

Г. Л. МИРЗА-АВАКЯН

О ПОКАЗАНИЯХ К РАЗЛИЧНЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

При выборе различных методов лечения у больных с острой артериальной непроходимостью нужно исходить из дифференциального диагноза.

При эмболиях показания к консервативному лечению часто ограничивают локализацией на дистальных уровнях артерии, при неясной диагностике, тяжелым состоянием больного, не допускающим оперативного вмешательства, симптомами гангрены [2, 6, 13, 14].

Показанием к оперативному вмешательству служат: острая артериальная непроходимость на почве механической закупорки, локализация процесса в крупных артериях, эмболия любой локализации и давности, протекающая со стойкой и нарастающей картиной ишемии при отсутствии гангрены [6, 11, 13]. На таком фоне не выдерживает критики рекомендация некоторых авторов длительной выжидательной тактики [20]. Применение эмболектomie с целью снижения уровня ампутации при начальных явлениях гангрены не оправдано, так как возможно возникновение гистаминного шока [6, 10, 15, 27].

В этой связи заслуживают внимания артериоэктомиа, предшествующая ампутаций [1], которую рекомендуют при поздних сроках поступления [5], при атеросклеротических изменениях артерии и возможности ретромбоза [6].

Некоторые авторы [22] считают, что эмболектomie должна производиться не позднее, чем через 8 часов. Если в первые 6 час. «выживание» конечности составляет 95%, то уже через 6—13 час. оно равно 50% [25, 26]. Вместе с этим имеется довольно много сообщений об успешных эмболектомиях, произведенных в более поздние сроки [2, 4, 6, 9, 10, 16, 17, 21, 23, 24].

Литературные и многочисленные клинические наблюдения подтверждают, что прямой зависимости между временем, прошедшим с момента эмболии, и тяжестью изменений в конечности нет.

Мощные противосвертывающие средства создают условия, при которых эмболектomie, произведенная позднее «критического срока» (12 час.), может привести к полному восстановлению магистрального кровотока [12]. Нужно отметить, что при поздней эмболектомии имеется опасность развития гистаминной интоксикации, при которой немедленно должна выполняться ампутация [7].

Ряд авторов считают, что неудачи поздней эмболектомии, в частности омертвение, объясняются не только закупоркой артерии и нарушением артериального притока, но и тромбозом вен и нарушением венозного оттока, что делает необходимой с таких случаях ревизию вены [18].

Известно, что эмболия артерий нижних конечностей, в частности эмболия подколенной и артерий голени, при кажущейся удовлетворительной компенсации коллатерального кровообращения может осложниться некрозом претибияльных мышц.

Ранняя операция—фасциотомия приводит к снятию боли и восстановлению кровообращения и позволяет избежать этого осложнения [3, 8, 19].

При острых тромбозах определение показаний к восстановительным операциям представляет определенные трудности. Нет единого мнения о тактике хирургии при тромбозах, развившихся на фоне атеросклероза, эндартериита и других поражений артерий. Тромбэктомиа требует осторожного подхода к решению показаний к оператив-

ному вмешательству, целесообразнее в этих случаях выполнение различных пластических операций на сосудах [2, 14].

На основании данных литературы и результатов лечения 240 больных нам кажется целесообразным выдвинуть следующие показания к различным методам лечения острой непроходимости магистральных артерий конечностей.

Эмболии артерий. Независимо от этиологии и сроков возникновения закупорки больные с 1-й степенью нарушения кровообращения (компенсация) подлежат консервативному лечению (антикоагулянты прямого действия, спазмолитики, анагетические средства).

У больных со 2-й степенью нарушения кровообращения (субкомпенсация) лечение должно начинаться с комплексной консервативной терапии (фибринолитические средства с гепарином внутриапериартериально или внутривенно спазмолитики, анагетики, новокаиновые блокады). Такое лечение должно проводиться в течение 1—3 час. При эффективности его надо продолжать до полной ликвидации явлений ишемии, при отсутствии же эффекта необходимо оперативное вмешательство. При всех случаях эмболий в сроки до 24 час после начала заболевания показана эмболектomia катетеризационным способом. При отсутствии катетеров Фогарти и наличии подозрения на продолженный тромбоз, эмболектomia выполняется ретроградным вымыванием тромботических масс через наиболее дистальный отдел артериального русла конечности. У больных с 3-й степенью (декомпенсация) нарушения кровообращения абсолютно показана ранняя операция—эмболектomia. Через 24—48 час. после эмболии показана ревизия сопутствующей вены, а при обнаружении тромботических масс—венотомия и их вымывание.

