

ВЫБОР СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ И СТАДИЯХ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО ЭНДАРТЕРИИТА

Асс. И. Р. ШАГАРОВ

Из кафедры госпитальной хирургии (зав.— проф. А. К. Шипов)
Башкирского медицинского института

Распространенность заболевания облитерирующим эндартериитом имеет большую связь с прошедшей Великой Отечественной войной. В условиях действующей армии и в послевоенные годы, по данным М. И. Хвиливицкой и И. В. Давыдовского, это заболевание занимало 11,8% среди всех сосудистых заболеваний.

Изучением этиологии, патогенеза и клиники облитерирующего эндартериита занимались в XIX—XX столетиях [М. Шах—Паронианц, 1865; К. Виноградов, 1878; Винивартер (Winivarter, 1878); Цеге Мантейфель, 1891; П. А. Губарев, 1902; Бюргер (Buerger, 1910)], причем их работы носили более описательный характер, а патологические процессы иногда рассматривались с узкоморфологических позиций. В. А. Опель (1910) первым отошел от прежних взглядов на облитерирующий эндартериит, рассматривая его как общее заболевание, связанное со спазмом сосудов, приписывая эти расстройства нарушению функций желез внутренней секреции. Однако, эти выводы в дальнейшем не нашли подтверждения и остались гипотезой.

В настоящее время в патогенезе облитерирующего эндартериита большое значение придают влиянию нервной системы: состоянию корковых процессов, нервнорефлекторному влиянию на тонус стенок сосудов [Н. Н. Еланский (1950), Ф. М. Плоткин (1950), А. Т. Лидский (1951), С. А. Андреев (1953)]. После работ академика К. М. Быкова о кортико-висцеральной патологии эти взгляды нашли подтверждение в клинических исследованиях А. М. Гринштейна, Л. С. Соскина, А. А. Субботиной (1951) и др.

В госпитальной хирургической клинике с 1951 г. по июнь 1957 г. лечились 160 больных с облитерирующим эндартериитом. Из них 30 человек поступили повторно, что позволило наблюдать динамику развития процесса и эффективность проводимого лечения.

По возрасту больные были от 21 года до 68 лет, причем большинство в возрасте от 25 до 40 лет. Мужчин было 158, женщин — 2; это были люди разнообразных профессий, связанных с физическим и умственным трудом. Большинство в прошлом лечилось амбулаторно, но из-за недостаточной эффективности терапии направлялось в клинику.

Длительность заболевания от появления первых признаков до поступления в клинику была от нескольких месяцев до 27 лет, причем до 5 лет — 65% больных, а свыше 5 лет — 35%.

В анамнезе больных выступают многие факторы, которые, по-видимому, способствовали возникновению и развитию заболевания. Так, удалось установить: 1) курение — у 139 больных; 2) травмы головы — у 27; 3) охлаждение и травмы конечностей — у 90; 4) малярия — у 45; 5) тифы — у 30; 6) прочие инфекции — у 13.

Таким образом, видно, что из вреднодействующих факторов наиболее постоянными являются: курение, охлаждение и травмы конечностей. Из 160 больных курящие составляли 86,9% (139 больных), некурящие — 5% (8 больных), фактор курения не выяснен в 8,1% случаев (13 больных).

В своей практической работе мы придерживались классификации Н. Н. Еланского (1950), который предусматривает выделение 3 форм (спастической, тромбангиитической и склеротической) и 3 стадий: 1) ишемии, 2) трофических расстройств, 3) некроза и гангрены. Однако,

учитывая то, что при спастической форме имеется не только спазм сосудов, но и их дистония, название «спастической формы» мы заменили «ангионевротической».

С клинической точки зрения, по нашему мнению, целесообразно выделить 4 стадии заболевания: 1) ишемическая, 2) стадия трофических расстройств, 3) язвенно-некротическая, 4) гангренозная. Таким образом, мы считаем необходимым разделить 3 стадию Н. Н. Еланского на две: 1) язвенно-некротическую и 2) гангренозную. Необходимость такого разделения вызывается тем, что клиническое течение этих стадий различное.

Необходимо особо выделить ангиосклеротическую форму, так как при ней эндартериит развивается на фоне атеро и артериосклеротических изменений сосудов. За целесообразность выделения склеротической формы высказывались Н. Н. Еланский (1950), А. А. Вишневский (1950), А. Т. Лидский (1954), А. В. Бондарчук (1954).

