

8. В случае диагностики тромбоза на уровне устья большой подкожной вены у беременных и в сроки, не превышающие 2–5 суток оперативное лечение производить в срочном порядке.

9. Хирургический этап — это не финал лечения данного заболевания. В обязательном поряд-

ке после операции необходимо проводить комплексное медикаментозное лечение, так как иногда упускается из вида недиагностированный тромбоз перфорантных вен, которые тоже могут быть путями для распространения тромбообразования на глубокие вены.

С.В. Зайцев, В.В. Краузе

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Городская клиническая больница № 1 (Иркутск)

Известно, что у больных с окклюзирующим поражением артерий нижних конечностей на долю хронической критической ишемии (ХКИ) приходится 35 %, которая наблюдается у 1,5 % мужчин в возрасте до 50 лет. При этом 25 % лиц с ХКИ нуждаются в первичной ампутации. Летальность после ампутации выше коленного сустава составляет 20–50 %, ниже — 5–10 %, но спустя 5 лет достигает 50–70 %.

В настоящее сообщение включены сведения о 281 пациенте с атеросклеротической окклюзией артерий нижних конечностей в стадии ХКИ в возрасте от 35 до 87 лет. Из них мужчин — 229 (81,6 %), женщин — 52 (18,4 %). В общей сложности в течение 6 лет зарегистрирован 701 эпизод их госпитализации, что составило в среднем 2,5 раза.

При поступлении в отделение 167 больных (59,6 %) имели III степень ишемии, а 114 (40,4 %) — IV степень. Продолжительность заболевания составила от 2-х недель до 9 месяцев. Большинство составили лица трудоспособного возраста — 151 человек (53,8 %). Осложняющим обстоятельством являлось наличие ишемической болезни сердца (68,7 %), артериальная гипертензия (70 %) и хронические заболевания бронхолегочной системы (76,1 %). Характер поражения артерий оценивался на основании клинической картины, результатов ультразвукового исследования и контрастной ангиографии.

Учитывали проксимальный уровень поражения артерий выше пупартовой связки 120 (42,3 %) пациентов, и ниже пупартовой связки — 161 (57,7 %) пациент. Все больные были разделены на 3 группы. В первую включены пациенты, имеющие показания для восстановительных операций. Критерием отбора являлось состояние путей оттока. В случае, если состояние путей оттока было неудовлетворительным, но при положительном пробном консервативном лечении, включающем простаниды, выраженность ишемии уменьшалась, но полностью не купировался ишемический синдром, что говорило о выражен-

ном спастическом компоненте, выполняли паллиативные операции — поясничная симпатэктомия в сочетании с длительной внутриаартериальной инфузией вазоактивных средств в нижнюю надчревную артерию.

Операции реваскуляризирующей остеотрепанации (РОТ) большеберцовой кости в чистом виде или в сочетании с поясничной симпатэктомией выполняли только при 4-ой степени ишемии.

Во вторую группу включены пациенты, у которых возможности для реконструктивных вмешательств были сомнительными или отсутствовали, и не было прямых показаний для первичной ампутации конечности.

Третью группу составили пациенты, у которых отсутствовали какие-либо возможности реконструктивных или паллиативных операций, был длительный период критической ишемии с прогрессирующим некротическим процессом и имеющие тяжелую сопутствующую патологию.

Число пациентов, которым были выполнены операции при окклюзии артерий выше пупартовой связки, было 139 (43,8 %). Из них восстановительные операции были проведены у 120 (86,3 %), палиативные — у 18 (13 %), ревизия артерий — у 1 (0,7 %). Оперативные вмешательства при окклюзии артерий ниже пупартовой связки были выполнены 179 (56,2 %) пациентам. Из них: восстановительные операции — у 77 (43 %), палиативные — у 93 (52 %), ревизия артерий — у 9 (5 %).

Госпитальная летальность после восстановительных операций при локализации процесса выше пупартовой связки составила 8,3 %. Наиболее часто становится очевидной необходимость в ампутации конечности после ревизии артерии и невозможности выполнения восстановительного этапа операции (38,8 %).