У больных, оперируемых в поздние сроки, при наличии изменений интимы показана интимэктомия с аутовенозной пластикой, а при резко выраженных изменениях стенок артерий, не допускающих наложения идеального сосудистого шва, или невозможности удалить эмбол и продолженный тромб показана артериозектомия. Последняя показана также у больных этой группы при возникновении ретромбоза на операционном столе или в ближайшие часы после операции.

У больных с 4-й степенью (начинающаяся гангрена) нарушения кровообращения показана артериозектомия, а при определении границ омертвения—ранняя ампутация. Ампутация показана также при возникновении токсикоза после включения в кровоток конечности, даже при восстановлении периферического пульса. Этой группе больных при наличии соответствующих условий можно рекомендовать также длительную перфузию, через оставленный в артерии катетер и при помощи аппаратов «АИК-РП» (последнюю можно рекомендовать также при 3-й степени нарушения кровообращения при поздних сроках поступления и наличии эмболии крупной артерии).

У больных с разными степенями нарушения кровообращения при наличии начальных признаков синдрома «претибальных» мышц показана ранняя фасциотомия.

Все больные с эмболией магистральных артерий независимо от способа лечения и степени нарушения кровообращения нуждаются в лечении сердечно-сосудистой, дыхательной систем и функции печени и почек.

Необходимо отметить, что при выборе метода лечения определенное значение имеют и локализация эмболии. При поражении сосудов голени и предплечья в большинстве случаев удается добиться компенсации кровообращения проведением консервативных методов лечения.

Больные с постэмболическим артериитом подлежат лечению физиотерапевтическими средствами. ЛФК. Однако большинство этих больных в дальнейшем страдает хронической артериальной недостаточностью, что вынуждает ставить показания к реконструктивным операциям. Объем и характер этих операций определяются индивидуально.

Острые тромбозы артерий. При выборе метода лечения решающим фактором является причина, вызвавшая тромбоз. При остром тромбозе на почве атеросклероза значительно усложняются вопросы срочной операции.

При тромбозе 1-й степени нарушения кровообращения у всех больных проводится консервативное лечение (фибринолитические средства, антикоагулянты, спазмолитики).

Ввиду больших изменений со стороны свертывающей и противосвертывающей системы крови, дозы и продолжительность антикоагулянтной терапии по сравнению с эмболиями должны быть повышены.

У больных 2-й степени ишемии консервативное лечение проводится в течение 6—8 час. При тромбозах крупных артериальных стволов эти сроки сокращаются до 5—6 час., а небольших артерий—удлиняются до 10 час. У больных с поражением крупных стволов, при неэффективности консервативного лечения, нужно ставить показания к оперативному вмешательству.

Больным с 3-й степенью нарушения кровообращения показано оперативное лечение. После 1—2-часового «пробного» консервативного лечения объем и характер операции должны решаться индивидуально, в зависимости от данных ангиографии и обнаруженных при обнажении артерии изменений.

При невыраженных атеросклеротических изменениях в первые 12 часов иногда удается ограничиться тромбэктомией. В большинстве же случаев тромбэктомия должна быть дополнена эндартерэктомией с последующим расширением артерии аутовенозной заплатой. При ограниченном, сегментарном поражении сосуда показана резекция сосуда с замещением его аутовенозным трансплантатом или обходное шунтирование.

У больных с посттромботическим артериитом при явлениях хронической артериальной недостаточности показаны реконструктивные операции (тромбэндартерэктомия, обходное шунтирование и пр.), при отсутствии этих явлений—физиотерапевтическое лечение и артериальная осмотерапия. Большие трудности возникают при решении вопроса об операции при остром тромбозе на почве облитерирующего эндартериита.

Ввиду наличия резких изменений в дистальном сосудистом русле, удаление тромба не может привести к желаемому результату. Поэтому в этих случаях необходима интенсивная консервативная терапия: внутриаrтериальное введение фибринолитиков с гепарином, 10% раствора новоканна. Вопрос о восстановительной операции может быть поставлен лишь в редких случаях (эндартерэктомия, симпатэктомия).

При травматическом и остром тромбозе, возникшем после лечебных и диагностических манипуляций, консервативное лечение допустимо при полной компенсации окольного кровообращения и при ишемии 2-й степени, когда поражены артерии малого диаметра. При поражении же сосуда крупного калибра показана срочная операция—тромбэктомия с восстановлением магистрального кровотока. При 3-й степени ишемии операция показана независимо от сроков возникновения тромбоза.

При тромбозах на почве инфекционных заболеваний или болезней крови показана консервативная терапия, а при резкой степени ишемии длительная внутриаrтериальная инфузия путем катетеризации артерии.

Длительный спазм артерии. Обобщая литературные данные, можно считать, что у больных с длительным спазмом 2—3-й степени ишемии показана срочная ангиография для уточнения характера нарушения кровообращения.

Для снятия спазма рекомендуется введение спазмолитических средств в артерию, паравerteбральная блокада. При неэффективности этих мероприятий в течение 1—2 час. показана эксплорация артерии и при уточнении диагноза (осмотр, интраоперационная ангиография) периаrтериальная симпатэктомия по Леришу.

Таким образом выбор того или иного метода лечения острой артериальной непроходимости зависит от степени нарушения окольного кровообращения, характера окклюзии, ее этиологии и диаметра пораженного сосуда. При выборе метода лечения важнейшее значение имеет общее состояние больного.

Ввиду отсутствия прямой зависимости между сроком возникновения закупорки и тяжестью изменений конечности, время, прошедшее с момента эмболии, не играет решающего значения в выборе метода, а лишь вносит некоторые коррективы в вопрос характера и объема оперативного вмешательства и послеоперационного ведения больного.

Գ. Լ. ՄԻՐԶԱ-ԱՎԱԳՅԱՆ

ՍՈՒՐ ԵՐԱԿԱՑԻՆ ԱՆԱՆՑՆԻՈՒԹՅԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ՏԱՐԲԵՐ ՄԻՋՈՑՆԵՐԻ
ՑՈՒՑՄՈՒՆՔՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ու մ

Սուր երակային անանցելիության բուժման մեթոդի ընտրությունը կախված է համակողմանա-
յին արյան շրջանառությունից, խցանման բնույթից, նրա պատճառագիտությունից և վնասված
զարկերակի տրամագծից: Խցանումի սկզբից անցած ժամանակը մեթոդի ընտրման հարցում չի
կարող ունենալ վճռողական նշանակություն:

G. L. MIRZA-AVAKIAN

INDICATIONS ON VARIOUS METHODS OF TREATING ACUTE
ARTERIAL OBSTRUCTION

S u m m a r y

The proper choice of the method for the treatment of acute arterial obstruction depends on the measure of disturbance of collateral circulation, the nature of the occlusion, its etiology and the diameter of the injured artery. The time elapsed since the start of the embolus cannot be a decisive factor in the choice of the method.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бакулев А. Н. с соавт. Вестник рентгенологии и радиологии, 1962, 5, 3—9. 2. Белорусов О. С. Дисс. кад. М., 1967. 3. Беркутов А. Н. Вестник хирургии, 1968, 2, 141.
4. Динабург В. М. Вестник хирургии, 1937, 53, 140, 10, 171—172. 5. Жмур В. А. Дисс. докт. М., 1946. 6. Затевахин И. И. Дисс. канд., М., 1967. 7. Краковский Н. И. с соавт. Хирургия, 1965, 3, 118—119. 8. Курбангалеев С. М. Вестник хирургии, 1968, 2, 141—142.
9. Лаврова Т. А. В кн.: «Вопросы патологии органов брюш. полости и артериальной системы». М., 1958, 135—140. 10. Новиков Ю. В. Автореф. дисс. канд. Ярославль, 1963.
11. Оглоблина З. В. Острая артериальная непроходимость. Л., 1955. 12. Ратнер Г. Л. Стрельников И. И. Хирургия, 1967, 5, 21—24. 13. Савельев В. С. с соавт. Клиническая хирургия, 1965, 11, 22—25. 14. Стрельников И. И. Дисс. канд. Куйбышев 1968. 15. Хенкин В. Л. Врачебное дело, 1954, 3, 211—216. 16. Brock R. J. Cardiovasc. Surg. 1962, 3, 1, 39—47. 17. Girardier J., Aupécle P. Lyon. chir. 1957, 55, 5, 655—662. 18. Jackson B. B. Surgery 1965, 57, 3, 358—362. 19. Hanlon C. R. a al J. Cardiovas Surg. 1965, 6, 1, 11—14. 20. Morris L. Levinson J. P. Bull. soc. int. chir. 1969, 21, 1, 34—38. 21. Oltwin J. H. a al. Arch. Surg 1953, 4, 66, 480—487. 22. Perlík J. H. Antikoagulation. Leipzig 1959. 23. Read G. E. J. Amer. med. ass. 1963, 186, 12, 1099—1101. 24. Spenser A. B., Eiseman B. Surgery, 1964, 55, 1, 64—74. 25. Shumacher H. B., Jacobson-H. S. Arterial embolism 1957, 145, 2, 145—152. 26. Shumacher H. B., Mantelbaum J. Amer. Surgery 1962, 28, 4, 199—205. 26. Tubbs D. J. Postgrad. med. J. 1960, 36, 414, 283—290.