

И. Х. ГЕВОРКЯН

ОБ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ*

В основе настоящего сообщения лежит анализ наблюдений около тысячи больных с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей за последние 20 лет и обобщение некоторых вопросов, связанных с этим тяжелым заболеванием.

Прежде всего, следует отметить, что облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей чаще болеют мужчины, по нашим данным,— почти в 18 раз.

Мы различаем следующие облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей: облитерирующий эндартериит, облитерирующий атеросклероз и облитерирующий тромбангиит. Остановимся на этих заболеваниях в отдельности, так как каждое из них имеет свою этиологию и патогенез, а также свою клинику и особые методы лечения.

Как известно, облитерирующий эндартериит является заболеванием людей молодого возраста, поражающим сосуды дистального отдела конечностей с постепенным переходом патологического процесса на магистральные сосуды проксимальной половины конечности.

Анализ причин, вызвавших заболевание у наблюдаемых нами больных, дает основание считать, что облитерирующий эндартериит является полиэтиологическим страданием, возникновению которого способствуют все факторы, вызывающие длительный спазм сосудов дистальных отделов нижних конечностей. К этим факторам относятся неврогенные как функциональные, так и органические, токсические, термические и другие длительные воздействия на организм человека.

Что же касается патогенеза этого заболевания, то мы считаем его монопатогенетическим страданием, в механизме возникновения которого лежит нервный процесс, в частности расстройство трофической функции нервной системы, приводящее к нарушениям процессов ассимиляции и диссимиляции в больной конечности.

В своих прежних сообщениях, на основании результатов ряда исследований (кожная температура, скорость кровотока, артериография, состояние артериальной сети в ампутированной конечности и др.), а также многочисленных клинических наблюдений, в частности оперативных вмешательств, мы подчеркивали, что в основе механизма дистрофических

* Доклад на первой научно-практической конференции хирургов Армянской ССР, Ереван, 30/XII 1965 г.

расстройств, возникающих при облитерирующем эндартериите, в большинстве случаев лежат не количественные нарушения кровотока в конечности, а сложные качественные нарушения обменных процессов. С целью выявления этих нарушений и изучения механизма их возникновения, коллектив Госпитальной хирургической клиники Ереванского медицинского института в течение многих лет изучает вопрос о функциональном состоянии сосудисто-нервной системы больных с облитерирующим эндартериитом, физико-химические, биохимические, морфологические и другие изменения в их крови, а также ряд других вопросов, связанных с этим заболеванием. Результаты этих исследований, доложенные на многочисленных научных совещаниях и опубликованные в медицинской прессе, позволили заключить, что одним из основных факторов, определяющих течение и исход облитерирующего эндартериита, является состояние обменных процессов в пораженной патологическим процессом конечности. Результаты указанных исследований показывают, что при этом заболевании нарушается взаимосвязь между процессами ассимиляции и диссимиляции, что приводит к неравномерному перераспределению содержащихся в крови веществ. Так, сравнительное изучение показателей вязкости и свертываемости крови, объема и диаметра эритроцитов, содержания сахара, холестерина, глутатиона, кислорода, углекислоты и других ингредиентов в капиллярной, венозной и артериальной крови больной конечности выявило частые нарушения артерио-венозного соотношения, приводящие к значительным количественным сдвигам в содержании различных веществ и газов.

Таким образом, мы считаем, что течение и исход облитерирующего эндартериита обусловлены не дефицитом продуктов питания, а потерей тканями больной конечности способности их ассимилировать, что объясняется, по-видимому, нарушением трофической функции нервной системы.

На основании результатов вышеуказанных исследований и многочисленных клинических наблюдений, мы предложили свою классификацию облитерирующего эндартериита, рассматривающую следующие стадии клинического течения этого заболевания: 1) спастическая стадия, 2) стадия нарушений обменных процессов, 3) стадия выраженных дистрофических расстройств, 4) стадия омертвения.

