

Г. С. МАНУКЯН

О ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЗНАЧЕНИИ ГИДРОФИЛЬНОЙ ПРОБЫ ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ ЭНДАРТЕРИИТЕ

В настоящее время можно считать доказанным, что в основе облитерирующего эндартериита лежат нарушения обменных процессов и потеря способности тканей больной конечности ассимилировать продукты питания (И. Х. Геворкян [1]). С этой точки зрения представляет определенный интерес изучение состояния водного обмена при этом заболевании.

Для разрешения этого вопроса мы воспользовались весьма простой, так называемой гидрофильной пробой, предложенной Мак Клюром и Олдригем. Конечно, последняя дает возможность только судить о состоянии водного обмена в организме и с этой точки зрения является только вспомогательным методом. Но простота его техники и возможность использования в любых условиях являются большим преимуществом гидрофильной пробы.

Знакомство с литературой показало, что указанная проба при облитерирующем эндартериите была проверена только Н. С. Костиным [3]. Автор проверил гидрофильную пробу у 73 больных, страдающих различными формами и стадиями эндартериита, распределенных на пять следующих групп: I—ишемии, II—трофических расстройств, III—начального некроза, IV—сухой гангрены, V—больные с влажной гангреной.

В первой группе был 21 чел., у которых внутрикожный желвак, образованный инъекцией 0.2 мл физраствора, рассосался в течение 40—50 мин.

У больных второй группы, охватывающей 28 чел., в зависимости от тяжести поражения, время рассасывания длилось от 25 до 40 мин.

В третьей группе было 6 чел., у них рассасывание внутрикожного желвака было ускорено и длилось около 15—20 мин. на более пораженной конечности и около 30—35 мин. на менее пораженной.

У больных IV группы, в количестве 12 чел., время рассасывания желвака было более длительным, чем у больных в стадии начального некроза и длилось от 25 до 35—40 мин. Эту разницу Н. С. Костин [3] объясняет тем «...что в стадии начального некроза резко выражена дисфункция нервной системы, в смысле нарушения трофики и регуляции водного обмена. Со временем, при отграничении участков некроза, трофическая функция нервной системы постепенно восстанавливается, развиваются приспособительные механизмы, восстанавливается до некоторой степени водный обмен».

Наконец, у больных V группы, охватившей 6 человек, внутрикожный желвак рассасывался очень быстро, в течение 2—3 мин.

В течение последних 10 мес. гидрофильная проба нами была проведена у 76 больных, страдавших облитерирующими эндартериитом. Указанные больные были распределены, согласно принятой в нашей клинике классификации, на три следующие группы: I—больные облитерирующим эндартериитом с наличием выраженных явлений местной ишемии—28 чел., II—больные с облитерирующим атеросклерозом—31 чел., III группа—больные с тромбангиитом—17 чел.

Во всех трех группах имелись больные с различными стадиями течения заболевания, а именно: компенсации, декомпенсации и деструктивных расстройств, вплоть до гангрены.

Все наши больные были мужского пола, в возрасте от 20 до 35 лет—28 чел., в возрасте от 35 до 50 лет—32 чел., в возрасте от 50 до 70 лет—16 чел. Обе конечности были поражены у 26 человек. Больных всех трех форм эндартериита в стадии компенсации было 21 чел., в стадии декомпенсации—45, в стадии деструктивных расстройств и гангрены—10. Давность заболевания колебалась от 3 мес. до 18 лет.

Для проведения гидрофильной пробы мы вводили внутрикожно 0,2 мл физраствора в переднюю поверхность нижней трети обеих голеней, при этом одна конечность, которая была здоровой, служила для нас контролем.

Гидрофильная проба нами производилась как до, так и после лечения.

Анализ результатов наших исследований показывает, что у больных с облитерирующим эндартериитом внутрикожный желвак рассасывается в течение 30—45 мин., в среднем время рассасывания физраствора у этой группы больных составляет 38 мин. С целью иллюстрации приводим пример.

Больной Г. В., 30 лет, ист. бол. № 123. Поступил в клинику 12/1—1959 г. с жалобами на боли и чувство похолодания в ногах и на быструю утомляемость. Считает себя больным 3 месяца.

Объективно: кожа нижних конечностей бледная, конечности на ощупь холодные. Пульс на артериях тыла стопы, задней большеберцовой и подколенной обеих конечностей прощупывается, однако слабого наполнения и напряжения. Осциллографическая амплитуда после физической нагрузки укорочена. Вязкость капиллярной крови равна 6,5, вязкость венозной крови—6,1. Протромбиновое время равно 25 сек. Гидрофильная проба на обеих конечностях показала время в 35 мин. В результате обследования был поставлен диагноз облитерирующего эндартериита в стадии декомпенсации.