При обилии экспериментальных и клинических исследований, посвященных облитерирующему эндартерииту, вопрос о рациональном лечении в различных стадиях нарушения кровообращения конечностей до сих пор остается открытым.

Наш клинический материал по формам и стадиям заболевания распределяется следующим образом:

Таблица № 1

Формы заболевания	Стадии				Количество больных
	ишемическая	трофическая	язвенно-некротическая	гангренозная	
Ангioneвротическая	8	1	2	1	12
Тромбангиитическая	22	30	22	50	124
Ангиосклеротическая	12	7	2	3	24
Итого . . .	42	38	26	54	160

Как видно из таблицы, 50% больных поступали в поздних необратимых стадиях: язвенно-некротической и гангренозной; большинство страдало тяжелой формой наркомании. При таком относительно тяжелом составе больных была поставлена цель — выбрать наиболее эффективные методы лечения этого заболевания с учетом формы и стадии.

Единого мнения в литературе о тактике лечения больных облитерирующим эндартериитом еще не существует. Одни хирурги во всех стадиях и клинических формах этого заболевания применяют только консервативные методы (А. В. Вишневский, С. И. Шахнович и др.), а другие являются сторонниками оперативного лечения (В. А. Оппель, А. Г. Молотков, В. Н. Шапов, А. В. Бондарчук и др.).

В госпитальной хирургической клинике Башкирского медицинского института с 1951 г. применялся комплексный метод лечения больных с облитерирующим эндартериитом. Комплекс мероприятий был направлен на восстановление или компенсацию анатомо-физиологических механизмов и состоял в:

- 1) нормализации работы высших отделов нервной системы (бромистые препараты, сернокислая магнезия и др.);
- 2) разрушении патологических связей между центральной нервной системой и патологическим очагом (масляно-бальзамическая повязка, блокады, симпатэктомии, невротомии и др.);

3) нормализации работы сердечно-сосудистой системы (настойки валерианы, майского ландыша и др.);

4) применении веществ, понижающих свертываемость крови: салицилатов, сернокислой магнезии, физиологического раствора и др.;

5) улучшении обменных процессов (переливание плазмы, крови, витаминотерапия);

6) лечении места поражения (перевязки, физиотерапия, рефрижерация и др.).

Консервативные методы, примененные у 68 больных, подразделяются на 4 группы:

1) метод А. В. Вишневого, окологпочечные новокаиновые блокады и масляно-бальзамические повязки на нижние конечности (применено 21 больному);

2) метод А. В. Вишневого в комплексе с внутривенным вливанием 25% раствора сернокислой магнезии по 10 мл ежедневно или через день, до 15 вливаний на курс (применено 20 больным);

3) метод А. В. Вишневого, гемо- и тканевые подсадки (применено 10 больным);

4) сочетание различных методов (применено 17 больным).

Таблица № 2

Ближайшие результаты консервативного лечения

Результаты	Методы лечения				Итого
	1	2	3	4	
Практическое выздоровление . . .	15	17	4	8	44
Улучшение	5	3	6	5	19
Без улучшения	—	—	—	2	2
Ампутация конечности	1	—	—	2	3
Итого:	21	20	10	17	68

Как видно из таблицы № 2, метод А. В. Вишневого и особенно комбинация его с внутривенными вливаниями сернокислой магнезии дает хорошие результаты в стадии ишемии и трофических расстройств. Такое сочетание методов дает наилучший результат при тромбангиитической форме, когда заболевание протекает с мигрирующим узловатым тромбофлебитом.

Надо отметить, что в ангиосклеротической форме, где эндартериит развивается на фоне атеросклероза и затруднено развитие коллатерального кровообращения, особенно показано консервативное лечение.

Другая группа больных из 86 человек подвергалась следующим операциям: I — перевязка вен — 12; II — поясничные симпатэктомии — 14; III — торакальные симпатэктомии — 6; IV — алкоголизация нервов — 2; V — невротомия — 48; VI — первичные ампутации и реампутации — 4. Ближайшие результаты приведены в таблице № 3.