Предложенная нами трактовка патогенеза облитерирующего эндартериита позволила нам разработать его комплексную консервативную терапию, сочетающую факторы этиологического, патогенетического и симптоматического воздействия на организм больного. В основе этого лечения лежит метод артериальной осмотерапии, который рассматривается нами как способ патогенетического лечения.

Изучение функционального состояния сосудисто-нервной системы, морфологического состава крови, содержания в ней гистамина, ацетилхолина, калия, кальция и других показателей до и после артериальной осмотерапии показало, что последняя приводит к возникновению в организме больного глубоких нейрогуморальных сдвигов, имеющих в своей

основе рефлекторный механизм. Так, исследования содержания сосудосуживающих и сосудорасширяющих веществ в венозной крови больной конечности показали, что через 2 мин. после введения в просвет магистральной артерии той же конечности гипертонического раствора любого лекарственного вещества наблюдается усиление сосудосуживающего эффекта, в то время как после 10 мин. отмечается усиление сосудорасширяющих свойств оттекающей крови. У всех обследованных больных содержание гистамина в крови, взятой из бедренной вены, после введения в одноименную артерию гипертонического раствора было выше контрольных цифр от 5 до 10 раз. С другой стороны, в венозной крови больной конечности появлялся ацетохолин в пределах 0,6—1,6 гаммы, тогда как в контрольных порциях крови ацетилхолин отсутствовал.

Возникающие в ответ на осмотерапию нейрогуморальные сдвиги приводят к перестройке функционального состояния сосудисто-нервной системы. В этой перестройке закономерным является появление положительных трофических рефлексов по И. П. Павлову.

Наши клинические наблюдения и специальные исследования дают основание думать, что указанные сдвиги во многом напоминают те изменения, которые возникают в организме больного после оперативных вмешательств при нарушениях симпатической нервной системы.

В разработанный нами комплекс консервативного лечения облитерирующего эндартериита входят: артериальная и венозная осмотерапия, витаминотерапия в сочетании с сосудорасширяющими веществами, антикоагулянты и другие симптоматические мероприятия. Следует подчеркнуть, что в основе лечения лежит сугубо индивидуальный подход к каждому отдельному больному. Только после детального и всестороннего обследования разрабатывается индивидуальный план лечения с учетом результатов обследования и стадии заболевания. Для артериальной осмотерапии обычно используются терапевтические дозы гипертонического раствора наиболее распространенных в практической медицине лекарственных веществ—глюкозы, сернокислой магнезии, новокаина и др. Гипертонические растворы часто сочетаются с антибактериальными и сосудорасширяющими препаратами. Для артериальной осмотерапии мы с успехом использовали синтезированные в Институте тонкой органической химии Академии наук Армянской ССР сосудорасширяющие препараты — ганглерон и кватерон.

Наконец, в комплексном лечении облитерирующего эндартериита мы большое место отводим профилактике этого заболевания (выбор профессии, запрет курения, периодический отдых и др.) и факторам, укрепляющим организм больного, в частности лечебной физкультуре и дозированной ходьбе.

Обобщение непосредственных результатов лечения выявило хорошие и удовлетворительные исходы у 92% наших больных. Что же касается отдаленных результатов лечения, то их изучение в течение 1—20 лет выявило положительные результаты почти у 85% всех лечившихся больных.

В отличие от облитерирующего эндартериита облитерирующий атеросклероз наблюдается у людей преимущественно пожилого и старческого возрастов и поражает более крупные сосуды, в частности аорту на месте ее бифуркации, подвздошные, бедренные и подколенные артерии. При этом заболевании артерии дистального отдела конечности остаются, более мелкие магистрали проксимального отдела конечности остаются, как правило, проходимыми.

Облитерирующий атеросклероз имеет свою специфическую этиологию и патогенез, которые в настоящее время подвергаются пересмотру и служат предметом больших дискуссий.

Характерны и патоморфологические особенности облитерирующего атеросклероза. Помимо поражения крупных артериальных стволов, для этого заболевания характерна и сегментарность расположения патологического процесса. В отличие от здоровых участков сосуда, которые выше и ниже места окклюзии артерии бывают более узкими, пораженные атеросклеротическим процессом участки артерии при операции оказываются утолщенными и плотными. Наконец, для облитерирующего атеросклероза характерно и его частое сочетание с тромбоэмболиями.

