

Для дифференциальной диагностики форм облитерирующего эндартериита, наряду с общепринятыми, могут быть использованы вегетативные тесты (термометрия, исследование болевой чувствительности и тонуса сосудов кожи).

Баночная проба является ценным тестом, позволяющим у большинства больных облитерирующим эндартериитом объективно судить о состоянии тонуса и степени развития коллатеральных сосудов кожи на различных уровнях.

В зависимости от клинического течения заболевания наблюдается двух- или трех-фазное изменение тонуса сосудов кожи дистальных отделов нижних конечностей (голень, стопа). В начальной стадии заболевания определяется спастическая и постспастическая фазы, а в периоде обострения хронической формы — спастическая, постспастическая и атоническая. Спазм и атония сосудов в преобладающем большинстве случаев сопровождаются компенсаторным расширением сосудов кожи соответствующей половины ягодицы, поясницы, бедра и рефлекторным изменением сосудов кожи противоположной нижней конечности. В периоде хронического течения степень развития коллатеральных сосудов кожи на различных уровнях зависит от стадии и давности заболевания. У большинства больных наблюдается анатомическая достаточность коллатерального кровообращения. Хроническая форма эндартериита сопровождается в преобладающем большинстве случаев расширением сосудов кожи выше, на уровне и ниже места облитерации магистральных артерий, нерезко выраженной термоасимметрией и полиморфным расстройством болевой чувствительности кожи нижних конечностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акилова А. Т. Вестн. хир., 1956, 9. — 2. Алексеев П. П. Сов. мед., 1963, 10. — 3. Алимов З. З. К дифференциальной диагностике острого аппендицита и профилактики осложнений. Автореф. канд. дисс., Казань, 1963; Врач. дело, 1965, 11. — 4. Виланский М. П. Хирургия, 1949, 7; Артериография при облитерирующем эндартериите. Медгиз, М., 1959. — 5. Гинзбург В. В. Архив анатомии, гистологии и эмбриологии, 1955, 3. — 6. Гольдштейн М. И., Мусин М. Ф. Хирургия, 1961, 5. — 7. Гринберг А. А. Клини. мед., 1963, 1. — 8. Долго-Сабуров Б. А. Анастомозы и пути окольного кровообращения у человека. Медгиз, М., 1946; Архив анатомии, гистологии и эмбриологии, 1955, 3. — 9. Карпик А. И. Вестн. хир., 1963, 12. — 10. Комаров Б. Л., Гринберг А. А., Затевахин И. И. Клини. хир., 1962, 10. — 11. Круг А. Анатомия и физиология капилляров. Медгиз, М., 1927. — 12. Ламперт Ф. М. Хирургия, 1940, 5; 1940, 12. — 13. Лидский А. Т. Важнейшие заболевания периферических сосудов. Медгиз, М., 1958. — 14. Мавзютов Л. Х. Результаты диспансеризации больных облитерирующим эндартериитом. Автореф. канд. дисс., Казань, 1964. — 15. Нестеров А. И. Известия Томского университета, 1929, т. 84. — 16. Оппель В. А. Коллатеральное кровообращение. СПб., 1911. — 17. Плоткин Ф. М. Клини. мед., 1950, 12. — 18. Пшеничников В. И., Брусенцова В. А. Патогенетическая терапия облитерирующих заболеваний артерий конечностей. Медгиз, М., 1963. — 19. Серкина А. В. Клинико-анатомические соотношения при облитерирующем эндартериите. Автореф. канд. дисс., Иркутск, 1957. — 20. Скульский Н. А. Казанский мед. ж., 1926, 8. — 21. Сперанская-Степанова Е. П. Русский физиол. журнал, 1926, т. 9, 2. — 22. Студенский Н. И. Ежедневная клиническая газета под ред. С. П. Боткина, 1882, 1, 2. — 23. Тетельбаум Е. Г. Артериография и ее значение в клинике облитерирующего тромбангиита. Медгиз, Л., 1939. — 24. Тroupianский М. С. Хирургия, 1950, 9. — 25. Allen E. V., Barker N. N., Hines E. H. Peripheral vascular diseases, Philadelphia, 1948.

УДК 616.13—002—615.857.06

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ НИКОТИНОВОЙ КИСЛОТОЙ В БОЛЬШИХ ДОЗАХ

Р. М. Ахрем-Ахремович и Л. К. Лакшина

Институт терапии АМН СССР, Москва

Экспериментальные и клинические исследования, проведенные в последние годы, показали, что никотиновая кислота, помимо сосудорасширяющего действия, обладает и рядом других ценных свойств. Так при экспериментальном атеросклерозе никотиновая кислота в больших дозах снижает уровень холестерина у животных и в значительной мере предохраняет их от развития атероматоза аорты. Альтшуль, ХOFFER, Персонс,

