

Нижекамского района; Л. И. Мухутдинову — главврача республиканской станции переливания крови; И. А. Хабибуллина — главврача Муслимовской центральной больницы; Л. А. Баранчикову — главврача 15-й городской больницы г. Казани; Т. М. Барышеву — врача 12-й городской больницы г. Казани; Э. М. Ахмерова — главврача санэпидстанции Арского района.

В работе по подготовке, расстановке и воспитанию медицинских кадров имеются и существенные недостатки. Прежде всего, обеспеченность населения ТАССР врачами и средними медицинскими работниками остается недостаточной. Укомплектованность врачами лечебно-профилактических учреждений в среднем по республике составляет 74,9%, по селу — 59,8%. Несмотря на принимаемые меры, все еще имеет место большая текучесть медицинских кадров. Так, в 1977 г. в распоряжение Министерства здравоохранения республики прибыло 680 врачей, за тот же период выбыло 428 врачей. Одной из причин этого являются неудовлетворительные условия работы в ряде мест и неустроенность быта. Не уделяют должного внимания улучшению жилищно-бытовых условий медицинских работников в Агрызском, Актанышском, Аксубаевском, Дрожжановском, Сабинском, Елабужском, Мензелинском, Лениногорском, Чистопольском районах.

Необходимо усилить работу по воспитанию медицинских работников в соответствии с требованиями Присяги врача Советского Союза. При этом особое внимание должно быть обращено на формирование у них высоких моральных качеств, сознательной государственной дисциплины, высокой гражданской ответственности за выполнение своего долга перед народом и государством. Следует улучшить подбор, подготовку и расстановку руководящих кадров здравоохранения, повысить требовательность к их работе по руководству органами и учреждениями здравоохранения и их ответственность за качество медицинской помощи населению. Необходимо в каждом медицинском учреждении создать обстановку высокой дисциплины, требовательности, организованности; шире развивать и совершенствовать движение за коммунистическое отношение к труду, наставничество, смотры-конкурсы на лучшего по профессии.

Выполнение задач, указанных в постановлениях ЦК КПСС и Совета Министров СССР, Совета Министров РСФСР, бюро ОК КПСС и Совета Министров ТАССР, должно стать стержнем всей работы органов и учреждений здравоохранения, научных учреждений и учебных заведений, составлять суть воспитательных и организаторских усилий партийных, профсоюзных, комсомольских организаций коллективов службы здоровья.

Зам. Председателя Совета Министров ТАССР **М. Х. Хасанов**

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.13—002—089.8

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ ЭНДАРТЕРИИТОМ МЕТОДОМ ПАРАРТЕРИАЛЬНОЙ СИМПАТЭКТОМИИ

*Проф. Н. П. Медведев, [С. Ю. Рутштейн], В. Н. Медведев,
А. Р. Ибрагимов*

Кафедра госпитальной хирургии № 2 (зав.—заслуж. деят. науки РСФСР и ТАССР проф. Н. П. Медведев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, 6-я городская клиническая больница (главврач — В. И. Зайцев)

Реферат. Предложена анатомически обоснованная методика парартериальной симпатэктомии. Данная операция применена у 93 больных облитерирующим эндартеритом с хорошим клиническим эффектом, длящимся 2—3 года.

Ключевые слова: облитерирующий эндартериит, парартериальная симпатэктомия.

6 иллюстраций.

До настоящего времени этиология и патогенез облитерирующего эндартериита неясны, а результаты лечения оставляют желать лучшего. Ампутация, в недалеком прошлом являвшаяся единственным хирургическим вмешательством при этом заболевании, и сейчас, к сожалению, завершает безуспешное лечение консервативными и хирургическими методами.

Ранее считалось, что симпатическая иннервация сосудов конечностей осуществляется посредством длинных нервных волокон, которые тянутся от проксимальных сосудистых отрезков по адвентиции до самых дистальных отделов. Однако ввиду отрицательных результатов операций Лериша хирурги стали сомневаться в правильности сведений о симпатической иннервации сосудов конечностей. Действительно, путь нервных ветвей от источника до сосудистой стенки изучен мало. Эти веточки весьма тонкие и нежные, диаметр их от 0,1 до 2 мм. Для практической медицины это звено является наиболее важным. Один из авторов этой статьи (С. Ю. Рутштейн) изучал тонкой препаровкой по методу Белоусова—Воробьева связи между нервным стволом и сосудом. Иннервация сосудов конечностей исследована на 270 препаратах, по 30 препаратов на каждый сосудистый отрезок: плечевой, локтевой, сосудов кисти, бедренных, подколенных, передних и задних большеберцовых сосудов. Исследованы не только места вступления нервных веточек в адвентиции сосудов, но и количество нервных приводов, зоны наибольшего и наименьшего вступления их в каждую треть сосудистого отрезка. Установлено, что больше всего нервных ветвей вступает в верхнюю и нижнюю треть каждого сосудистого отдела. Если сосудистый фрагмент сопровождается несколькими спинномозговыми нервами (как на плече), то больше всего нервных ветвей отходит от наиболее близко расположенного к сосудам нервного ствола.