Все сказанное служит основанием для разработки особых методов лечения облитерирующего атеросклероза. Коротко остановимся на некоторых вопросах симптопатологии, клиники и диагностики этого заболевания.

Симптопатология облитерирующего атеросклероза тесно связана с состоянием кровообращения в больной конечности. Мы различаем следующие стадии в клиническом течении этого заболевания: 1) стадия продормальных явлений, 2) стадия острого расстройства кровообращения, 3) стадия компенсации или декомпенсации кровообращения в конечности, 4) стадия гангрены.

В стадии продормальных явлений, в зависимости от локализации патологического процесса, больные жалуются на быструю утомляемость при ходьбе, боли в различных отделах больной конечности, перемежающуюся хромоту различной степени. Объективно отмечается некоторая бледность кожи (цвет слоновой кости), понижение кожной температуры, в частности на пальцах, умеренно выраженное оволосение, нормальный или несколько ослабленный пульс.

Стадия острого расстройства кровообращения характеризуется внезапностью своего начала и обусловлена полной окклюзией сосуда. Она выражается сильными болями, чувством холода и парестезией. Объективно наблюдали бледность дистальных отделов, иногда с багрово-синюшным цветом кожи пальцев и стопы, резкое понижение кожной температуры, отсутствие пульса на периферических сосудах и т. д.

В третьей стадии заболевания в зависимости от степени компенсации кровообращения в больной конечности отмечаются постоянные боли во всей конечности, особенно в пальцах, усиливающиеся во время ходьбы, перемежающаяся хромота, чувство зябкости в ноге. Объективно в этой стадии заболевания параллельно с бледностью кожных покровов

и понижением кожной температуры и отсутствием оволосения в дистальных отделах конечности отмечаются и некоторые дистрофические расстройства, атрофия мышц, деформация ногтей, гиперкератоз. Пульс, как правило, на периферических сосудах и на магистральных артериях ниже места их окклюзии отсутствует. Иногда на крупных сосудах (подвздошная, бедренная) при пальпации и аускультации отмечается систолическое дрожание и систолический шум, синхронный с пульсом.

Развивающаяся в четвертой стадии заболевания гангрена конечности начинается обычно с первого или пятого пальца и чаще носит характер сухого омертвения с постепенным переходом последнего на другие пальцы и стопу.

Для диагностики облитерирующего атеросклероза важное значение имеет его клиническое течение, характеризующееся отсутствием ремиссии и стойкостью функциональных нарушений со стороны сосудов пораженной конечности. Большое дифференциально-диагностическое значение имеет ряд дополнительных исследований (физико-химические, биохимические, функциональные, вазографические и др.), среди которых особенно следует отметить осциллографию и ангиографию. Последняя является важным подспорьем при так называемом синдроме Лериша.

Как показывают результаты исследований, для облитерирующего атеросклероза весьма характерно наличие высоких цифр вязкости крови, в частности артериальной крови, взятой из пораженного патологическим процессом сосуда, а также повышение свертывающей способности крови. Это обстоятельство имеет важное практическое значение при составлении комплексного плана лечения и особенно для профилактики тромбоэмболии.

Особенность этиологии и патогенеза облитерирующего атеросклероза, в частности сегментарный характер локализации патологического процесса в магистральных сосудах, требует особых методов лечения этого заболевания. Среди них на сегодня ведущим является оперативное лечение, которое ставит перед собой задачу восстановить кровообращение в конечности различными методами. В настоящее время существуют три метода оперативного восстановления кровообращения: резекция участка окклюзии и его протезирование, обходное шунтирование и тромбинтэктомия или тромбэндартерэктомия.