Флинн и др. наблюдали положительный результат от лечения большими количествами никотиновой кислоты (3—10 г в день) больных с гиперхолестеринемией. Ю. Попа (из клиники П. Е. Лукомского) при лечении большими дозами никотиновой кислоты больных коронарным атеросклерозом, наряду с благоприятным действием этого препарата на обмен липидов и белков, отмечал у большинства больных прекращение или значительное ослабление приступов стенокардии. Никотиновая кислота повышает фибринолитическую активность и содержание гепарина в крови, а также замедляет свертываемость ее (М. Г. Шершевский, Г. В. Андреев, И. Л. Герасимова и др.). Сочетание в одном препарате сосудорасширяющего свойства со способностью активизировать противосвертывающую систему крови и благоприятно влиять на обмен липидов дало нам основание применить никотиновую кислоту у больных с облитерирующими заболеваниями магистральных артерий, главным образом атеросклеротического характера.

Мы остановились на больших дозах никотиновой кислоты потому, что по литературным данным обычные терапевтические дозы при указанных заболеваниях малоэффективны (Р. Ф. Акулова и др.).

Под нашим наблюдением было 150 больных, в том числе 115 с атеросклерозом артерий ног (у 31 чел. атеросклероз сочетался с сахарным диабетом), 24 с облитерирующим эндартериитом и 11 с болезнью Рейно.

Все больные получали никотиновую кислоту в дозах от 3 до 6 г в день в течение 3—5 недель, что составляло 60—100 г на курс. Лечение начиналось обычно с дозы 0,1 г 3 раза в день, затем эта доза постепенно повышалась до 1—2 г 3 раза в день. Как правило, никотиновая кислота больными переносилась хорошо. Появление красноты кожи, чувство потепления или жара в ней, особенно когда оно достигало дистальных отделов конечностей, воспринимались больными как положительный момент, который больные стремились усилить, принимая лекарство натошак или требуя повышения дозировки. Некоторые больные в период приема никотиновой кислоты отмечали появление бодрости, улучшение настроения.

У наших больных такие симптомы, как тошнота или ощущение неприятной пульсации в голове, встречались очень редко и легко устранялись уменьшением дозы препарата. Только у одного больного пришлось прекратить лечение вследствие плохой переносимости никотиновой кислоты.

Какого-либо отрицательного влияния больших доз никотиновой кислоты на печень, мочевыводящую систему и периферическую кровь мы не наблюдали. Ни у одного больного с коронарной недостаточностью не учащались приступы стенокардии. У некоторых из них улучшалось общее самочувствие, уменьшались или прекращались боли в области сердца. На ЭКГ в процессе лечения какой-либо динамики не отмечено.

У большинства больных через 20—30 мин. после приема никотиновой кислоты значительно повышалась амплитуда объемной сфигмограммы стоп и нижней трети голени.

Больных атеросклерозом (без сахарного диабета), лечившихся большими дозами никотиновой кислоты, было 84 (78 мужчин и 6 женщин в возрасте от 36 до 73 лет). У 8 больных этой группы был установлен синдром Лериша. У многих больных был атеросклероз венечных артерий, сосудов головного мозга. С I (спастической) стадией было 24 чел., со II (тромботической) — 58, с III (язвенно-некротической) — 2 чел. 3 больных, перенесших ампутацию ноги, поступили в связи с заболеванием сохранившейся. Двое перенесли симпатэктомию и один — операцию создания обходного анастомоза.

Из этих больных улучшение наступило у 64, эффекта не было у 20. У 47 больных улучшение выражалось в исчезновении или значительном уменьшении перемежающейся хромоты без существенных сдвигов объективных показателей. У 17 больных появилась более отчетливая пульсация артерий, повысилась температура кожи ног и амплитуда объемных сфигмограмм, а у некоторых — и осциллографического индекса. Хорошие результаты лечения чаще наблюдались у больных с I ст., несколько реже — со II ст. (у 77,7%). У больных с синдромом Лериша лечение оказалось менее эффективным, чем во всей группе в целом.

Под нашим наблюдением было 24 больных облитерирующим эндартериитом (возраст — от 18 лет до 51 года). Гиперхолестеринемия и кальциноз периферических артерий у них не было. Продолжительность болезни колебалась от 1 года до 19 лет. С I ст. было 13 чел., со II ст. — 9, с III ст. — 2. У 5 больных были поражены сосуды ног и рук. Признаки мигрирующего тромбофлебита в период нахождения в стационаре были у 4 больных. 20 больных получали только никотиновую кислоту, 4 больных с явлениями флебита одновременно лечились еще гепарином по 30 000—40 000 ед. в сутки и фенилином. Улучшение отмечено у 22 чел. У 13 больных уменьшились или полностью исчезли боли в ногах при ходьбе, у 9 из них повысилась температура кожи, зажили язвы на ногах, появился пульс на периферических артериях.

