

# ИГЛОУКАЛЫВАНИЕ ПРИ ЭНДАРТЕРИОЗЕ И АТЕРОСКЛЕРОЗЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Г. П. Зайцев, А. Г. Выховская, В. Т. Порядин

Клиника общей хирургии педиатрического факультета (зав. — проф. Г. П. Зайцев)  
2-го Московского медицинского института им. Н. И. Пирогова и Калининградская  
клиническая больница (главрач — П. М. Исаханов)

В данном сообщении мы представляем результаты иглотерапии при лечении заболеваний сосудов конечностей.

Иглоукалывание нами проводилось тонкими металлическими иглами в основном по ходу нервно-сосудистых пучков соответственно проекции седалищного, малоберцового и большеберцового нервов, с добавлением точек общего воздействия. Обычно применялось 2—3 курса лечения с перерывами до 10 дней между первым и вторым курсом, а между вторым и третьим — от 10 дней до 6 недель, и в дальнейшем не ранее чем через 6 месяцев. В зависимости от стадии и фазы развития, а также общего состояния точки для иглоукалывания выбирались по ходу медиальной и латеральной артерии подошвы, тыльной артерии стопы, затем артерий голени и подколенной артерии. Игла вводилась медленными вращательными движениями с постепенным увеличением амплитуды до получения ощущений в виде распирания, ломоты или прохождения тока. Игла оставлялась в тканях на 30—40 мин. Никаких осложнений мы не наблюдали.

Этот метод оказывает болеутоляющее, тормозное влияние на центральную и периферическую нервную систему.

Нами (А. Г. Выховская) проведено наблюдение над 110 больными, из них лечились стационарно — 69 и поликлинически — 41. Больных эндартериозом было 41, атеросклерозом сосудов конечностей — 39, вторичным ангиоспазмом периферических артерий (при разных заболеваниях) — 30.

Начало наблюдений было осуществлено (А. Г. Выховская) в Калининградской клинической больнице, затем исследование больных и их лечение проводилось в клинике общей хирургии педиатрического факультета 2-го МГМИ им. Н. И. Пирогова.

Почти у всех больных имелись трофические изменения со стороны ногтей, местами выпадение волос — «облысение ног», выраженные веноэктазии — компенсаторное расширение сосудов кожи и мелких подкожных вен (у 75%). Как правило, кожа стопы и голени была истончена. Окружность голени пораженной конечности по сравнению со здоровой была меньше на 1—0,5 см у 25% больных, на 2 см — у 10% и у 65% была равна здоровой. Тонус мышц был понижен, отмечалась их дряблость. Мышцы стопы были атрофированы, межкостные промежутки рельефно вырисовывались.

Во II ст. резкое ослабление пульса отмечалось на тыльных артериях стоп у 40%; у 30% больных пульс менялся то в сторону ослабления до полного исчезновения, то в сторону усиления, у 30% больных пульс отсутствовал. Ослабление пульса раньше отмечалось на тыльной артерии стопы, а затем на задних большеберцовых артериях, где он еще отмечался годами. Зачастую глубокая пальпация по ходу седалищного нерва была болезненна. Коленный и пяточный сухожильные рефлексы во второй стадии снижались. Симптом Ляссега в большинстве случаев при обострении был положительным. Во II ст. были уже выраженные изменения со стороны периферической нервной системы. Рентгенологические исследования выявляли изменения со стороны костной системы пораженной конечности. У 5 больных выявлены трофические изменения в виде остеопороза, у 4 — шпоры, у 3 — плоскостопие, у одного больного — грубая деструкция костей стопы. В этой стадии поражения обеих нижних конечностей встречались у 40% больных. Нередко в процесс были вовлечены и верхние конечности.

У наших больных были явления стенокардии, неприятные ощущения в области сердца, нарушения ритма; у больных с атеросклерозом сосудов конечностей, как правило, были и явления хронической коронарной недостаточности, у двух в анамнезе был инфаркт миокарда.

Результаты лечения следующие. У 39 больных атеросклерозом периферических сосудов отмечено улучшение общего состояния, уменьшилась раздражительность, улучшился сон, временами наблюдалось повышение кожной температуры; наступила стабилизация процесса, временами улучшение. У больных эндартериозом (41) отмечены хорошие результаты у 29, удовлетворительные — у 8, эффекта не было у 4 больных. Ухудшений не наблюдалось.

Уменьшалась или совсем исчезала «перебегающая хромота». Больные проходили безостановочно расстояние от 200—500 м до 2—3 км.