За время пребывания в клинике больной получил комплексное консервативное лечение (внутривенные и внутриартериальные вливания гипертонических солевых растворов, сосудорасширяющие, витамины и проч). После лечения состояние больного улучшилось, боли стихли. При выписке вязкость капиллярной крови равнялась 5,9, вязкость венозной крови—5,4. Протромбиновое время—28 сек. Гидрофильная проба на правой конечности равнялась 42 мин., на левой—44 мин. Больной выписан в хорошем состоянии.

Результаты исследования больных с облитерирующим атеросклерозом показали, что время рассасывания внутрикожного желвака у них колебалось в пределах от 20 до 35 мин., в среднем—25 мин. Приведем пример.

Больной А. Т., 55 лет, ист. бол. № 266. Поступил в клинику 10/1—1959 г. с жалобами на схваткообразные боли в икроножных мышцах, перемежающуюся хромоту, на чувство похолодания и онемения в нижних конечностях. Считает себя больным 6 лет. Неоднократно лечился в городских больницах и в санаториях.

Объективно: кожа ног синюшного оттенка, сухая, растительность на конечностях скудная. На ощупь конечности холодные. Пульс на артериях тыла стопы и задней большеберцовой правой ноги слабо прощупывается, на левой отсутствует. Вязкость капиллярной крови равна 6,1, вязкость венозной крови—5,7. Протромбиновое время равно 24 сек. Осциллограмма представляет собой прямую линию. Начало свертывания крови—4 мин., конец—5 мин. Гидрофильная проба на правой конечности равна 33 мин., на левой—20 мин.

В клинике поставлен диагноз: облитерирующий атеросклероз в стадии декомпенсации. Больной получил комплексное консервативное лечение, в результате чего его состояние сравнительно улучшилось. При выписке вязкость капиллярной крови равнялась 5,7, вязкость венозной крови—5,3. Протромбиновое время—27 сек. Гидрофильная проба на правой конечности—39 мин., на левой—26 мин. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

У больных III группы наши исследования показали, что гидрофильная проба, как правило, бывает ускоренной. Время рассасывания физраствора колебалось от 10 до 23 мин., в среднем составляя 16 мин. Приведем пример.

Больной К. Г., 59 лет, ист. бол. № 2236. Поступил в клинику 12/XI—1958 г. с жалобами на боли и зябкость в конечностях и перемежающуюся хромоту. Больным считает себя уже 15 лет. Многократно лечился в различных клиниках и на курортах. В 1924 году оперировался по поводу варикозно-расширенных вен.

Объективно: кожа обеих конечностей синюшная, сухая, ногти деформированы, растительность скудная. Кожная температура на обеих стопах равна 29°. В области большого пальца левой стопы имеется язва размером $2 \times 1,5$ см. Пульс на артериях тыла стопы и задней большеберцовой обеих конечностей не прощупывается, на артериях бедренных слабо прощупывается. Исследования крови: вязкость капиллярной крови равна 7,1, вязкость венозной крови—6,1. Протромбиновое время—21 сек. Начало свертывания—4 мин., конец—5 мин. Гидрофильная проба на правой конечности—25 мин., на левой—19 мин. Осциллографически на обеих конечностях имеется прямая линия без наличия осцилляции.

В клинике был поставлен диагноз: тромбангит в стадии омертвения. За время пребывания в клинике больной получил комплексное консервативное лечение. При выписке гидрофильная проба на правой конечности показала время в 30 мин., на левой—в 23 мин. Вязкость капиллярной крови равнялась 6,8, вязкость венозной крови—5,9. Протромбиновое время—24 сек. Состояние больного сравнительно улучшилось, язва зажила. Выписан в удовлетворительном состоянии.

Анализ наших исследований показывает, что в стадии компенсации облитерирующего эндартериита гидрофильная проба сравнительно бывает замедленной, по сравнению со стадией декомпенсации и деструктивных расстройств. С другой стороны, наши исследования показывают, что в результате комплексной терапии у большинства больных время рассасывания кожного желвака замедляется, т. е. возникает сдвиг к нормализации водного обмена.

