

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ТРОМБООБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ АРТЕРИИ

Г. П. Зайцев, В. Т. Порядин и Е. С. Розенфельд-Тарарыкин

Клиника общей хирургии с курсом анестезиологии педиатрического факультета (директор — проф. Г. П. Зайцев) 2-го Московского ордена Ленина медицинского института им. Н. И. Пирогова

В связи с тем, что эндартериоз и атеросклероз сосудов конечностей являются общими системными нейротрофическими заболеваниями, лечение их должно быть прежде всего консервативным, направленным на улучшение общего состояния, повышение реактивности организма, нормализацию нарушенных функций нервной и эндокринной систем, снятие спазма сосудов, усиление развития коллатерального кровообращения, улучшение обмена веществ в тканях конечностей, предупреждение тромбоза, купирование гангренозного процесса, отграничение и отторжение некротических участков, снятие болевого синдрома и патологических импульсов с пораженного очага. Только в случаях крайней необходимости, при запущенном или злокачественно протекающем процессе, приходится прибегать к оперативным вмешательствам, но тоже в сочетании с необходимым комплексом лечебных мероприятий.

Тканевая терапия, включающая подкожные инъекции биогенных стимуляторов (экстракт алоэ, ФиБС и др.) и подкожные имплантации консервированных животных тканей, является мощным стимулирующим лечебным фактором. Способствуя повышению сопротивляемости организма и нормализации нарушенных функций, он создает благоприятные условия для борьбы с патологическим процессом. В нашей клинике метод тканевой терапии как составная часть комплексного лечения больных с тромбоблизирующими заболеваниями сосудов конечностей применяется на протяжении многих лет.

Полный курс тканевой терапии состоит из четырех циклов. Каждый цикл включает ежедневные подкожные инъекции экстракта алоэ в течение 45 дней и три подкожные имплантации (подсадки) консервированной и автоклавированной утильной кожи, проводимые за это время с интервалами в 21 день (в начале цикла, через 21 день и в конце цикла). Экстракт алоэ вводят подкожно в передненаружную поверхность плеча по 1 мл с добавлением 1 мл 2% раствора новокаина. Между циклами делают перерыв в 1,5—2 месяца. Во втором цикле дозу экстракта алоэ на инъекцию увеличивают вдвое (2 мл). В последующих циклах доза экстракта алоэ на инъекцию такая же, как и в первом цикле, т. е. 1 мл. Доза животной ткани (утильной кожи) на имплантацию во всех циклах — 1,5 г. Превышение ее нецелесообразно. Наша многолетняя практика по применению тканевой терапии убедила нас в том, что при введении имплантата больше 1,5 г он долго не рассасывается, иногда дает нагноение или инкапсуляцию и в итоге влечет неблагоприятно. Имплантацию животной ткани производят под кожу в области боковых отделов грудной клетки при помощи специального винтового нагнетательного металлического шприца с предварительным обезболиванием места имплантации 3—5 мл 1—2% раствора новокаина.

Применяемый нами для подкожных имплантаций винтовой нагнетательный металлический шприц емкостью 30 мл состоит из полого цилиндра, на который навинчены две крышки. Одна из крышек заканчивается канюлей с нарезкой для навинчивания специально приспособленных игл Дюфо (насадочная часть иглы укорочена, а с внутренней стороны ее нанесена винтовая нарезка). Через другую крышку проходит винт подачи с качающимся поршнем на конце. На головную часть винта подачи, имеющую четырехгранную форму, надета рукоятка, закрепляющаяся отдельным винтом. На поверхности цилиндра снаружи выточена накатка для устранения скольжения при пользовании шприцем.

Техника подготовки к подкожному введению животной ткани при помощи шприца следующая. Шприц стерилизуют в разобранном виде путем кипячения. Утильную кожу (взятую от оперированных в клинике больных) консервируют в холодильнике при температуре +4°С в течение 7 суток. В день имплантации ткань стерилизуют в автоклаве в течение одного часа при 120° и 1,5 атмосферы давления. Зарядку шприца тканью производят в операционной. Ткань нарезают мелкими (по диаметру цилиндра) кусочками и пинцетом вводят в шприц, после чего заканчивают его сборку. При вращении рукоятки винта подачи (по часовой стрелке) в цилиндре шприца создается давление. Когда тканевая масса начинает выходить из канюли шприца сплошным цилиндром («червячками»), на канюлю навинчивают иглу, и шприц готов к применению.

