

Реферати

ЕХОКАРДИОГРАФІЧНІ ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ, ЯКІ ЗАЙМАЮТЬСЯ ПРОФЕСІЙНИМ ФУТБОЛОМ

Кулієв Ф. А., Мехтієв У.Е., Зейналов А.Ф., Ісмаїлова С.С.

Об'єктом дослідження були футболісти чоловічої статі у віці від 16 до 19 років. Більшість із них були членами національної збірної, а також професійних клубів. Середній стаж занять футболом склав $5,4 \pm 2,2$ року. Проведене дослідження у футболістів юнацького віку, дозволило виявити наявність певних змін серцевого м'язу. Ці зміни мають компенсаторний характер, пов'язаний з наявністю інтенсивних фізичних навантажень. Однак, в окремих випадках вже в цьому віці реєструється ряд змін, характерних для початкової стадії серцево-судинної патології. Даний фактор повинен стати предметом особливого обговорення, спільно з тренерським складом, для знаходження найбільш оптимального режиму тренувального процесу.

Ключові слова: гіпертрофія лівого шлуночка, ремоделювання, футбол.

Стаття надійшла 14.11.2013 р.

ECHOCARDIOGRAPHIC INDICATORS OF THE LEFT VENTRICLE FUNCTIONAL CONDITIONS IN THE PERSONS OF YOUTHFUL AGE, WHO ARE ENGAGED IN PROFESSIONAL FOOTBALL

Kuliev F. A., Mehtiev U.E., Zejnalov A. F., Ismajlova S.S.

Object of research were football players of a male at the age from 16 till 19 years. The majority of them were members of a national team and also professional clubs. The average experience of employment by football has made $5,4 \pm 2,2$ years. The conducted research in football players of youthful age, has allowed to reveal presence of certain changes of a cardiac muscle. These changes carry, most likely, compensatory character connected with presence of intensive physical activities. However, on occasion already at this age a number of changes, characteristic for an initial stage of a cardiovascular pathology is registered. The given factor should become a subject of special discussion together with trainer's structure, for development of the optimal mode of training process.

Key words: a hypertrophy left ventricular, remodeling, football.

Рецензент Катеринчук І.П.

УДК616.136/.137-089:616.147.3]:616/151

А.А. Лытчиков

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Республика Беларусь

НАРУШЕНИЯ ЛИМФО-ВЕНОЗНОГО ОТТОКА ПОСЛЕ ИЗЪЯТИЯ БЕДРЕННОЙ ВЕНЫ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ АОРТО-ПОДВЗДОШНОГО СЕГМЕНТА

Статья посвящена анализу последствий изъятия бедренной вены для реконструкций аорто-подвздошного сегмента. Изучены ближайшие и отдаленные результаты выполненных в Гомельском областном отделении хирургии сосудов 10 реконструкций аорто-подвздошного сегмента с использованием бедренной аутовены. 5 пациентов были оперированы по поводу критической ишемии в стадии декомпенсации и 5 пациентов были оперированы по поводу поздних осложнений (ложных аневризм) ранее выполненных аорто-бедренных реконструкций.

Ключевые слова: аорто-бедренная реконструкция, бедренная вена, инфицирование сосудистого протеза, гнойно-некротические поражения.

Окклюзирующие поражения составляют подавляющее большинство заболеваний артерий. Наиболее эффективным путём восстановления кровообращения является хирургическое вмешательство. Применение различного рода заместителей сосудов является неотъемлемой частью большинства артериальных реконструкций. Существует множество разновидностей искусственных протезов, которые, несмотря на бурный прогресс в области технологий их изготовления, всё ещё обладают чувствительностью к инфекции [7]. При повышенной угрозе инфицирования применение искусственных протезов рискованно [5]. По данным мировой литературы [1,2,6], частота инфекционных осложнений со стороны искусственного протеза колеблется от 0,8 до 14,2%. Развитие их является причиной ампутаций нижних конечностей в 13-75% наблюдений и сопровождается высокой летальностью - 14-75%, достигающей при протезном сепсисе 100%. В таких ситуациях типичным решением является применение аутогенных кондуитов, наиболее распространённым из которых является большая подкожная вена. Однако применение её для реконструкций аорто-подвздошного сегмента оказалось не эффективно из-за неадекватного диаметра. В 1991 году G.P.Clagett предложил использовать бедренную вену для замещения удаляемого инфицированного искусственного протеза, однако эта операция имеет ряд недостатков, основными из которых являются длительность и техническая сложность [3].