При локализации процесса ниже пупартовой связки, летальность после восстановительных операций была значительно ниже и составила 1,3 %, но процент ампутаций после ревизии артерий достигает 44,4 %. Замечено, чем больше длительность хронической критической ишемии конечности до

оперативного лечения, тем больше частота как общих осложнений, так и летальных исходов.

Ведущей причиной летальности при ХКИ по нашим данным является острое нарушение коронарного кровообращения — 66,6 %.

ВЫВОДЫ

1. Хроническая критическая ишемия нижних конечностей составляет 28 % от числа госпитализированных больных с атеросклеротической окклюзией.

2. Длительный период хронической критической ишемии является прогностически неблагоприят-

ятым фактором не только для сохранения конечности, но и жизни больного.

3. У больных с проксимальным уровнем поражения сосудистого русла выше пупартовой связки в 86,7 % случаев возможны эффективные реконструктивные вмешательства на сосудах, а при дистальных формах поражения реконструктивные операции возможны в 43,3 % случаев.

4. При отсутствии показаний к оперативному лечению и неэффективном консервативном лечении в течение двух недель необходимо решить вопрос об ампутации конечности.

А.О. Ивченко, Г.Ц. Дамбаев, В.Э. Гюнтер, И.А. Соловцова, И.О. Савельев, М.С. Силина, О.В. Непомнящая, Т.В. Щедловский, О.А. Ивченко

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ОСТРОМ ФЛЕБОТРОМБОЗЕ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДА КАВАПЛИКАЦИИ ОРИГИНАЛЬНОЙ КОНСТРУКЦИЕЙ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА

Сибирский государственный медицинский университет (Томск)

Цель исследования — разработать универсальные ультразвуковые критерии степени активности процесса тромбообразования, определить их эмбологенность, обосновать применение метода экставазальной кавапфикации оригинальной конструкцией из никелида титана для профилактики тромбоэмболии легочной артерии при остром эмбологенном флеботромбозе в системе нижней полой вены.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 576 больных с острым флеботромбозом в системе нижней полой вены. Ультразвуковое исследование сосудов проведено с использованием функции гистограмм. Для подтверждения результатов ультразвукового исследования сосудов с использованием функции гистограмм было проведено экспериментальное моделирование венозного тромбоза на кроликах с последующим ультразвуковым и морфологическим исследованием тромбов в динамике. Совместно с НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы разработана «скрепка» оригинальной конструкции из никелида титана, позволяющая предупредить миграцию тромбов в легочную артерию (Патент № 2211675 от 10.09.2003). Эксперимент поставлен на 25 собаках. Животные выводились из опыта на 1, 7, 14 сутки и через 1, 2, 3, 6 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ультразвуковое исследование венозной системы с использованием функции гистограмм позволило разделить всех больных на три группы в

зависимости от степени активности тромбообразования (I степень: коэффициент плотности тромба 1,5 до 10,0 условных единиц, II степень: от 10,0 до 15,0 условных единиц, III степень: свыше 15,0 условных единиц). Выявлено, что больные с низкой степенью активности тромбообразования (I степень) (229 (39,7 %) человек) наиболее эмболоопасны. Среди этой группы больных оперировано 50 (21,8 %) пациентов, что составило 84,7 % всех операций.

Экспериментальные и морфологические исследования на собаках выявили полную совместимость имплантата с окружающими тканями. После выделения области кавапфикации скрепка снималась без особых затруднений. Участок задней полой вены в месте парциального стеноза расправлялся полностью, на ее адвентициальной поверхности существенных морфологических изменений не выявлено.

Метод применен в клинике у 35 эмболоопасных больных в системе нижней полой вены. Все пациенты имели эпизод ТЭЛА мелких ветвей. На ультрасонограмме с применением гистограмм определялась I степень активности тромбообразования. У 23 из них выявлен флотирующий тромб в устье подвздошной вены с переходом на нижнюю полую вену. У 25 наблюдаемых кроме экставазальной кавапфикации конструкцией из никелида титана проведена открытая тромбэмбоlectомия из подвздошных вен с последующей ревизией глубоких вен катетером Фогарти. Летальных исходов не было.

Средняя продолжительность наблюдения составила $32,00 \pm 2,8$ месяцев. Хорошие отдаленные