Учитывая некоторые особенности течения периферического атеросклероза у больных сахарным диабетом, мы выделили их в отдельную группу. Мы наблюдали 31 такого больного в возрасте от 33 до 72 лет. Легкая форма диабета была у 13 чел., средней тяжести — у 18. Длительность перемежающейся хромоты колебалась от 1 года до 11 лет. Симптомы сахарного диабета появлялись обычно за несколько лет до перемежающейся хромоты. Больных с I ст. атеросклероза артерий ног было 11, со II ст. — 16, с III ст. — 4. Все получали инсулин (от 8 до 72 ед. в сутки) и никотиновую кислоту в

тех же дозах, что и больные атеросклерозом без диабета. Улучшение отмечено у 24 больных, причем у большинства оно выражалось только в уменьшении боли при ходьбе. Из 4 больных с III ст. язва полностью зажила у 1, у остальных уменьшились воспалительные явления и размер язв.

Из 11 больных с болезнью Рейно уменьшение приступов побеления пальцев с потеплением рук, нормализацией окраски кожи наступило у 7. У 4 чел. эффекта не было.

Наши наблюдения дают основание считать, что применение больших доз никотиновой кислоты у больных с облитерирующими заболеваниями периферических артерий оказывает положительное влияние на клинические проявления болезни. Само собою разумеется, что уменьшение болевого синдрома в известной степени зависит от пребывания больных в условиях относительного покоя, однако возникающее у ряда больных параллельно с уменьшением болей повышение температуры кожи дистальных отделов ног, повышение амплитуды объемных сфигмограмм после приема никотиновой кислоты свидетельствуют об улучшении кровоснабжения больной конечности за счет действия именно никотиновой кислоты.

Несомненным является также благоприятное влияние больших доз никотиновой кислоты на показатели липидного обмена.

В сосудистом отделении Института терапии большие дозы никотиновой кислоты для лечения больных с облитерирующими заболеваниями артерий конечностей применяются уже в течение 5 лет. Многие больные за это время проводили повторные курсы лечения никотиновой кислотой в больших дозах (по 3 г в день) в амбулаторных условиях месячными курсами по 3—4 раза в год, многие прошли повторное обследование и лечение в институте. Ни у кого из больных не было отмечено какого-либо отрицательного влияния на печень, сердечно-сосудистую систему и желудочно-кишечный тракт. Длительные наблюдения над действием больших доз препарата у многочисленных больных убеждают в их сравнительно высокой лечебной эффективности и хорошей переносимости и дают основание рекомендовать никотиновую кислоту в больших дозах для лечения больных облитерирующим атеросклерозом и облитерирующим энтеритом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акулова Р. Ф. Хронические нарушения кровообращения и трофики конечностей. Медицина, М., 1965. — 2. Андреев Г. В. Тер. арх., 1963, 7. — 3. Герасимова И. Л. Кардиология, 1963, 1. — 4. Довгялло С. Х. и Гулько И. С. Тер. арх., 1963, 9. — 5. Лукомский П. Е. Тер. арх., 1963, 9. — 6. Попа Ю. И. Там же, 1961, 2. — 7. Шершевский М. Г. Кардиология, 1963, 1. — 8. Altshul R., Hoffer A. Вопр. патол. сердечно-сосуд. сист., 1953, 6. — 9. Parsons W. B., Flinn J. H. Circulation, 1958, 18, 765. — 10. Achon R., Berge K., Barker N., McKenzie B. Circulation, 1958, 17, 497.

УДК 616.13—004.6—612.015.3

МОДНАЯ ПРОБА, СОДЕРЖАНИЕ СИАЛОВЫХ КИСЛОТ И ПОКАЗАТЕЛИ ДИФЕНИЛАМИНОВОЙ РЕАКЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

М. М. Еселев и А. А. Варшамов

Клиника госпитальной терапии лечебного факультета (зав. — проф. Л. С. Шварц) Саратовского медицинского института

В диагностике осложнений атеросклероза в последнее время придается большое значение изменению уровня некоторых компонентов мукополисахаридного комплекса крови, по которому судят о степени тяжести патологического процесса. Для дифференциальной диагностики различных форм острой коронарной недостаточности широко применяется определение содержания сиаловых кислот и дифениламиновая реакция. Однако при постановке этих реакций встречается ряд технических трудностей. Имеются указания о корреляции между данными некоторых функциональных проб на коагуляционную лабильность сыворотки крови и содержанием в ней глюкотеоидов. В частности, установлена прямая зависимость между результатами реакции Таката и содержанием бета-глюкотеоидов в сыворотке крови (Tomoda).

Учитывая изложенное выше, а также и то обстоятельство, что для правильной оценки материалов исследования белково-углеводных комплексов рекомендуется применять несколько показателей, подобрав как дублирующие, так и взаимно дополняющие друг друга методы (В. Цончев, Ст. Коларов, Н. Попов, А. В. Каракашов), мы изучили