

И. А. ОСЕПЯН

## АРТЕРИАЛЬНАЯ ОСМОТЕРАПИЯ КАК ОСНОВНОЙ КОМПОНЕНТ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО ЭНДАРТЕРИИТА

Не будет преувеличением, если признать, что наиболее уязвимым местом в проблеме облитерирующего эндартериита является вопрос его лечения. Если в настоящее время вопросы функциональной диагностики, клиничко-лабораторных и морфологических исследований при сосудистых поражениях конечностей детально разработаны и изучены, а на современном этапе наших знаний взгляды на вопросы этиологии и патогенеза почти едины, то в вопросах лечения облитерирующего эндартериита еще имеется много теневых сторон, требующих своего дальнейшего углубленного изучения.

Несмотря на все многообразие применяемых методов консервативного лечения облитерирующего эндартериита, мнения большинства авторов (А. Н. Шабанов [11], В. И. Стручков [8], А. Т. Лидский [5], В. М. Ситенко [7], И. Х. Геворкян [2, 3] и др.) сводится к тому, что любой метод лечения должен способствовать улучшению кровообращения больной конечности, снятию спазма сосудов, устранению боли, а также способствовать развитию коллатералей. Правильность этого положения подтверждается общеизвестным фактом о решающем значении в клиническом проявлении облитерирующего эндартериита спазма сосудов, ишемии тканей, дистрофических процессов и пр.

Подходя к трактовке патогенеза облитерирующего эндартериита с позиций кортико-органной теории и считая это заболевание сложным комплексом функционально-морфологических расстройств многих органов и систем, с преимущественно диффузным поражением сердечно-сосудистой системы, можно думать, что и лечение этого страдания должно быть представлено в виде сложного комплекса мероприятий, могущих целесообразно менять ход нарушенных в организме процессов.

Этому требованию, на наш взгляд, отвечает комплексная консервативная терапия, детально разработанная в Госпитальной хирургической клинике Ереванского медицинского института. Указанная комплексная терапия облитерирующего эндартериита содержит в себе: 1. артериальную осмотерапию, 2. витаминотерапию в сочетании с сосудорасширяющими веществами, 3. применение антикоагулянтов, 4. внутривенную осмотерапию введением 5% раствора хлористого натрия, 5. применение антиспазматических и болеутоляющих веществ. Основное место в комплексном лечении облитерирующего эндартериита мы отводим методу

артериальной осмотерапии (внутриартериальному введению гипертонического раствора некоторых лекарственных веществ), как фактору мощного интерорецептивного раздражения нервной системы. Теоретическим обоснованием этого положения служат многочисленные исследования советских ученых (К. М. Быков [1], М. А. Усиевич [9], В. Н. Черниговский [10], А. О. Долин [4]) и др., доказавших функциональную зависимость внутренних органов от центральной нервной системы, ее высшего отдела—коры головного мозга.

К. М. Быков [1] указывает, что наличие зависимости заболевания внутренних органов от центральной нервной системы определяет пути патогенетической терапии этих заболеваний, а именно необходимость воздействовать на патологический процесс через центральную нервную систему. В этом аспекте обоснована и концепция артериальной осмотерапии, имеющей основной задачей воздействовать нервно-рефлекторным путем на ход нарушенных основных динамических корковых процессов — возбуждения и торможения с целью их нормализации. Выбор места нанесения интрацептивных раздражений тем более обоснован, что сердечно-сосудистая система, по данным В. Н. Черниговского [10], рассматривается не только как система, обеспечивающая в организме определенный уровень обмена веществ, но и как система мощных интрацептивных полей, импульсы с которых играют важнейшую роль в поддержании ряда реакций и определенного состояния самой центральной нервной системы.

