепарин вводили еще и внутриаартериально 1—2 раза в сутки. Время свертываемости крови определяли перед каждым введением гепарина и поддерживали на уровне 18—22 мин. по Мас —

Магро. Наряду с гепарином в первые же часы назначали антикоагулянты непрямого действия (неодикумарин, пелентан, синкумар) под контролем показателей коагулограммы, сосудорасширяющие (папаверин, эуфиллин внутривенно), ганглиоблокирующие вещества, литические смеси, сердечные средства. Применяли новокаиновые блокады, холод на дистальные отделы конечности. Для профилактики пролежней конечность помещали в широкую гипсовую лонгету с марлеватой прокладкой. Лечение гепарином проводили не менее 3 суток, а иногда и до 7—10—12 дней.

Из 75 больных, леченных консервативно, 3 были со спазмом артерий (у одной больной — голубая флегмазия). У всех 3 больных лечение антикоагулянтами, папаверином, обезболивающими быстро сняло спазм, пульс на конечностях восстановился сразу. У 15 больных конечность удалось сохранить, но у них остались ишемические боли и онемение. 16 больным, у которых явления ишемии (боли, онемение, чувство похолодания) нарастали, пришлось произвести позднюю тромб- или эмболектومیю. У 20 больных лечение закончилось ампутацией конечности. 14 больных погибли от гангрены до или после ампутации, 7 — от различных других заболеваний (тромбоз или эмболия сосудов головного мозга, инфаркт миокарда, повторные эмболии во внутренние органы).

Как видно из этих данных, консервативное лечение при остром артериальном тромбозе и эмболии не дает полного выздоровления с восстановлением проходимости артерий. После такого лечения многие больные страдают от хронической ишемии конечности. У подавляющего большинства больных наступила гангрена, половина из них погибла до или после ампутации конечности.

Успех консервативного лечения во многом зависит от уровня непроходимости сосудов. Наиболее благоприятные результаты от антикоагулянтной терапии отмечают при острых тромбозах и эмболиях мелких артериальных стволов (голена и предплечья). Очень плохие исходы дают консервативные мероприятия при острых тромбозах и эмболиях крупных артериальных стволов. Так, совершенно не наблюдалось какого-либо положительного эффекта от антикоагулянтной терапии при острой окклюзии бифуркации аорты и подвздошных артерий. Все 4 больных с острой непроходимостью бифуркации аорты при консервативном лечении погибли. Из 6 больных с острой окклюзией подвздошных артерий 4 умерли, а оставшиеся 2 подверглись поздней эмболектомии. При острой непроходимости бедренных артерий гангрена наступила у 20 больных, из которых 9 умерли. Сохранилась конечность только у 11 больных.

Поздно начатое лечение, независимо от вида и уровня окклюзии, также значительно повышает процент ампутаций конечностей и гибели больных.

Из 45 оперированных больных у 31 наступило полное выздоровление (у 28 из них восстановлен дистальный пульс); у 8 произведена ампутация конечностей; 3 погибли после ампутации (2 из них с эмболией бифуркации аорты) и 3 умерли от других заболеваний.

Необходимо отметить и следующее. Мы не наблюдали полного растворения основных и продолженных тромбов даже при самом энергичном лечении больных антикоагулянтами и фибринолизин. Так, у 16 больных, которым была произведена поздняя тромб- или эмболектомия и которые в течение нескольких суток получали гепарин (2 из них — фибринолизин), в сосудах были найдены продолженные тромбы и эмболы. Тромбы в артериях находили и при ампутациях конечностей больных, леченных антикоагулянтами и фибринолизин. Однако после такого лечения продолженные тромбы обычно не распространялись на большое протяжение, и мы не наблюдали воспалительных изменений стенок артерий в месте окклюзии. В случаях, когда операция производилась у больных, не леченных антикоагулянтами, продолженные тромбы занимали большую протяженность в сосуде; нередко отмечались явления панартрита.

ВЫВОДЫ

1. В настоящее время консервативное лечение больных с острой артериальной непроходимостью должно быть строго ограничено следующими показаниями: артериальный спазм, острый тромбоз и эмболия мелких артерий, острый тромбоз магистральных артерий в течение первых 10—12 часов.

2. При острой артериальной непроходимости, когда причина ее остается неясной, консервативные мероприятия должны проводиться с целью дифференциальной диагностики между спазмом и эмболией. При отсутствии эффекта в первые 2 часа больному необходимо произвести тромб- или эмболектومیю.

3. Консервативное лечение вынужденно проводится у крайне тяжелых больных, не имеющих шансов перенести тромб- или эмболектومیю. По улучшении состояния больных следует оперировать.

4. Антикоагулянты и фибринолизин, по нашим данным, не вызывают у больных полного лизиса не только эмбола, но и зачастую продолженного тромба, хотя предоперационная терапия ими подготавливает почву для успешной тромб- или эмболектомии даже в поздние сроки.