Все это позволило подойти к вопросу разобщения симпатических нервных волокон с новых позиций, назвать операцию парартериальной симпатэктомией. Этот метод был разработан нами в клинике. Он принципиально отличается от поясничной симпатэктомии тем, что операция производится на дистальных нервных стволах, сопровождающих сосуды, т. е. там, где развивается патологический процесс.

К тыльной артерии стопы нервные ветви отходят от дистального конца сопровождающего артерию глубокого малоберцового нерва на протяжении от ладьевидной кости до головки первого большого пальца в поперечном направлении.

Для бедренных сосудов источником иннервации является бедренный нерв и его ветви, для подколенной артерии — седалищный и большеберцовый нервы. К задней большеберцовой артерии веточки отходят от большеберцового нерва, к передней большеберцовой артерии — от глубокого малоберцового нерва.

Операцию выполняют под местной анестезией по А. В. Вишневскому или перидуральной анестезией. Мы отдаем предпочтение местной анестезии, так как она способствует достаточно хорошей препаровке нерва. Особенность операции заключается в том, что ее начинают с периферических отделов, где более всего бывает выражен патологический процесс. Разрез начинается по ходу тыльной артерии стопы длиной 5—6 см. Кожный нерв берут на тесьму, а затем от артерии на всем протяжении выделяют глубокий малоберцовый нерв и пересекают сосудисто-нервные веточки. Рану орошают пенициллином, нерв помещают на прежнее место, накладывают послойные швы. Затем производят десимпатизацию на участке передней большеберцовой артерии. Разрез наносят по проекционной линии от середины между бугристостью большой берцовой кости и головкой малоберцовой кости до середины меж-

ду лодыжками спереди. Этот разрез не доходит до сгиба голеностопного сустава на 5 см. Нерв также выделяют на всем протяжении. Наряду с тонкими веточками от нерва отходят и более крупные — это мышечные и костные ветви, их пересекать не следует.

Большого поворачивают на живот, разрез начинают несколько выше коленной складки и продолжают до промежутка между медиальной лодыжкой и ахилловым сухожилием. Разрез кожи, подкожной клетчатки и фасции проводят несколько кнаружи от средней линии подколенной ямки. Пинцетами выпрепаровывают нервный пучок. Большеберцовый нерв лежит снаружи от подколенной вены и артерии. В верхней трети голени обнажают и разъединяют икроножную мышцу, обнажают камбаловидную мышцу, которую рассекают вместе с глубокой фасцией. Задний большеберцовый нерв располагается снаружи от сосудов. Такие же анатомические взаимоотношения и в средней трети голени. Затем по ходу всего разреза выделяют нерв с учетом сохранности крупных веточек.

Количество тонких веточек различное, иногда они располагаются скоплениями, особенно в верхней и нижней трети голени. У некоторых больных веточки единичные на всем протяжении нерва.

После операции больные особых назначений не получают, им разрешается ходить на костылях, конечность не иммобилизуется. Швы снимают на 10-й день, а затем разрешают больному пройтись на короткое расстояние. Выписывают больных из стационара на 15—16-й день.

Этим методом нами оперировано 93 больных (в возрасте до 30 лет — 12, от 31 до 40 лет — 30, от 41 до 50 лет — 32 и старше — 19). Первая операция выполнена в ноябре 1973 г. Мы выделяем 4 стадии заболевания — спастическую, выраженных признаков болезни, некротическую и гангренозную. С 1-й стадией заболевания оперировано 2 чел., со 2-й — 45, с 3-й — 40 и с 4-й — 6. В последней группе мы не надеялись на большой успех операции. Цель ее заключалась в том, чтобы снизить уровень ампутации, создать лучшие условия для заживления культи. У всех больных с 4-й стадией была произведена ампутация. Заживление послеоперационной раны произошло первичным натяжением.

Левая нога оперирована у 53 чел., правая — у 40. Хороший результат достигнут у 67, удовлетворительный — у 20; у 6 пациентов пришлось прибегнуть к ампутации. Больные с синдромом Лериша и бюргерской формой тромбангита для данной операции не подходят, так как генез этих заболеваний иной.