Мы используем бедренную вену для первичных аорто-подвздошных реконструкций у пациентов с гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей. Такой подход, на наш взгляд, позволяет проводить реконструкцию в ситуациях, когда применение искусственного протеза крайне рискованно или невозможно из-за высокого риска инфицирования и таким образом избежать ампутации и, с другой стороны, существенно упростить ход аутовенозной операции. Однако одним из основных опасений при изъятии фрагмента бедренной вены для реконструкции являются возможные нарушения лимфопотока [4].

Целью работы было исследование является оценка возможных нарушений лимфопотока после изъятия фрагмента бедренной вены.

Материал и методы исследования. За период 2010-2011 гг. в отделении хирургии сосудов Гомельского областного клинического кардиологического диспансера мы выполнили 10 реконструкций аорто-подвздошного сегмента с использованием бедренной аутовены. Все пациенты были мужчинами в возрасте $58,8 \pm 4,5$ года. Основанием для госпитализации служили: аррозивное кровотечение из дистального анастомоза на фоне ложной аневризмы - у 3 пациентов, поздний тромбоз бранши бифуркационного протеза - у 1 пациента, кишечно-парапротезный свищ с формированием парапротезного абсцесса и ложной аневризмы дистального

анастомоза также был у 1 пациента и диагноз «Облитерирующий атеросклероз. Синдром Лериша. Окклюзия общей подвздошной артерии. Трофическая язва стопы и голени» был поводом для обращения в 5 случаях.

Мы выделили две группы пациентов. В первую группу вошли пациенты, обратившиеся по поводу поздних осложнений ранее выполненных аорто-бедренных реконструкций эксплантатом. В этой группе у всех пациентов наблюдалось в нижних конечностях нарушение кровообращения в стадии субкомпенсации (ХАН 2 (Для определения степени хронической артериальной недостаточности использовалась классификация А.В.Покровского)). Вторую группу составили пациенты с критической ишемией нижних конечностей с гнойно-некротическими изменениями, которым было отказано в выполнении аорто-бедренных реконструкций с применением искусственного протеза и рекомендована ампутация на уровне бедра. Также эти пациенты не подходили для стентирования пораженного сегмента из-за распространенности поражения. В этой группе выполнялась первичная реконструкция бедренной веной. При этом под бедренной веной мы подразумеваем участок от подколенной вены до слияния с глубокой веной бедра.

Перед операцией всем пациентам выполняли дуплексное ультразвуковое исследование с определением лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) и ангиографию или мультиспиральную компьютерную томографию с контрастированием.

Результаты исследования и их обсуждение. 80% пациентов, входящих в группу повторно оперированных по поводу поздних осложнений, находились в стадии субкомпенсации кровоснабжения нижних конечностей (ХАН 2а) и жалоб на выраженную перемежающуюся хромоту не предъявляли. ЛПИ был в пределах 0.7-0.8. Им были выполнены следующие оперативные вмешательства: в 1 случае мы выполнили удаление инфицированного протеза, ликвидацию кишечного парапротезного свища с дренированием абсцесса и аорто-подвздошное репротезирование бедренной веной; в 4 случаях мы резецировали инфицированную ветвь протеза с репротезированием бедренной веной.

Несмотря на литературные данные [7], в этой группе пациентов мы не наблюдали значительных осложнений со стороны нижней конечности после забора бедренной вены. В 2 случаях (40%) к 3-5 суткам развился невыраженный отек голени (до +5см в окружности), не требовавший лечения и разрешившийся в срок до 15 после операции. В остальных случаях отека не было. У всех пациентов раны зажили первичным натяжением. По всей видимости, это наблюдение можно объяснить отсутствием выраженного нарушения кровообращения в конечностях при поступлении. В настоящее время срок наблюдения за пациентами данной группы составляет от 36 до 24 месяцев. Других симптомов лимфопатической недостаточности выявлено не было.

В группе первично оперированных по поводу критической ишемии нижних конечностей с гнойно-некротическими поражениями пациентов были выполнены следующие оперативные вмешательства: одностороннее аорто-бедренное шунтирование бедренной веной – в 1 случае, одностороннее подвздошно-бедренное шунтирование бедренной веной – 2 пациентам и в 2 случаях мы выполнили аорто-бедренное бифуркационное шунтирование комбинированным протезом, состоящим из политетрафторэтиленового (ПТФЭ) кондуита и бедренной вены.