Труды многочисленных авторов, применивших в клинической практике метод внутриартериального введения различных лекарственных веществ при облитерирующем эндартериите, раскрывают перед нами весьма интересный механизм неспецифического патогенетического воздействия вводимых веществ на организм больного. Мы полностью поддерживаем мнения тех авторов, которые видят в механизме действия вводимых в артериальное русло лекарственных веществ, в первую очередь, фактор неспецифического интрацептивного раздражения. При этом раздражителями периферических окончаний центростремительных нервов являются: механическая травма иглой, быстрота введения лекарственного вещества, его химический состав, температура раствора и, в особенности, осмотическое давление последнего. В ответ на такое раздражение возникает множество рефлекторных реакций, приводящих к изменениям функционального состояния нервной системы, что в свою очередь ведет к возникновению в организме глубоких физиологических сдвигов.

В результате изучения у многочисленных больных реактивности сердечно-сосудистой системы как до, так по ходу и после внутриартериальных вливаний гипертонического раствора лекарственных веществ, нам удалось установить целый ряд рефлекторных сосудодвигательных реакций, выражающихся в изменениях основных гемодинамических показателей, улучшения электрокардиографических данных, а также повышения кожной температуры.

Из большого арсенала применяемых для внутриартериального введения лекарственных веществ мы предпочитаем введение гипертонических растворов, придавая при этом особое значение осмотическому фактору раздражения рецепторного аппарата сосудистой стенки. Ниже приводится наименование наиболее часто применяемых лекарственных веществ и их дозировка для различных артерий.

Наименование лекарственных веществ	Концентр. в %	Доза вливаемого вещества в мл	
		бедренная артерия	локтевая артерия
Сернокислый магний . . . . .	25%	8—10	3—5
Хлористый натрий . . . . .	5—10%	8—10	3—5
Глюкоза . . . . .	40%	8—10	5—8
Уротропин . . . . .	40%	5—8	3—5
Новокаин . . . . .	5—10%	8—10	3—5

В комплексе лечения внутриартериальное введение приведенных лекарственных веществ назначалось больным при всех формах и стадиях заболевания, где удавалось определять пульсацию одной из бедренных артерий. Инъекции проводились через каждые 1—2 дня и доводились в некоторых случаях до 10—14 вливаний.

При выборе лекарственного вещества для внутриартериального вливания мы руководствовались характером клинического течения и стадией заболевания. Количество же вливаний зависело от показателей улучшения гемодинамики пораженной конечности. Так, при некротических стадиях всех форм заболевания, в особенности при тромбангите с явлениями присоединившейся инфекции, к вводимому гипертоническому раствору добавляли один из антибиотиков (пенициллин, стрептомицин), либо сульфамидные препараты. При доминировании болевого синдрома в артерию пораженной конечности преимущественно вводили раствор новокаина и сернокислой магнезии. При спастических формах чаще производили вливание сернокислой магнезии, глюкозы и реже новокаина.

У больных, у которых пульсация на бедренной артерии пораженной конечности не определялась, лекарственное вещество вводилось в артерию симметричной здоровой конечности. Полученные при этом гемодинамические сдвиги, имеющие в своей основе нервно-рефлекторный механизм, полностью подтверждают данные С. А. Мирзояна и И. Х. Гелоркяна [6] о своеобразном феномене последовательной вазоконстрикции и дилатации, заключающемся в содружественной игре сосудов противоположной, либо симметричной конечностей.

У 130 больных, страдавших облитерирующим эндартериитом, было произведено с терапевтической целью 850 артериопункций. Наименьшее количество инъекций было 2, наибольшее — 14. Осложнений, связанных с артериопункцией, мы не наблюдали.