На 2-й день после операции у больных исчезают боли, они обходятся без наркотиков, хорошо спят.

Наблюдения на отдаленных сроках показали, что исчезает перемежающаяся хромота, больные могут ходить на большие расстояния. 9 человек обратились с просьбой произвести им операцию и на другой ноге, что и было выполнено.

Термометрия кожи, проводимая перед оперативным вмешательством и после него, показала, что в результате операции температура между пальцами повысилась в среднем на $1,4^{\circ}$, на стопе — на $0,9^{\circ}$ и голени — на $0,8^{\circ}$.

Аорто- и артериография выполнены у 79 больных. Ангиоархитектоника у больных с облитерирующим эндартериитом характеризуется сужением магистралей или даже обтурацией на различных участках с разветвленной сетью коллатералей.

Для примера приведем 2 наблюдения.

1. Ч., 45 лет, поступил 27/IX 1976 г. с жалобами на боли при ходьбе в икроножных мышцах левой голени, перемежающуюся хромоту через 50—100 м, чувство онемения и зябкости в левой стопе. Болен с 1969 г.; неоднократно находился на лечении в стационарах и санаториях, отмечал после этого временное улучшение. В

1973 г. была произведена ампутация правой нижней конечности на уровне верхней трети бедра по поводу гангрены.

Органы грудной и брюшной полости в норме. Кожа левой ноги бледная, умеренно влажная, теплая, ногти деформированы. Симптом плантарной ишемии положительн. Пульсация на задней большеберцовой и тыльной артерии стопы отсутствует, на подколенной артерии ослаблена. Данные реографии (рис. 1): реографический индекс на голени снижен, на стопе равен 0. На реограмме голени нет дополнительных зубцов, снижены анакрота и катакрота. После обследования был поставлен клинический диагноз: облитерирующий эндартериит 2—3-й степени. 11/X 1976 г. под местной анестезией выполнена операция — парартериальная симпатэктомия передней большеберцовой, задней большеберцовой артерий в нижней трети и тыльной артерии стопы. Послеоперационный период протекал без осложнений. Боли в левой голени уменьшились, исчезло чувство онемения. Кожная температура между 1 и 2-м пальцами повысилась на 1°, на тыле стопы — на 1,1°, на голени — на 1,2°. На реограмме стопы и голени (рис. 2) значительно увеличился реографический индекс, появились дополни-

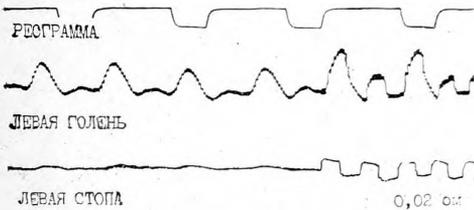


Рис. 1. Реограмма больного Ч. до лечения.

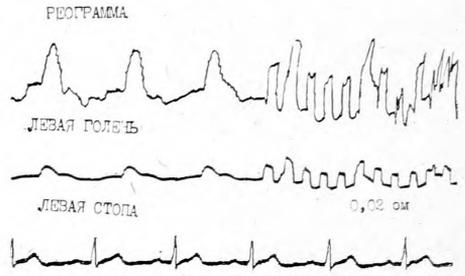


Рис. 2. Реограмма больного Ч. после операции.

тельные зубцы, что свидетельствует об улучшении периферического кровоснабжения конечности. Ч. выписан на 19-й день в удовлетворительном состоянии.

2. А., 44 лет, поступил 9/IX 1976 г. с жалобами на боли в левой голени и стопе при ходьбе, перемежающуюся хромоту через 50 м пути, чувство онемения и зябкости в левой стопе и пальцах. Указанные неприятные ощущения появились несколько лет назад. С апреля 1976 г. А. дважды лежал в стационарах, улучшения не было. Органы брюшной и грудной полости без отклонений от нормы.

Кожа на левой стопе и голени бледная, сухая, холодная. На большом пальце — язва 0,5×0,5 см, с незначительным гнойным отделяемым. Пульсация на задней большеберцовой и тыльной артерии стопы отсутствует, на подколенной артерии резко ослаблена. Имеется плантарная ишемия. На основании клинических данных и результатов реографического (рис. 3) и фотоплетизмографического исследования (рис. 4)

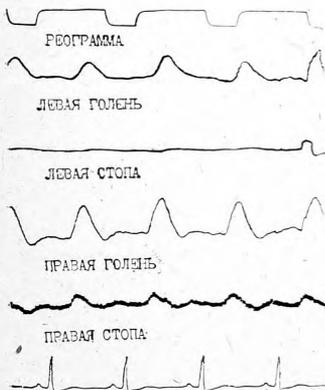


Рис. 3. Реограмма больного А. до лечения.