Таким образом, оперативные методы лечения применялись в основном в тромбангиитической форме. В ишемической стадии преобладающими операциями, по нашим наблюдениям, являются: перевязка вен и симпатэктомии; в стадии трофических расстройств — поясничные симпатэктомии, в язвенно-гангренозных стадиях — невротомии, торакальные симпатэктомии. Перевязка вен производилась во всех случаях при положительном симптоме В. А. Опделя (исчезновение болей при опускании конечности). В результате перевязки вен (бедренных и плечевых),

Таблица № 3

Ближайшие результаты оперативного лечения

Результаты	I Перевязка вен	II Поясничные симпатэктомии	III Торакальная симпатэктомия	IV Алкоголизация	V Невротомия	Итого
Практическое выздоровление	3	12	4	1	21	41
Улучшение	8	2	1	—	10	21
Без улучшения	—	—	—	1	—	1
Ампутация	1	—	1	—	15	17
Смерть	—	—	—	—	2	2
Итого:	12	14	6	2	48	82

по учению В. А. Опделя, создается так называемое редуцированное кровообращение, чем устраняется несоответствие между притоком и оттоком крови в конечностях, питание тканей улучшается, и исчезают ишемические боли. Благодаря этому больные могут придать конечности любое положение, что в значительной степени устраняет их страдания и восстанавливает трудоспособность. Но, к сожалению, в некоторых случаях этот благоприятный результат оказался временным.

Резекция поясничных симпатических узлов проводилась нами внебрюшинными доступами (по А. В. Бондарчуку; Вертгеймеру и Боннаиту) на стороне поражения, когда появление реактивной гиперемии на конечностях не превышало 3 мин и при температурном эффекте от околопочечной новокаиновой блокады. Во всех случаях эта операция дала положительные результаты.

Учение Б. В. Огнева (1950) о центральном нервном узловом пункте сосудистой системы и его клинические наблюдения позволяют в особо упорных случаях при универсальном поражении сосудистой системы прибегать к операции на этих центрах.

По рекомендации Б. В. Огнева и по его методике нами была произведена центральная ганглиэктомия у 6 больных с несомненным успехом и с хорошими непосредственными и ближайшими результатами.

Метод алкоголизации нервов конечностей проводился у 2 больных. В одном случае при ишиас-эндартерите алкоголизация седалищного нерва оказалась эффективной, а в другом наступил стойкий паралич — характерный для повреждения седалищного нерва. В дальнейшем мы совершенно отказались от такой операции, так как она не имела каких-либо преимуществ перед пересечением нервов в дистальных отделах конечности.

Перерезка кожных и смешанных нервов, по А. Г. Молоткову, применялась нами в поздних стадиях нарушения кровообращения, не поддающихся другим способам лечения; в тех случаях, когда необходимость ампутации не вызвала особых сомнений, а также при сильных болях, как «каузалгическая терапия».

Мы считаем, что противопоказаниями к применению невротомии могут быть лишь влажная гангрена с явлениями лимфангоита и интоксикацией, широкое распространение гангрены на стопу и голень и гангрена конечностей на почве внезапной закупорки магистральных сосудов.

Считаем наиболее целесообразным рекомендовать пересечение нервов в дистальных отделах конечностей, ниже отхождения эфферентных

ветвей, идущих к основным группам мышц, то есть в той их части, которая несет преимущественно чувствительные и трофические волокна.

Невротомии одного и нескольких нервов производились в зависимости от локализации язв и болей, с учетом автономной зоны иннервации.

Хирургическая техника невротомии сравнительно проста. Рассечение кожи и других подлежащих тканей при невротомии производится по ходу нервов. По обнаружении нервного ствола последний берется на резиновые держалки. В дальнейшем производится анестезия нервного ствола 1% раствором новокаина, и после обработки нерва по Картавину нерв пересекается острым ножом.

Лечебный эффект невротомии может быть объяснен разрушением патологической связи между центральной нервной системой и очагом раздражения. В результате перерыва проводимости нервных импульсов нормализуется деятельность центральной нервной системы, снимаются болевой рефлекс и действие вазоконстрикторов в конечности; тем самым улучшается кровообращение.

Невротомия рассматривалась нами как последнее средство освободить больного от калечащей его операции — ампутации.

Исходя из того, что облитерирующий эндартериит является общим заболеванием, применение ампутации для лечения этого страдания нужно считать симптоматическим вмешательством. К ампутации следует прибегать лишь в исключительных случаях, после безуспешного комплексного лечения, только при абсолютных показаниях. Единого мнения об уровне ампутации конечностей нет. Некоторые хирурги и сейчас еще ошибочно предлагают производить первичную высокую ампутацию, рассчитывая предохранить организм от распространения заболевания на артерии других частей тела.

Прежде чем решиться на ампутацию, необходимо провести мероприятия, направленные на улучшение коллатерального кровообращения (блокады, симпатэктомию, невротомии и др.), после чего, как правило, удается произвести экономную ампутацию с учетом последующего протезирования.