Механизм рассасывания физраствора из кожи при различных патологических состояниях и заболеваниях, очевидно, имеет различную основу и до сих пор еще не вполне ясен. Так, С. Г. Зограбян

[2] объясняет механизм гидрофильности кожи при травмах мозга нарушением центральных регуляторных механизмов, в результате чего на периферии возникают выраженные сосудистые изменения типа паралитической гиперемии, которая приводит к застою и повышению проницаемости стенки сосуда, откуда выпотевают в окружающие ткани жидкая часть крови, унося с собой альбумины и глобулины, которые, повышая в тканях коллоидно-осмотическое давление, создают условия для быстрого поглощения воды.

Каков механизм рассасывания фибрактора из кожи у больных с облитерирующим эндартериитом, трудно сказать. Можно предполагать, что наличие при этом заболевании повышенной проницаемости сосудистой стенки и высоких показателей вязкости крови приводят к повышению осмотического давления в крови и создают условия для поступления тканевой жидкости в сосудистое русло, что и может способствовать быстрому всасыванию фибрактора из обедненной влагой кожи. Общеизвестно, что последняя у больных, страдающих облитерирующим эндартериитом, в подавляющем большинстве случаев бывает сухой и шелушится.

При облитерирующем эндартериите для всасывания фибрактора имеют значение те же факторы, но здесь они слабее выражены и поэтому гидрофильная проба при этой форме бывает намного замедленней, чем при облитерирующем атеросклерозе и тромбангиите.

На основании результатов наших исследований, позволим себе сделать следующие выводы:

1. Водный обмен при облитерирующем эндартериите, как и другие виды обмена, подвергается нарушению.

2. Степень гидрофильности кожи при эндартериите зависит от формы заболевания; при облитерирующем эндартериите рассасывание внутрикожного желвака происходит, в среднем, в течение 38 мин., при облитерирующем атеросклерозе—в течение 25 мин. и при тромбангиите—в течение 16 мин.

3. Гидрофильная проба, благодаря своей простоте и возможности производства в любых условиях, может найти применение при диагностике облитерирующего эндартериита в комплексе с другими методами.

Наши исследования с наглядностью показывают, что при облитерирующем эндартериите, как правило, имеет место нарушение гидрофильности кожи. Это обстоятельство дает возможность использовать этот метод в комплексе с другими методами при диагностике этого заболевания. С другой стороны, эта проба дает возможность говорить и о дифференциальной диагностике между облитерирующим эндартериитом, облитерирующим атеросклерозом и тромбангиитом, что, на наш взгляд, имеет определенное практическое значение.

Клиника госпитальной хирургии Ереванского
медицинского института

Поступило 24.VII.1962 г.

Գ. Ա. ՄԱՆՈՒԿՅԱՆ

ՀԻԴՐՈՖԻԼԱՅԻՆ ՓՈՐՁԱՐԿՄԱՆ ԴԻԱԳՆՈՍՏԻԿ ՆՇԱՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ
ԽՅԱՆՎՈՂ ԷՆԴԱՐՏԵՐԻԻՏԻ ԴԵՊՔՈՒՄ

Ա մ փ ո փ ու մ

Տվյալ աշխատությունը նվիրված է շատ կարևոր և ակտուալ հարցին— ջրային փոխանակմանը խցանվող էնդարտերիիտի դեպքում, որպիսին ստուգվում է հիդրոֆիլային փորձարկման (проба) մեթոդով:

Հեղինակը ստուգել է խցանվող էնդարտերիիտով տառապող 76 հիվանդի՝ քնդ որում՝

ա) խցանվող էնդարտերիիտով—28 հիվանդ,

բ) խցանվող արթերոսկլերոզով—31 հիվանդ,

գ) « » տրոմբանդիտով—17 հիվանդ և գտել է, որ այդ հիվանդների մոտ միջմաշկային ներարկման դեպքում ֆիզիոլոգիական հեղուկը ներծծվում է շատ արագ:

«Մաշկային բշտիկի» ներծծման ժամանակը կախված է հիվանդության ձևից և զարգացման ժամանակաշրջանից:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Геворкян И. Х. Артериальная осмотерапия, как основа консервативного лечения облитерирующего эндартериита. Тезисы XXVII Всесоюзного съезда хирургов, М., 1960.
2. Зограбян С. Г. Гидрофильность кожи в остром периоде травмы мозга. Проблемы нейрохирургии. Центр. институт усоверш. врачей Минздрава СССР. М., 1957, стр. 122—128.
3. Костин Н. С. О значении гидрофильной пробы в распознавании облитерирующего эндартериита. Советская медицина, 1957, 1, стр. 106—110.