Резко снижен реографический индекс на голени, на стопе — 0. На реограмме левой голени нет дополнительных зубцов, резко снижены анакрота и катакрота.

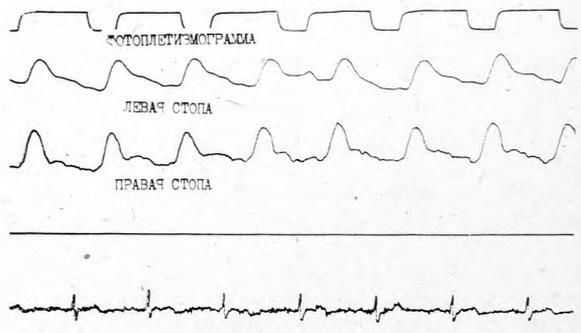


Рис. 4. Фотоплетизмограмма больного А. до лечения.

поставлен диагноз: облитерирующий эндартерит 4-й ст., начинающаяся гангрена 1-го пальца.

27/IX 1976 г. произведена парартериальная симпатэктомия передней и задней большеберцовой артерии под местной анестезией. Послеоперационный период протекал без осложнений. Боли стихли, стопа стала теплой; язва уменьшилась в размерах, на ней появились грануляции, а через месяц она зажила. Исчезло чувство онемения и зябкости. Кожная температура между 1 и 2-м пальцами повысилась на $1,2^{\circ}$, на голени — на $1,1^{\circ}$, на тыле стопы — на $1,2^{\circ}$. На реограмме стопы и голени (рис. 5) увеличился реографический индекс, появилось по одному дополнительному зубцу; на фотоплетизмограмме (рис. 6) после операции увеличилась амплитуда, на катакоте появи-

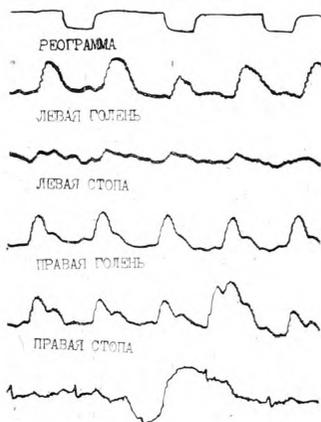


Рис. 5. Реограмма больного А. после операции.

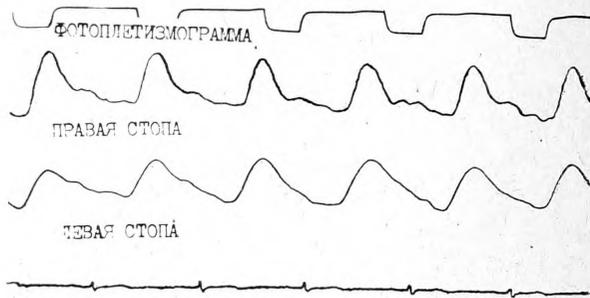


Рис. 6. Фотоплетизмограмма больного А. после операции.

лись дополнительные зубцы. Эти данные свидетельствуют об улучшении периферического кровоснабжения.

Через 2—3 года оперированные больные чувствуют себя хорошо, болей в ногах нет.

ВЫВОДЫ

1. Парартериальная симпатэктомия при облитерирующем эндартерите является эффективной операцией.
2. При бюргерской форме облитерирующего тромбангита и синдроме Лериша это вмешательство не показано.

Поступила 4 апреля 1977 г.

УДК 616.14—073.75:616.13—007.271:[617.57+617.58]

ВЕНОГРАФИЯ ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ АРТЕРИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Проф. М. Ф. Мусин

Кафедра рентгенологии и радиологии (зав.— проф. М. Ф. Мусин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. На основании результатов прижизненной артерио- и флебографии сосудов конечностей 87 больных с облитерирующим процессом, а также изучения сосудов конечностей, ампутированных по поводу гангрены на почве облитерирующих заболеваний, дано описание рентгеносимптоматики и семантики изменений венозного русла конечностей при этой патологии.

Ключевые слова: артерио- и флебография, облитерирующие заболевания сосудов конечностей.

1 таблица. 6 иллюстраций.

У 87 больных с облитерирующими заболеваниями артерий конечностей (см. табл.) проведено флебографическое исследование вен ко-