После первого и второго курсов лечения бледный или цианотичный цвет кожи сменялся розовым, повышалась температура кожи на 1—3° от исходного уровня,

появлялась влажность стоп, характер пульса на задней большеберцовой и тыльной артерии стопы улучшался, он держался более устойчиво в течение длительного времени. У двух больных с отсутствием пульса после 2-го курса лечения мы могли ясно определить его появление. Увеличилось количество функционирующих капилляров, улучшился капиллярный кровоток.

У ряда больных мы одновременно с иглоукалыванием применяли седативную терапию, антикоагулянты, поливитамины, при атеросклерозе — препараты йода и т. д.

В клинике в 1961 г. лечилось иглоукалыванием 20 больных, из них с атеросклерозом — 8 и с эндартериозом — 12.

Стойкая ремиссия наступила у 6 больных, удовлетворительные результаты получены у 10, успеха не было у 2, не закончили лечения 2 больных.

## ВЫВОДЫ

1. Иглоукалывание как метод рефлекторной терапии может применяться как самостоятельный вид лечения в начальных стадиях эндартериоза и атеросклероза сосудов конечностей, а в комплексе с другими мероприятиями — и в более тяжелых стадиях.

2. При этих заболеваниях иглоукалывание рекомендуется применять не только в стационарах, но и амбулаторно.

3. Иглоукалывание при этих заболеваниях не дает осложнений.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Зайцев Г. П. Хирургия, 1960, 10. — 2. Порядин В. Т. Хирургия, 1960, 9.  
Поступила 4 апреля 1963 г.

УДК 617—089—616.142

## ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПОЛИМЕРОВ ДЛЯ ПЛАСТИКИ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ВЫШЕ ПОЧЕЧНЫХ ВЕН В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

*Н. И. Комаров, Ф. Ш. Шарафисламов*

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии (зав. — проф. Н. И. Комаров) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

К настоящему времени уже накоплено большое количество как экспериментальных, так и клинических материалов по пластике артериальных стволов и аорты. Имеется также большое количество работ по изысканию более совершенных пластических материалов.

Пластика же венозных стволов разработана еще мало. Это относится к нижней полой вене выше почечных вен, хотя пластика здесь бывает жизненно необходима, так как резекция и перевязка в этом отделе венозного ствола в большинстве случаев ведет к смертельным исходам (А. К. Шипов, Ф. Ш. Шарафисламов, В. Ф. Суздиловский и др.).

Экспериментальные исследования по пластике нижней полой вены немногочисленны и, главным образом, касаются нижнего ее отдела (Охара и Сакаи, 1957; Брайнт, Лейзенбай и Говард, 1958; Коллинз, Бэрус и де Бэки, 1960; М. Г. Сироткина, 1961; и др.). Эти авторы проводили опыты на собаках и для пластики дефекта нижней полой вены использовали различные ткани и материалы (ауто- и гомотрансплантаты, протезы из различных синтетических материалов — орлон, нейлон, капрон, тефлон, дакрон). Результаты опытов были неблагоприятны, так как почти во всех случаях по истечении 1—3 месяцев наступала полная непроходимость трансплантатов с развитием мощных венозных коллатералей. Более благоприятные результаты получили лишь С. С. Михайлов, И. А. Письменов и Е. М. Герасимов.

Причиной такого неблагоприятного исхода пластики вен по сравнению с пластикой артерий Брайнт, Лейзенбай и Говард считают низкое давление крови и сравнительно медленный ее ток, которые не препятствуют сморщиванию трансплантата.

Учитывая отсутствие литературы о пластике нижней полой вены выше почечных вен, мы поставили перед собой задачу выяснить возможность аллопластики ее протезами из лавсана и терилена.

Опыты поставлены на собаках обоего пола, разного веса и возраста. Под промежуточным наркозом вскрывалась брюшная полость, обнажался ствол нижней полой вены выше почечных вен, резецировался на длину 3—4 см, и в дефект вшивалась трубка из лавсана или терилена. Швы накладывались или вручную, или сосудосшивающим аппаратом. Диаметр трубки был равен диаметру ствола нижней полой вены или немного больше. После операции проводилось исследование степени проходимости протеза прижизненной вазографией (70% раствор кардиотраста вводился в количестве 20 мл проколом через бедренные вены).

На двух собаках пластика произведена лавсановыми, на 6 — териленовыми плетеными протезами. Двум собакам после операции вводился гепарин (3 раза по