

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Г. Б. Гатауллин

*Кафедра госпитальной хирургии № 1 (и .о. зав.— доц. Ш. Х. Байбекова) Казанского  
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и  
хирургическое отделение 1-й городской больницы (главрач—З. А. Синявская)*

В клинике госпитальной хирургии и ее филиалах за последние годы находилось 28 женщин и 8 мужчин с острой артериальной непроходимостью. В возрасте до 20 лет был 1 больной, от 20 до 50 лет—8, от 50 до 60 лет—21 и старше—6.

У 4 больных эмболии локализовались в бифуркации аорты, у 7— в подвздошной артерии, у 17— в бедренной, у 3— в подколенной, у 3— в плечевой. У 2 больных эмболии были множественными.

24 больных длительно страдали комбинированными пороками сердца, миокардитом, эндокардитом (как правило, ревматического происхождения). У 6 больных был выраженный атеросклероз сосудов и гипертоническая болезнь. 1 больная поступила из инфекционной больницы, где находилась по поводу брюшного тифа. У 2 больных острая артериальная непроходимость сочеталась с инфарктом миокарда. У 3 больных причину эмболии установить не удалось.

В первые 6 час. поступило 11 больных, от 7 до 24 час.—6, от 25 до 48 час.—14, от 40 до 72 час. и более—5. 19 больных поступило уже с явлениями гангрены нижних конечностей. Поздняя госпитализация больных объясняется тем, что некоторые участковые врачи и врачи скорой медицинской помощи недостаточно знакомы с клиникой острой артериальной непроходимости. Больных часто оставляли на дому с рекомендацией плановой госпитализации по поводу, например, «начинающейся старческой гангрены», или «обострения облитерирующего эндартериита», или «тромбофлебита глубоких вен» и т. д.

В некоторых случаях больных с острой артериальной непроходимостью, поступивших в стационар в тяжелом состоянии, длительно лечат консервативно. Между тем тяжелое состояние больных не всегда является противопоказанием к эмболектмии, так как оно часто бывает обусловлено острой артериальной непроходимостью.

Диагностика острой артериальной непроходимости не так уж трудна, если помнить об этом заболевании. Наиболее ранний симптом—внезапное появление сильных постоянных или схваткообразных болей в конечности, как правило, у лиц, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. С такой же быстротой развивается коллапс. Пульс на дистальных отделах конечностей отсутствует, в то время как выше места окклюзии он усилен. Конечность становится холодной на ощупь, кожа приобретает мраморную окраску, а в последующем цианотичную, причем верхняя граница мраморности кожных покровов иногда четко выражена. Отмечается вялый паралич конечности с нарушением болевой и тактильной чувствительности. Клиническая картина зависит от места эмбола, быстроты нарастания тромба и от тяжести основного заболевания. Особое диагностическое значение имеет выяснение уровня нарушения чувствительности и понижения кожной температуры. По верхнему краю расстройства чувствительности и понижения кожной температуры часто даже без контрастного исследования сосудов можно судить о месте окклюзии. В сложных в диагностическом отношении случаях для определения уровня эмболии применяют контрастный метод исследования—транслюмбальную аортографию и аортореографию.

В наших наблюдениях методы комплексного исследования больных давали настолько ясную картину уровня окклюзии, что контрастное исследование потребовалось только у 2 больных.

Необходимым и весьма существенным дополнением к указанным методам исследования мы считаем проведение двухсторонней паранефральной новокаиновой блокады по А. В. Вишневскому, которая обычно ликвидирует изменения в конечностях, связанные с рефлекторным спазмом сосудов.

При локализации эмбола в области бифуркации аорты целесообразнее производить нижнюю срединную лапаротомию. При расположении эмбола в области подвздошной артерии наилучшим доступом является внебрюшинный. После выделения пораженной артерии, установления уровня расположения окклюзии и перекрытия сосудов выше и ниже места поражения продольным разрезом вскрывают сосуд. С помощью вакуум-отсоса или методом «сдаивания» удаляют эмбол и тромботические массы до появления ретроградного тока крови. Затем дистальный отрезок сосуда повторно перекрывают и снимают верхний зажим. Током крови из вышележащих отделов вымываются крошкообразные остатки тромба, после этого повторно перекрывают верхний отдел сосуда. Просвет сосуда между зажимами промывают раствором гепарина. Накладывают швы на сосуд, снимают зажимы и в артерию вводят 25 тыс. ед. гепарина. Дальнейшее применение антикоагулянтов идет под контролем свертывания крови.