Накопленный за последние годы опыт как советских, так и зарубежных авторов говорит о том, что при атеросклеротической окклюзии бедренной и подколенной артерий лучшие результаты дает операция тромбинтэктомии. Для предупреждения сужения и тромбообразования на месте бывшей операционной раны на стенке артерии в настоящее время рекомендуется после интритромбэктомии восстановить цельность сосуда путем наложения на ее стенку заплат, лучше из аутовены. Это вмешательство, получившее название «расширение артерии оперативным путем», дает весьма обнадеживающие результаты. В нашей клинике эта операция производится с 1960 г. Наши наблюдения показывают, что операция тромбинтэктомия, помимо восстановления

проходимости сосуда, ликвидирует существующий на месте окклюзии очаг постоянного раздражения и снимает, с одной стороны, спазм артерии выше и ниже блокады, а с другой—открывает новые пути для коллатерального кровообращения.

К сожалению, при облитерирующем атеросклерозе описанная операция, имеющая весьма строгие показания, может быть успешно применена только при условии проходимости сосудов дистального отдела конечности. Между тем практика показывает, что при так называемой сегментарной окклюзии сосуда атеросклеротический процесс часто носит диффузный характер и поражает артерию на большом протяжении. Поэтому для лечения облитерирующего атеросклероза нижних конечностей наряду с оперативным методом существует много консервативных методов лечения, среди которых почетное место занимают антикоагулянты. Следует отметить, что даже при наличии синдрома Лериша консервативное лечение у многих больных способствует компенсации состояния кровообращения в больной конечности, и лица с такой патологией могут активно жить и даже работать.

Что касается третьего облитерирующего артерии нижних конечностей заболевания—облитерирующего тромбангиита, то надо сказать, что это заболевание, известное под названием болезни Бюргера или мигрирующего тромбофлебита, имеет некоторые особенности как в своем клиническом течении, так и в лечении. Оставляя в стороне вопросы этиологии и патогенеза этого заболевания, отмечаем, что оно характеризуется содружественностью поражений артерий и вен одной и той же конечности. Часто в этом положении доминируют явления флебита и тромбофлебита поверхностных вен конечности, имеющих мигрирующий характер. Наряду с этими изменениями у больных имеются симптомы артериальной недостаточности, характерные для облитерирующего эндартериита.

Среди различных физико-химических, биохимических и других изменений со стороны крови больных облитерирующим тромбангиитом важными являются изменения со стороны свертывающей системы крови. Судя по коагулограммам, у таких больных имеется повышение свертывающей способности крови. Поэтому в комплексном лечении их наряду с методами оперативного лечения и разнообразными консервативными мероприятиями важное место занимают антикоагулянты. Для лечения облитерирующего тромбангиита в последнее время нами применяется фибринолизин как внутривенно, так и внутриартериально, дающий по предварительным показателям хороший результат. В комплексном лечении определенное место отводится антибактериальным препаратам, которые, как правило, вводятся в просвет магистральной артерии больной конечности.

Таким образом, наиболее распространенные облитерирующие артерии нижних конечностей заболевания: облитерирующий эндартериит, облитерирующий атеросклероз и облитерирующий тромбангиит имеют свою особую этиологию и патогенез, свое характерное клиническое течение и нуждаются в дифференцированном комплексном лечении.

Задача практических врачей заключается в умении правильно распознавать эти заболевания и правильно организовать их комплексное лечение или на местах, или своевременно направлять таких больных в соответствующее лечебное заведение.

Госпитальная хирургическая клиника
Ереванского медицинского института

Поступило 17/XI 1965 г.

Ի. Խ. ԳԵՎՈՐԳՅԱՆ

ՍՏՈՐԻՆ ԾԱՅՐԱՄԱՍԵՐԻ ԶԱՐԿԵՐԱԿՆԵՐԻ ԽՅԱՆՈՂ
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Մեծ անհատական փորձի հիման վրա (մոտ 1000 դիտողություններ) հեղինակը ստորին ծայրանդամների զարկերակների խցանող հիվանդություններից նշում է երեք հիմնական հիվանդություններ՝ խցանող էնդարտերիտ, խցանող աթերոսկլերոզ և խցանող տրոմբանգիիտ:

Հոդվածում բերված են նշված հիվանդությունների դասավորումը, սիմպտոմատոլոգիական, դիագնոստիկական և դիֆերենցիալ բուժումը: