

բիտոնով ներծծված վիրակապը, ըստ կլինիկական և ցիտոլոգիական հետազոտությունների տվյալների, բարեբար ներգործություն ունի թարախալին վերքերի վրա և կարող է լայնորեն կիրառվել կլինիկական պրակտիկայում:

P. I. TOLSTYKH, B. N. HAROUTYUNIAN, A. Kh. MOUKHTAROV, L. A. MAMEDOV

THE NEW DRESSINGS ON THE BASE OF NATURAL AND SYNTHETIC FIBRILLAR MATERIALS WITH ENZYMATIC AND ANTISEPTIC EFFECTS

The results of the investigation of the effect of immobilized enzymes of proteolysis (trypsin, terimytin) and antiseptics (urea, chlorhexidin) on the terms of the purulent wounds' healing in experimental animals are brought in the article.

It is established that the dressing with immobilized proteolytic enzymes-trypsin, urea and antiseptic hibiton, according to clinical and cytological studies is the most effective bandage at the treatment of infected and purulent wounds.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Гостинцев В. К. Докт. дис. М., 1970, с. 400.
2. Толстых П. И. Сов. мед., 1986, 6, с. 33.
3. Фальбушинский И. М. Ж. ушных, носовых и горловых болезней, 1977, 2, с. 99.
4. Юсуф М. Юнус Автореф. дис. канд. М., 1986.

УДК 616.147.3

П. П. АНАНИКЯН, А. С. ГАЛСТЯН, Б. С. ПОГОСЯН, С. М. НАНЯН

ЭКСТРЕННАЯ РАДИКАЛЬНАЯ ВЕНЭКТОМИЯ ПРИ ОСТРОМ ТРОМБОФЛЕБИТЕ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Показаны преимущества экстренной радикальной венэктомии, которая наряду с профилактикой возможных осложнений значительно сокращает число дней временной нетрудоспособности, обеспечивая экономический эффект.

Варикозная болезнь поверхностных вен нижних конечностей является широко распространенным заболеванием, поражающим в основном людей трудоспособного возраста. Длительное хроническое течение этого заболевания нередко приводит к осложнениям и инвалидности. Одним из наиболее частых осложнений варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей является развитие острого тромбофлебита. Возникновению и развитию тромбофлебита способствуют терапевтические, урологические, гинекологические заболевания, беременность и роды, опухолевые процессы внутренних органов, бытовые и операционные травмы. Определенное значение придается наличию эндогенной инфекции, а также изменениям со стороны физико-химического состава крови.

Наиболее грозным осложнением тромбофлебита нижних конечностей, дающим до 95% и выше смертельного исхода, является тромбоэмболия легочной артерии [3]. Нелеченный, либо неполностью вы-

леченный тромбофлебит нижних конечностей в 80—95% случаев приводит к развитию посттромботической болезни, которая нередко является причиной инвалидности [4]. При распространении тромботического процесса на глубокие вены нижних конечностей нарушается лимфо-венозный отток, расширяются поверхностные лимфатические сосуды, повышается проницаемость их стенки, наблюдаются экставазации и анастомозы с сетью глубоких лимфатических сосудов, образуются лимфатические лакуны. При хроническом процессе наблюдается сужение, облитерация просвета лимфатических сосудов, а лимфоотток осуществляется по коллатеральным путям. Резким морфологическим изменениям подвергаются также регионарные лимфатические узлы подколенной и паховой областей. Венозная гипертензия, частые лимфангоиты являются одной из причин развития лимфостаза, отеков и образования трофических язв на голени [5]. Пораженная тромботическим процессом подкожная вена приводит к сенсibilизации всего организма, что говорит о целесообразности раннего оперативного вмешательства.

Следует отметить, что консервативная терапия, достаточно широко применяемая при данной патологии, не дает нужного эффекта из-за длительности и неэффективности результатов. При этом вопрос о необходимости в дальнейшем оперативного лечения не исключается. Лишь ранняя радикальная венэктомия лишена тех недостатков, которые сопутствуют консервативной терапии больных с острым тромбофлебитом поверхностных вен нижних конечностей.

В сосудистом отделении клиники общей хирургии ЕРМИ за период с 1978 по 1987 г. находилось на стационарном лечении 3160 больных с заболеваниями вен нижних конечностей. Из них 491 (15,5%) — с острым варикотромбофлебитом поверхностных вен нижних конечностей. Общепринятые методы консервативной терапии проведены у 93 (19%) больных, 398 (81%) оперированы в ранние сроки заболевания.