Во всех случаях ко вторым суткам развивался стойкий выраженный лимфо-венозный отек бедра и голени (до +8 см в окружности) на стороне, где забирали бедренную вену. К 4-5 суткам во всех случаях присоединялась упорная лимфорея. У всех пациентов участок разреза на уровне паха на этой ноге заживал вторичным натяжением. Во всех случаях для реабилитации потребовалось значительное время (около 30 суток) с лечением в отделении хирургии сосудов с последующим переводом в отделение гнойной хирургии. Внимания гнойных хирургов преимущественно требовали трофические язвы и лимфорея из разреза на ноге со стороны забора вены. Все пациенты отмечали исчезновение болей в покое, увеличение дистанции ходьбы сразу после операции и у всех отмечалась существенная активизация процесса заживления трофических язв.

Течение послеоперационного периода со стороны конечности, где забиралась вена, было более тяжелым, чем в первой группе, несмотря на потребовавшуюся меньшую длину венозного трансплантата и, соответственно, меньшую длину разреза на бедре. Причем осложнения были вызваны в большей степени нарушением лимфооттока, чем венозной недостаточностью. По всей вероятности, причиной этих нарушений является наличие некротического очага как источника инфекции и выраженная ишемия нижней конечности (ХАН 4) до операции. Однако, несмотря на все вышеизложенное, во всех случаях нам удалось убрать проявления критической ишемии и избавиться от болей в покое, выиграв время для заживления трофических поражений. В этой группе минимальный срок наблюдения также составляет 3 месяца. Во всех случаях лимфорею удалось остановить в срок от 36 до 24 суток. Отек сохранялся до 3 месяцев. Других проявлений лимфопатической недостаточности также не было отмечено. В обеих группах не возникало острых нарушений венозного оттока и также мы не находили показаний для фасциотомии. Все пациенты из исследуемых групп были осмотрены в отдаленном периоде. Признаков хронической венозной недостаточности мы не отмечали. 4 из 10 пациентов отмечали наличие жалоб на незначительный дискомфорт при длительном стоянии.

Выводы

1. Лимфо-венозная недостаточность у пациентов после первичной аутовенозной реконструкции аорто-подвздошного сегмента значительно более выражена. Объясняется это наличием гнойного очага на конечности и выраженным нарушением кровообращения.

2. Несмотря на более длительное заживление операционных ран, первичная аутовенозная реконструкция аорто-подвздошного сегмента у пациентов с гнойно-некротическими нарушениями является менее рискованной с точки зрения поздних инфекционных осложнений, чем имплантация искусственного протеза и более выигрышной с точки зрения качества жизни, чем первичная высокая ампутация.
3. Использование бедренной вены для артериальных реконструкций является безопасным с точки зрения сохранения венозного оттока. Во всех случаях нарушения носили преходящий характер и не требовали проведения каких-либо дополнительных лечебных мероприятий.

Литература

1. Дрюк Н.Ф. Профилактика и лечение ранних и поздних осложнений в реконструктивной хирургии брюшной аорты и магистральных артерий нижних конечностей / Н.Ф. Дрюк, Ю.Э. Полищук, А.Б. Доминяк [и др.] // - Киев, - 1998.
2. Сорока В.В. Неотложные сердечно-сосудистые операции в практике общего хирурга / В.В. Сорока // - Волгоград: Изд-во ВолГУ - 2001, 204 с.
3. Clagett G.P. Creation of a neo-aortoiliac system from lower extremity deep and superficial veins. / G.P. Clagett, B.L. Bowers, M.A. Lopez-Viego [et al.] // Ann Surg. - 1993. - 218. -239 p.
4. Clagett G.P. Autogenous aortoiliac/femoral reconstruction from superficial femoral-popliteal veins: feasibility and disability. / G.P. Clagett, R.J. Valentine, R.T. Hagino // J. Vasc Surg. - 1997. - 25. - 255 p.
5. Costa S.F. Mucosa or skin as source of coagulase-negative staphylococcal bacteraemia? / S.F. Costa, M.H. Miceli, E.J. Anaissie // Lancet Infect Dis, - 2004. - 4(5). - pp.278-86.
6. Fu W. Surgical management of patients with infected vascular prostheses /W.Fu, Y. Wang, F. Che // Zhonghua Wai Ke Za Zhi - 1997, Vol.35, P.608-609.
7. Merritt K. Tissue colonization from implantable biomaterials with low numbers of bacteria. / Merritt K, Hitchins VM, Neale AR.// J Biomed Mater Res. - 1999. - 44(3). - P.261-265.