Кожу в области введения тканей (боковая поверхность грудной клетки по средней аксиллярной линии) обрабатывают спиртом и дважды смазывают 5% раствором йода. Производят местное обезболивание кожи и подкожной клетчатки 1—2% раствором новокаина. Затем в подкожную клетчатку вводят иглу винтового шприца и нагнетают ткань. Количество вводимой ткани дозируют числом оборотов рукоятки винта. В на-

шем шприце обычной дозе (1,5 г на имплантацию) соответствуют 10 полуоборотов рукоятки винта подачи. Для уменьшения давления в шприце и в месте имплантации ткани непосредственно после введения ткани, не извлекая иглы, делают 1—2 обратных полуоборота рукоятки винта подачи. Затем иглу извлекают, место укола смазывают 5% раствором йода, накладывают асептическую повязку (наклейку), которую снимают через 3—5 дней. Одной зарядки шприца хватает для имплантации ткани 10—12 больным, при этом меняют только иглы.

Шприцевой способ введения ткани под кожу не только не уступает введению путем разреза с образованием подкожного кармана, но он более рационален, так как почти не травмирует больного, облегчает и ускоряет технику имплантации и совершенно не дает осложнений.

Мы придерживаемся обязательного сочетания подкожных инъекций биогенных стимуляторов и подкожных имплантаций тканей, что, по нашим наблюдениям, усиливает терапевтический эффект и к тому же способствует полному рассасыванию имплантированной ткани, особенно при длительном применении тканевой терапии у больных с хроническими процессами.

Кроме подкожных инъекций экстракта алоэ и имплантаций кожи при некрозах и гангренах мы применяем повязки с тканевой жидкостью, остающейся после автоклавирования утильной кожи с подкожной клетчаткой, и сок алоэ, выпускаемый Батумским кофейновым заводом. Тканевая жидкость и особенно сок алоэ способствуют очищению язвенно-некротических поверхностей, ускоряют регенерацию и заживление ран.

В ряде случаев назначается лечение биогенными стимуляторами методом электрофореза.

В нашей клинике тканевая терапия была применена 1854 больным эндартериозом и атеросклерозом сосудов конечностей.

Результаты тканевой терапии при эндартериозе и атеросклерозе сосудов конечностей (1949—1967 гг.)

Наименование заболевания	Число больных	Выздоровление	Улучшение (ремиссия)	Без изменений	Экзартикуляция пальцев и некрозомии в пределах стопы	Ампутация конечностей	Умерло
Эндартериоз . .	801	100	496	98	37	68	2
Атеросклероз . .	1053	74	467	106	49	231	126
Всего	1854	174	963	204	86	299	128

Довольно высокий процент ампутаций и смертей обусловлен тем, что в клинику поступают больные преимущественно с тяжелыми язвенно-некротическими процессами (84,9%), часто со злокачественным течением.

В лечении и профилактике обострений тромбооблитерирующих заболеваний артерий конечностей огромное значение имеет диспансерное наблюдение за этой категорией больных.

Большинство больных, получавших тканевую терапию, наблюдалось нами в течение ряда лет, что и дало нам возможность проследить отдаленные результаты лечения.

УДК 616.1—615.7

ПРИМЕНЕНИЕ АЦЕДОКСИНА И ИЗОЛАНИДА ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Я. М. Гринберг, Б. Д. Рудой и Л. Б. Тронько

Факультетская терапевтическая клиника (зав.—проф. А. И. Токарева) Куйбышевского медицинского института

Мы испытывали новый гликозид наперстянки — ацедоксин (ацетил-дигитоксин). Этот препарат производят на венгерском фармацевтическом заводе «Гедеон Рихтер»; он представляет собой ланатозид «А» шерстистой наперстянки, сходный с дигитоксинном пурпурной наперстянки.