Из 36 больных с острой артериальной непроходимостью эмболектония произведена у 21, из них 7 выписаны в хорошем состоянии, 4 умерли в послеоперационном периоде от повторной эмболии в жизненно важных органах, у 10 ампутированы конечности ввиду прогрессирования бывшей до операции гангрены. У 8 больных сразу произведена ампутация конечности, так как они поступили в клинику с выраженными явлениями гангрены конечности. 7 больных лечили консервативно (фибринолизин, гепарин и антикоагулянты непрямого действия), из них 4 выписаны в хорошем состоянии, а 3 умерли от основных заболеваний. Они поступили в хирургическое отделение настолько тяжелыми, что оперативное вмешательство исключалось.

## ВЫВОДЫ

1. Своевременная диагностика и ранняя эмболектония в сочетании с применением антикоагулянтов позволяют в большинстве случаев получить вполне удовлетворительные результаты при острой артериальной непроходимости.

2. Независимо от сроков поступления больных необходимо попытаться восстановить проходимость артерии оперативными методами, если нет выраженных признаков гангрены конечности.

3. Тяжелое состояние больных в большинстве случаев не является противопоказанием к эмболектонии, так как оно часто бывает обусловлено острой артериальной непроходимостью.

УДК 617.735—616.13—616.14—615.151.5

## ДОЗИРОВАНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ СОСУДОВ СЕТЧАТКИ И ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

А. П. Мизгирева

*Кафедра офтальмологии (зав.—проф. М. Л. Красное) ЦОЛИУВа*

Широкое применение антикоагулянтов прямого и непрямого действия выдвигает необходимость надежного и точного контроля свертывания крови. Важное практическое значение имеет определение достаточно эффективной и в то же время безопасной дозы антикоагулянтов. Одним из объективных методов определения свертываемости крови является тромбозастрографический (ТЭГ).

Нами произведено исследование показателей ТЭГ у 127 больных с различными формами острой непроходимости сосудов сетчатки и зрительного нерва. Был применен тромбозастрограф ленинградского производства. При этом использовали нативную кровь, забор которой производили из локтевой вены утром натощак сухой иглой.

Мы изучали параметры ТЭГ, чаще всего используемые в практике: R — время реакции, K — время свертывания, MA — максимальную амплитуду.

При исследовании ТЭГ у 32 практически здоровых людей в возрасте от 18 до 55 лет нами получены следующие показатели:  $R=12,2\pm 0,3$  мин.;  $K=3,5\pm 0,19$  мин.;  $MA=50,3\pm 3,4$  мм. Была изучена зависимость показателей ТЭГ от дозы и времени введения лечебных доз гепарина. Проведена параллель между ТЭГ-показателями и величиной протромбинового индекса. При подкожном или внутримышечном введении 10 000 ед. гепарина значительно удлинилось время реакции и свертывания крови с существенным снижением MA ТЭГ ( $P<0,01$ ), т. е. отмечался отчетливый гипокоагуляционный сдвиг. Замедление свертывания крови тем более выражено, чем ближе к моменту введения гепарина производился забор крови. В первые два часа, по данным ТЭГ, свертывания крови вообще не наступало (на ТЭГ — прямая линия, в кювете нет сгустка крови). Гипокоагуляция сохранялась в течение первых 5 часов, к 7 часам данные ТЭГ у большинства больных нормализовались и в течение суток сохранялась тенденция даже к их укорочению. Указанное обстоятельство диктует необходимость повторного введения препарата через 5 часов (не позднее 7 часов).

При введении 5000 ед. гепарина признаки выраженной гипокоагуляции отмечались в течение 2 часов и менее выраженной — в течение последующих 3 часов, через 5 часов данные ТЭГ возвращались к исходным и в дальнейшем также отмечалась тенденция к гиперкоагуляции, что вызывает необходимость повторного введения препарата не позднее, чем через 5 часов.

В некоторых случаях мы наблюдали атипические реакции. Введение 5000 ед. гепарина вызывало значительное замедление свертывания крови в течение 8—10 часов, а у 3 больных в течение 3 часов по данным ТЭГ было отсутствие свертывания крови. Противоположная реакция — после введения 10 000 ед. гепарина через 2 часа отмечалась гиперкоагуляция — укорочение R и K и увеличение MA. Наличие парадоксальной реакции организма в ответ на введение гепарина указывает на необходимость точного контроля проводимой терапии гепарином и при повышенной чувстви-