При поступлении больные предъявляли жалобы на боли в нижних конечностях, чувство распирания и тяжести, усиливающиеся во второй половине дня, местные отеки на голени и стопе, наличие **накожных изменений** в виде покраснений, уплотнений по ходу подкожных вен на голени и бедре, зуда в патологическом очаге, местного повышения температуры. При объективном осмотре выявляются характер и степень развития заболевания, участие системы глубоких вен нижних конечностей в патологическом процессе. Большое значение придается выявлению сопутствующих заболеваний. В тактике лечения этого заболевания нами предпочтение отдавалось активным методам [1, 2]:

Изолированная перевязка большой и малой подкожной вен произведена у 44 (11%) больных с острым варикотромбофлебитом нижних конечностей. Следует отметить, что перевязка устья большой подкожной вены по Трейнову—Тренделенбургу или устья малой подкожной вены, производимая в сосудистом отделении при НИЛ кафедры с 1965 года, полностью не предупреждает тромбозомболические осложнения. Поэтому ее следует применять у тяжелых больных при

наличии противопоказаний к производству радикальной операции со стороны других орган-систем. Учитывая то обстоятельство, что в раннем послеоперационном периоде тромбируется также оставшийся участок подкожной вены, нами удалялся одновременно и последний с выдавливанием свежего тромба из ее периферического отрезка. Отмечено, что после указанной операции воспалительный процесс в заметной степени стихает, общее состояние улучшается, что в ряде случаев является причиной отказа больных от второго этапа операции.

Анализируя результаты лечения больных с острым варикотромбофлебитом за период с 1965 по 1978 г., нами отмечена целесообразность радикальной венэктомии. Настоящей тактики мы строго придерживаемся с 1978 года.

Радикальная венэктомия произведена 354 (89%) больным с острым варикотромбофлебитом нижних конечностей. Из них в течение первых суток после поступления венэктомия произведена 163 (46,1%), со второго по пятый день—191 (53,9%) больному. У 216 больных операция произведена под общим обезболиванием, а у 138—под местной инфильтрационной анестезией.

При перевязке устья большой подкожной вены проводилась тщательная ревизия с пересечением коллатеральных ветвей этой области с целью выявления распространения тромбоза на глубокую вену бедра. При наличии последнего у 98 (24,6%) больных произведена тромбэктомия до получения хорошего ретроградного тока крови под защитой пробы Вальсальвы. Одновременно регистрировалось состояние остального клапана. Удалялись все расширенные и тромбированные вены модифицированным способом Нарата и Воскресенского с обязательной перевязкой перфорантных вен на голени и бедре. В послеоперационном периоде больные получали противовоспалительную и антикоагулянтную терапию.

Осложнений в послеоперационном периоде мы не наблюдали, заживление ран в большинстве случаев протекало первичным натяжением. Больным разрешалось ходить на 2—4-й день после операции с обязательным эластическим бинтованием нижней конечности на срок не менее 4—6 недель. По выписке из клиники (в среднем 14,6 койко-дня) больные продолжали свою трудовую деятельность. В сроки наблюдения от 5 до 8 лет никаких осложнений не наблюдалось.

Таким образом, радикальная венэктомия при остром варикотромбофлебите целесообразна, т. к. сокращает сроки лечения и пребывания в стационаре, экономически оправдана, эффективна по результатам, наблюдаемым в раннем и позднем послеоперационном периодах.

Кафедра общей хирургии Ереванского медицинского института

Поступила 15/XII 1989 г.

P. P. ANANIKIAN, A. S. GALSTIAN, B. S. POGHOSSIAN, S. M. NANIAN
THE URGENT RADICAL VENECTOMY AT ACUTE THROMBOPHLE-
BITIS OF SUPERFICIAL VEINS OF THE LOWER EXTREMITIES

The results of the studies show that this method is effective at the early and remote postoperative terms.

1. Ананикян П. П., Погосян Б. С. Хирургия, 1982, 2, с. 10.
2. Ананикян П. П., Погосян Б. С., Нанян С. М. Тез. докл. VIII съезда хирургов Армении. Ереван, 1983, с. 119.
3. Балуда В. П. В кн.: Современные проблемы тромбозов и эмболий. М., 1978, с. 17.
4. Зеленин Р. П., Антошкин А. В. Хирургия, 1982, 2, с. 33.
5. Лыс П. В., Рябый П. А., Хохоля В. П. Клин. хир., 1979, 7, с. 51.

М. А. СУКИАСЯН, Р. Р. ОГАНЯН, Г. А. МАНУКЯН, К. Г. МАРТИРОСЯН

СОДЕРЖАНИЕ ФИБРОНЕКТИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП)—заболевание миокарда неизвестной этиологии, характеризующееся дилатацией камер сердца с понижением их систолической функции.

Наряду с выраженной и прогрессирующей недостаточностью кровообращения, нарушениями ритма и проводимости ДКМП часто осложняется тромбоэмболическим синдромом [6]. В механизмах тромбообразования при ДКМП важную роль играют нарушения в системе