Немаловажное значение в комплексе лечения наших больных имела

венозная осмотерапия, которая назначалась преимущественно больным с высокими показателями вязкости и свертывания крови и, как правило, при тромбангитической форме заболевания. Это лечение получили 80 человек из наших 130 больных. Из антиспазматических средств мы применяли тифен, пахикарпин, ганглерон, квателерон и др. Из витаминов преимущественно использовались аскорбиновая и никотиновая кислоты. Для снятия болевого фактора больным назначался ряд мероприятий (хлоралгидратовые клизмы, внутривенные инъекции новокаина, анальгин в виде 2% раствора и др.). К остальным компонентам применяемого нами лечения относятся общеукрепляющие и симптоматические средства, назначаемые индивидуально с учетом общего состояния больного и отдельных нарушений функций организма.

Под нашим наблюдением находилось более 300 больных с различными формами облитерирующего эндартериита. Однако указанный выше комплекс лечебных мероприятий, в котором основным компонентом является внутриартериальное введение лекарственных веществ, применен нами лишь у 130 больных. Среди них мужчин было 126, женщин — 4. Возраст больных колебался от 18 до 84 лет.

По локализации заболевания у 125 имело место поражение нижних конечностей, у одного — верхних, у 4 больных одновременно были поражены все конечности. Таким образом, абсолютное большинство наших больных (125 человек) страдало облитерирующим эндартериитом нижних конечностей, причем одна нога была поражена у 66 больных, а обе — у 59. Поражение левой ноги на нашем материале встречалось чаще, чем правой. У 6 больных ранее была произведена ампутация одной из конечностей на различных уровнях.

По давности заболевания 52 человека страдало облитерирующим эндартериитом до 1 года, 31 — от 1 до 3 лет, 14 человек от 3 до 5 лет и 27 — свыше 5 лет. По клиническим формам заболевания из общего числа обследованных больных 65 страдали облитерирующим эндартериитом, 28 — тромбангиитом и 37 — облитерирующим атеросклерозом.

Обобщая непосредственные результаты применяемой нами комплексной терапии облитерирующего эндартериита, мы получили хорошие и удовлетворительные исходы у 87,6% наших больных. Лечение оказалось безуспешным у 9,2%. Подверглись ампутации в результате прогрессирования некротического процесса 3% больных, т. е. 4 человека. Ухудшение у больных, связанное с комплексом применяемых лечебных мероприятий, не наблюдали. Смертельных исходов в свете непосредственных результатов лечения не имели.

## В ы в о д ы

1. Комплексная консервативная терапия облитерирующего эндартериита, в основе которой лежит метод артериальной осмотерапии, дает весьма обнадеживающие результаты.

2. Метод артериальной осмотерапии следует считать практически безопасным и легко выполнимым в любых лечебных учреждениях врачами всех специальностей, при условии приобретения ими необходимых для этого технических навыков.

3. Основной целевой установкой консервативного лечения облитерирующего эндартериита следует считать терапию, направленную на снятие спазма сосудов и предупреждение его наступления, борьбу с болевым фактором, а также рациональное трудоустройство больных.

Кафанская районная больница,  
Кафедра госпитальной хирургии  
Ереванского медицинского института

Поступило 9,II 1962 г.

Ի. Ա. ՀՈՍԵՓՅԱՆ

ԱՐՏԵՐԻԱԿԱՆ ՕՍՄՈԹԵՐԱՊԻԱՆ ՈՐՊԵՍ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԿՈՄՊՈՆԵՆՏ ԽՅԱՆՈՂ  
ԷՆԴԱՐՏԵՐԻՏԻ ԿՈՄՊԼԵՔՍԱՅԻՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԵՂ

Ա մ փ ո փ ու մ

Հեղինակը խցանող էնդարտերիտի պաթոգենեզին մոտենում է կեղևա-ընդերային տեսության դիրքերից և համարում այն շատ օրգան-սիստեմների ֆունկցիոնալ մորֆոլոգիական փոփոխությունների կոմպլեքս՝ սիրտ-անոթային սիստեմի դիֆուզ ախտահարման գերակշռությամբ: Նկարագրում է խցանող էնդարտերիտի բուժման կոմպլեքսային մեթոդը, որի մեջ ներկայացված են՝ 1) արտերիալ օսմոթերապիան, 2) վիտամինոթերապիան՝ զուգորդված անոթալայնիչ նյութերի հետ, 3) անտիկոագուլյանտների օգտագործումը, 4) օսմոթերապիան՝ 5 տոկ. աղաջրի ներերակային ներմուծմամբ, 5) անտիսպազմատիկ և ցավազրկիչ դեղամիջոցների օգտագործումը:

Այս հիվանդության բուժման վերոհիշյալ կոմպլեքսում հեղինակը հիմնական կոմպոնենտ է համարում զարկերակային օսմոթերապիան, որի իմաստը կայանում է ներզարկերակային ճանապարհով մի քանի հիպերտոնիկ լուծույթների ներարկումը, որպես ներվային սիստեմի ինտերորեցեպտիվ գրգռման հզոր ֆակտոր:

Հեղինակի դիտողության տակ գտնվել են խցանող էնդարտերիտով տառապող 130 հիվանդներ, որոնց թերապևտիկ նպատակով կատարվել է 850 արտերիոպունկցիա, ընդորոժում առավելագույն սրսկումների քանակը հավասար է 14, նվազագույնը՝ 2: Հեղինակի տվյալներով զարկերակային օսմոթերապիան, օգտագործվող բուժման կոմպլեքսային մեթոդում, նպաստում էր արտերիալ սպազմի վերացմանը, վերջույթի արյան շրջանառության լավացմանը, ցավային սինդրոմի նվազմանը և այլն:

Նշված մեթոդի կիրառման շնորհիվ հեղինակի կողմից ստացվել են գոհացուցիչ արդյունքներ հիվանդների 87,6 տոկ. մոտ և բուժումն անարդյունավետ է եղել միայն բուժվողների 9,2 տոկ. մոտ: Բարդություններ՝ կապված բուժական միջոցառումների հետ ոչ մի դեպքում չեն դիտվել:

## ЛИТЕРАТУРА

1. Быков К. М. Кора головного мозга и внутренние органы. М., 1947.
2. Геворкян И. Х. Опыт внутриартериального применения ганглерона при лечении облитерирующего эндартериита. В кн.: Ганглерон и опыт его клинического применения. Ереван, 1959, 361—371.
3. Геворкян И. Х. Внутриартериальное введение гипертонического раствора лекарственных веществ как метод интерцептивного раздражения. Тр. Ереванского мед. инст., 1953, вып. 7, 143.
4. Долин А. О. Роль коры головного мозга в патологических процессах организма. Тр. Объединенной сессии, посвященной 10-летию со дня смерти И. П. Павлова, 1948.
5. Лидский А. Т. К вопросу о патогенезе и лечении облитерирующего эндартериита. Тр. Госпит. хир. клиники и хир. отделения клинической больницы, г. Свердловск, 1951, т. V, 65—84.
6. Мирзоян С. А., Геворкян И. Х. О реактивности патологически измененных сосудов конечностей человека к фармакологическим агентам. Тр. III Закавказского съезда хирургов, 1949, 668.
7. Ситенко В. М. Об особом функциональном состоянии артериальных сосудов конечностей при облитерирующем эндартериите. В кн.: В. Н. Шамов «40 лет общественного и научного служения родине». Киев, 1949, 137.
8. Стручков В. И. Принципиальные вопросы лечения облитерирующего эндартериита. К кн.: XXVII Всесоюзный съезд хирургов СССР. Тезисы докл. М., 1960, 61—62.
9. Усиевич М. А. Физиология высшей нервной деятельности. М., 1953.
10. Черниговский В. Н. Интерорецепторы. Тр. ВММ Академии. 1947, том 17, 395.
11. Шабанов А. Н. Консервативное и хирургическое лечение облитерирующего эндартериита. В кн.: XXVII Всесоюзный съезд хирургов СССР. Тезисы докладов 1960, М., 55—57.