К решению вопроса об уровне ампутации мы подходили дифференцированно, основываясь на результате ранее проводимого лечения, с учетом общего состояния больного, степени его истощения, повышения температуры, границ распространения гангренозного очага, уровня пульсации, локализации и степени болевых ощущений, рентгенографических данных.

С 1951 по 1957 гг. в нашей клинике произведена 21 ампутация конечностей (бедро — 12, голени — 8, кисти — 1) у 20 больных облитерирующим эндартериитом. При сравнении общего числа больных и количества ампутаций отмечается уменьшение числа ампутаций (в 1948—1950 гг. до проведения комплексной терапии, на 30 поступивших больных было произведено 14 ампутаций). Большое количество ампутаций в 1948—1950 гг. можно объяснить только отсутствием комплексной терапии.

Ампутацию фаланг и пальцев считаем нецелесообразным вмешательством, ибо она только способствует усилению гангренозного процесса с образованием длительно не заживающих язв.

Подводя итоги лечения наблюдаемых нами больных облитерирующим эндартериитом, необходимо отметить следующее: облитерирующий эндартериит — сложное нейрососудистое заболевание, лечение которого должно быть комплексным, с учетом 3 форм и 4 стадий заболевания. При ангионевротической и ангиосклеротической формах основными способами лечения должны быть консервативные, а при тромбангитической — оперативные методы. В зависимости от стадий, методы лечения должны быть различными.

В стадии ишемии хорошие результаты дает метод А. В. Вишневого как таковой, а также в сочетании с внутривенным вливанием сернокис-

лой магнезии. В особо упорных, рецидивирующих формах показана перевязка вен или симпатэктомия, в зависимости от особенностей течения заболевания.

В стадии трофических расстройств наиболее эффективна преганглионарная симпатэктомия.

В язвенно-некротической стадии благоприятные результаты дает невротомия.

В стадии гангрены, при грубых органических изменениях в тканях единственной операцией является невротомия, при неэффективности которой производится ампутация конечности.

Из 34 больных, подвергшихся в клинике невротомии в стадии гангрены, лечение закончилось ампутацией у 15 больных, выздоровление наступило у 19.

При универсальных поражениях нейрососудистой системы, с преимущественной локализацией процесса во всех 4 конечностях, показана левосторонняя торакальная симпатэктомия с удалением центрального узла (Д II—III).

ЛИТЕРАТУРА

1. А. В. Вишневский. Сборник трудов, изд. АМН СССР, 1950, т. 2, стр. 164—199.
2. А. А. Вишневский. Материалы XVII научной конференции врачей Московской области, М., 1951, стр. 68—78.
3. А. Г. Молотков. Вестник хирургии, 1926, т. VII, кн. 20, стр. 142—148.
4. Б. В. Огнев. Хирургия, 1950, № 7, стр. 3—8.
5. В. А. Оппель. Вестник хирургии и пограничных областей, 1922, т. I, кн. 2, стр. 3—11.
6. А. Л. Поленов и А. В. Бондарчук. Хирургия вегетативной нервной системы. Медгиз, 1947.
7. М. И. Хвильвицкая. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг., 1952, т. 21—22, стр. 258—283.

Поступила 12 июля 1957 г.

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

С. В. ДАНИЛОВА

Из клиники неотложной хирургии (зав.— проф. П. В. Кравченко) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и отделения неотложной хирургии больницы № 5

Настоящая работа посвящена больным с различными формами острой кишечной непроходимости, прошедшим через клинику за время с 1946 по 1955 г. За указанный период в клинику поступило 903 человека больных с острой кишечной непроходимостью, из которых 362 больных (40,1%) было подвергнуто оперативному лечению, а остальные 541 (59,9%), хотя клинически имели картину острой кишечной непроходимости, но у них кишечная непроходимость была разрешена консервативными мероприятиями. В данной работе мы излагаем наблюдения только над оперированными больными.

Как известно, под понятием острой кишечной непроходимости объединяются различные заболевания, в основе которых лежат неодинаковые патологоанатомические изменения, заболевания, имеющие чрезвычайно разнообразную клиническую картину, требующие различных методов оперативного вмешательства и дающие резко отличающиеся друг от друга исходы. Здесь мы будем касаться только механической кишечной непроходимости.

Из 362 больных 40 больных (11,1%) были с инвагинацией, 47 — (12,9%) — с заворотом тонкого кишечника, 7 (1,9%) — с заворотом слепой кишки, 72 (19,9%) — с заворотом сигмы; 21 (5,8%) — с злообра-