Реферати

ПОРУШЕННЯ ЛІМФО-ВЕНОЗНОГО ВІДТОКУ ПІСЛЯ ВИЛУЧЕННЯ СТЕГНОВОЇ ВЕНИ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦІЇ АОРТО-КЛУБОВОГО СЕГМЕНТА

Лизіков А.А.

Стаття присвячена аналізу наслідків вилучення стегнової вени для реконструкції аорто- клубового сегмента. Вивчено найближчі й віддалені результати проведених реконструкцій аорто- клубового сегмента з використанням стегнової аутовени у Гомельському обласному відділенні хірургії судин 10. 5 пацієнтів були оперовані з приводу критичної ішемії в стадії декомпенсації і 5 пацієнтів були оперовані з приводу пізніх ускладнень (помилкових аневризм) раніше виконаних аорто- стегнових реконструкцій.

Ключові слова: аорто- стегнова реконструкція, стегнова вена, інфікування судинного протеза, гнійно- некротичні ураження.

Стаття надійшла 2.11.2013 р.

DISORDERS OF LYMPHATIC AND VENOUS OUTFLOW AFTER HARVESTING OF FEMORAL VEIN FOR RECONSTRUCTION OF AORTOILIAC SEGMENT

Lyzikov A.A.

Analysis of consequences of femoral vein harvesting for aorto-iliac reconstruction is described in the report is devoted. Results of short term and remote follow-up of 10 aortoiliac reconstructions with deep femoral vein performed in Gomel regional vascular surgery department were studied. 5 patients underwent initial surgery for terminal stage of critical limb ischemia and 5 patients were operated for late complications (false aneurysms) of previous aorto-femoral bypass.

Key words: aorto-femoral reconstruction, femoral vein, vascular prosthesis infection, ischemic tissue loss.

Рецензент Лігоненко О.В.

УДК 616-073.756.8:572.087:572.5:616.853-053.7

С.П. Московко, І.В. Гунас, Ю.І. Шевчук

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

ЗВ'ЯЗКИ КОМП'ЮТЕРНО-ТОМОГРАФІЧНИХ ПАРАМЕТРІВ ЛІКВОРОУТРИМУЮЧИХ СТРУКТУР ГОЛОВНОГО МОЗКУ З АНТРОПОМЕТРИЧНИМИ ТА СОМАТОТИПОЛОГІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ ЮНАКІВ І ДІВЧАТ ЗАГАЛЬНИХ ГРУП

Метою даного дослідження було вивчення зв'язків між комп'ютерно-томографічними параметрами ліквороутримуючих структур головного мозку та антропометричними показниками у хворих на епілепсію юнаків і дівчат. Результати дослідження показали, що у юнаків, хворих на епілепсію, найбільш часто виявляються різноспрямовані, з переважанням прямих, зв'язки середньої сили; у дівчат, хворих на епілепсію – різноспрямовані, з однаковою часткою прямих та зворотні зв'язки, виключно середньої сили.

Ключові слова: епілепсія, комп'ютерна томографія, ліквороутримуючі структури, антропометрія, юнацький вік.

Робота є фрагментом НДР «Вивчити комп'ютерно-томографічні параметри головного мозку юнаків та дівчат різних конституціональних типів у нормі та при епілепсії» (№ державної реєстрації 0111U009297).

З появою нових (після електроенцефалографії) неінвазивних прижиттєвих методів дослідження головного мозку (ГМ) (комп'ютерної томографії та магнітнорезонансної томографії) гостро постала проблема відповідності отримуваних зображень нативному стану ГМ, що забезпечило актуальність досліджень, направлених на встановлення середніх значень, розмаху індивідуальної мінливості структур ГМ з урахуванням віку, статі, соматотипу задля, в кінцевому рахунку, розмежування норми та патології. Адже сьогодні лікарі різних спеціальностей, прагнучи до стандартизації способів лікування хворих, розуміють важливість урахування характерних морфологічних особливостей, властивих різним конституційним типам [5].

Однак, розуміння норми та патології не вичерпується знанням лише нормативних параметрів чи морфології тих чи інших органів, властивих тому чи іншому соматотипу, статі, віку, оскільки організм – це не простий набір органів і систем, а цілісна система, нормальна діяльність якої забезпечується, в тому числі, злагодженою взаємодією і взаємозалежністю окремих органів і систем. У ряді випадків вдається впевнено