

К КЛИНИКЕ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА СОСУДОВ КОНЕЧНОСТЕЙ

Acc. A. I. Шишикина и acc. Г. Д. Медведовская

Клиника госпитальной хирургии № 1 (зав.— проф. Н. В. Соколов)
Казанского медицинского института

За последнее время совершенно обоснованно в литературе все чаще поднимается вопрос о выделении облитерирующего атеросклероза в самостоятельное заболевание. Большинство хирургов относило его к группе облитерирующего эндартерита, тогда как по этиологии и патогенезу, клинике и течению он значительно отличается от облитерирующего эндартерита и требует особых мероприятий при лечении (Л. А. Збыковская, А. Т. Лидский).

О связи между омертвением отдельных пальцев на ноге или дистального отдела стопы и атеросклеротическим процессом в сосудах конечности догадывались давно. Но первым, кто детально описал картину атеросклеротических изменений в сосудах, указав на них как на основную причину гангрены, был казанский хирург проф. Н. И. Студенский (1882) — «Изменение артерий стопы и голени при так называемой старческой гангрене»¹.

В хирургическом отделении I гор. больницы и в хир. отделении II гор. больницы Казани с 1950 г. по 1959 г. находилось на лечении 130 больных облитерирующим атеросклерозом, что составляет 65,7% по отношению к другим заболеваниям, протекающим с поражением артерий.

Основная масса больных (63) была в возрасте 50—59 лет, но довольно много было и более молодого возраста (40—49 лет).

По возрасту наши больные распределялись следующим образом:

Стадия	Возраст							
	40—45	46—50	51—55	56—60	61—65	66—70	71—75	старше
I	6	8	10	5	6	4	—	—
II	4	7	16	11	5	9	2	3
III	1	7	9	7	5	2	3	—

Облитерирующий атеросклероз у женщин встречается значительно чаще, чем облитерирующий эндартериит; среди наших больных женщин было 11.

В клиническом течении облитерирующего атеросклероза мы различаем три стадии.

В начальной (I) стадии наблюдаются повышенная утомляемость, зябкость, явления перемежающейся хромоты (этот симптом при облитерирующем атеросклерозе, по нашим данным, встречается чаще), парестезии.

Пульсация периферических сосудов чаще ослаблена, в некоторых случаях пульсация сосудов стопы довольно отчетливая. Трофических расстройств не отмечается.

II стадия — трофические расстройства. Для нее, помимо вышеописанных признаков, характерны трофические нарушения: ломкость и деформация ногтей, изменения цвета кожных покровов стопы до застойной красноты, кожа часто становится сухой, истонченной, у ряда больных отмечена атрофия мускулатуры стопы.

III стадия — некротическая. При ней, помимо указанных в первых двух стадиях явлений, наблюдаются некротические изменения в конечностях — от небольших трофических язв до гангрены.

Опорными пунктами в диагностике облитерирующего атеросклероза является не только возраст больного (хотя необходимо отметить, что облитерирующий атеросклероз чаще всего развивается в 40—60 лет), но и ряд других признаков, как-то: раннее внешнее старение, расширение сердца влево, обызвествление сосудов, выявляемое при рентгенологическом исследовании, повышение АД.

Нередко мы имели указания на стенокардию. Так, 8 больных страдали стенокардией, 4 из них перенесли инфаркт миокарда.

В анамнезе у наших больных мы имели указания на такие предрасполагающие факторы, как отморожения (у 27), сыпной тиф (у 31), травма черепа (у 7).

Большинство больных (89) злоупотребляли курением.

Довольно часто как сопутствующее заболевание наблюдалась язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, причем из 15 больных у 7 произведена резекция желудка.

Течение облитерирующего атеросклероза многообразно. У одних больных процесс идет очень медленно с периодами длительного и значительного улучшения. У других периодически наступает ухудшение состояния конечности. Наблюдаются случаи, где на фоне вяло протекающего процесса бурно разыгрывается картина тромбоза одной

¹ Труды Общества врачей г. Казани, 1882.

из ветвей крупных артериальных стволов или магистрального сосуда с последующим некрозом и развитием язв или гангрены.

Однако нередко развивающаяся на ранних сроках заболевание (до 1 года) гангрена не поддается консервативным мероприятиям, прогрессирует и приводит к ампутации.

Так, из 20 больных, подвергшихся ампутации, у 10 гангрена развилась в первый год заболевания.

По стадиям и срокам развития патологического процесса наши больные распределяются следующим образом:

Сколько лет болен Стадии \	1 г.	2 г.	3 г.	4 г.	5 л.	6 л.	7 л.	8 л.	9 л.	10 л.	Свыше 10 л.
I	21	6	1	1	3	—	2	1	—	3	1
II	19	6	8	4	4	4	2	3	—	—	7
III	12	2	5	1	4	1	2	1	1	2	3

Мы наблюдали поражение одной конечности у 38 больных, двух — у 88, 3 — у 4.

При облитерирующем атеросклерозе так же, как и при эндартерите, поражаются главным образом нижние конечности.

Лечение больных облитерирующим атеросклерозом не должно быть эпизодическим.

При первом обращении к врачу больные облитерирующим атеросклерозом должны быть взяты на диспансерный учет, и в последующем за больными этой группы должно быть установлено тщательное наблюдение и лечение.

В начальных стадиях заболевания основное внимание необходимо уделить профилактическим мероприятиям, направленным на борьбу с развивающимся атеросклерозом. К ним относятся: 1) диетотерапия, которая заключается в необходимости исключения из пищевого рациона веществ с высоким содержанием холестерина и включения веществ, препятствующих отложению холестерина (творог, дрожжи), 2) применение препаратов йода.

Необходимо соблюдение строгого режима: полный отказ от курения, ограничение хождения и физической нагрузки, удобная теплая обувь, гигиена ног.

Лечебные мероприятия должны быть направлены на снятие спазма и улучшение кровообращения. К ним относится проводимое в клинике лечение по методу А. В. Вишневского (повторные поясничные новокаиновые блокады, мазевые компрессы, фиксированные несколькими турами гипсового бинта). В комплексе лечения больные получают и новокаин внутривенно или внутримышечно, физиотерапевтические процедуры; витамины, препараты йода, оксигенотерапию.

Из физиотерапевтических процедур необходимо отметить продольную диатермию, которая дает несомненный положительный эффект, у ряда больных соллюкс и парфиновые аппликации также приносят пользу.

Больным облитерирующим атеросклерозом в начальной стадии заболевания можно рекомендовать курортное лечение (сероводородные, радоновые ванны).

В результате введенного за последнее время диспансерного наблюдения за больными этой группы и систематического амбулаторного и стационарного их лечения отмечается улучшение течения заболевания, уменьшается число ампутаций.

В первой стадии заболевания наблюдалось 39 больных.

Основным методом лечения больных этой группы были повторные поясничные новокаиновые блокады и компрессы с мазью Вишневского. Одновременно больные получали пахикарпин, папаверин, новокаин внутримышечно, витамины, физиотерапевтические процедуры.

У всех больных наступило улучшение.

Во второй стадии лечилось 57 больных. В комплекс лечения входили те же средства, которые назначались и в первой стадии заболевания. Но, кроме того, больные получали оксигенотерапию, которая дает, по нашим наблюдениям, хорошие непосредственные результаты. В комплекс входили также внутривенное и внутриартериальное введение новокаина. Улучшение отмечено у 49 больных, выписались без изменений 8.

В третьей стадии находилось на лечении 34 больных. Ампутации на уровне бедра и голени подверглись 18 больных, двум произведена малая ампутация. Остальные лечились консервативно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Збыковская Л. А. Хирургия, 1960, 12.— 2. Лидский А. Т. Важнейшие заболевания периферических сосудов. М., 1958.

Поступила 16 марта 1961 г.