МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Во внештатном сосудистом центре и поликлинике Томского Военно-медицинского института на протяжении 20 лет пролечено 1240 больных с окклюзирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей. При клиническом, реографическом и ультразвуковом исследовании ишемия II степени (по А.В. Покровскому, 1998) диагностирована у 1116 (90 %) больных, а IIIа степень имела у 124 (10 %) пациентов. Лечебные мероприятия включали различные виды новокаиновых блокад, внутритканевое введение антигипоксических препаратов, использование пероральных антиоксидантов и дезагрегантов на фоне дозированной ходьбы. У ограниченной части больных в условиях дневного стационара поликлиники выполнялась декомпрессия полости костномозгового канала.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Через месяц после лечения у всех больных со II степенью ишемии отмечено улучшение: потеплели стопы, исчезли парестезии, безболевого путь увеличился до 600 ± 26 метров. У пациентов с IIIа степенью ишемии в 85 % случаях отмечена положительная динамика. При изучении отдаленных результатов удается выявить, что дважды в год

проводимый курс лечения позволяет сохранить ишемические нарушения на этом уровне через год у 93 %, а через 5 – 10 лет – у 70 % обследованных. Проведенные нами исследования у больных этой группы показывают, что под воздействием лекарственных веществ в зоне ишемизированных тканей увеличиваются надкостнично-мышечные сосуды, уменьшаются атрофическо-склеротические процессы и нормализуется резервный потенциал в мышечной ткани.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Традиционно при периферических формах окклюзирующих заболеваний сосудов нижних конечностей в условиях поликлиники больным назначается таблетированное медикаментозное лечение. Как правило, это не предотвращает неуклонное прогрессирование патологических процессов, что закономерно приводит пораженную конечность к ампутации. Многолетнее использование предлагаемых технологий в амбулаторно-поликлинических условиях позволяет в течение длительного времени сохранять уровень кровоснабжения тканей нижних конечностей у значительного количества пациентов с хронической ишемией на компенсированном уровне.

Н.Г. Хорев, Э.В. Боровиков, С.Н. Мисько

ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ АРТЕРИЙ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОГО СЕГМЕНТА

*Алтайский государственный медицинский университет (Барнаул)
Железнодорожная больница (Барнаул)*

Цель – определить роль и место ультразвуковой эндартерэктомии в реконструкции артерий бедренно-подколенного сегмента.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Аналізу подвергнуты 633 пациента, оперированных в клинике в период с 1990 по 2000 гг. Данным больным операции выполнялись только на артериях бедренно-подколенного сегмента. Выполнялись следующие оперативные вмешательства:

- 1) бедренно-подколенное аутовенозное шунтирование (с реверсией вены) выше колена – 323 больных;
- 2) механическая эндартерэктомия (открытая, полуоткрытая, закрытая) – 105 больных;
- 3) ультразвуковая эндартерэктомия (закрытая) – 205 больных.

Для выбора метода оперативного вмешательства использовались следующие дополнительные методы обследования: доплерометрия, дуплексное сканирование артерий нижних конечностей, ангиография.

Выбор метода реконструкции осуществлялся по данным ангиографии. Оценка результатов оперативного вмешательства проводилась по критерию проходимости сосуда и сохранения нижней конечности.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Оценены отдаленные результаты, которые получены по выборке: 323 бедренно-подколенных шунтов, 205 ультразвуковых эндартерэктомий, 105 механических эндартерэктомий (табл. 1).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у больных с атеросклеротической окклюзией бедренно-подколенного сегмента операцией выбора является ультразвуковая эндартерэктомия, так как данная операция позволяет улучшить исходы заболевания, уменьшает риск потери нижней конечности, потому что сохраняется большая подкожная вена, которую можно использовать в последующем для аутовенозного шунтирования при наступлении ретромбоза сосуда.

Результаты реконструкции на бедренно-подколенном сегменте

Вид реконструкции на бедренно-подколенном сегменте	Общее количество прооперированных больных	Из них оценено	Отдаленная проходимость артерий, %	Отдаленное сохранение конечности, %
Бедренно-подколенное шунтирование аутовеной	323	150	54	72,3
Механическая эндартерэктомия	105	50	30,3	70,0
Ультразвуковая эндартерэктомия	205	110	34,7	91,7

Кроме того, процент сохранения конечности при ультразвуковой эндартерэктомии выше в отдален-

ные сроки, чем при механической эндартерэктомии или бедренно-подколенном шунтировании.

А.И. Жулябин, Е.Ю. Морозов, В.И. Савельев

ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНАЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ПОЧВЕ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ

Городская клиническая больница № 1 (Чита)

Воздействие лазерного излучения на кровь сопровождается активацией иммунитета, механизмов бактерицидной активности, повышением концентрации кислорода и уменьшением углекислого газа, тем самым улучшается оксигенация и уменьшается гипоксия тканей. Кроме того, снижается агрегационная способность эритроцитов, активируется фибринолиз, улучшаются реологические свойства крови, расширяются капилляры, вследствие чего возрастает регионарный кровоток.

На базе 1 Городской клинической больницы г. Читы методом в/а лазеротерапии пролечен 21 пациент с критической ишемией нижних конечностей. Из них с облитерирующим атеросклерозом было 18 больных, эндартериитом — 3. По возрасту наши больные выглядели следующим образом: от 40 до 50 лет — 3 человека, от 50 до 60 лет — 15 человек, 60—65 лет — 3 человека, по степени поражения артериального русла с поражением бедренно-подколенного сегмента — 6 человек, артерий голени — 9, артерий стопы — 6. Все с третьей стадией поражения.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ

Пункционно по Сельдингеру в бедренную артерию вводили катетер диаметром 2—3 мм. Катетер пришивался к коже при помощи манжеты (рац. предложение № 134 от 22.04.76). В катетер вводили световод диаметром 0,8 мм, проводили его желательнее до места препятствия. Световод присоединяется к аппарату для лазеротерапии «Муллат». Мощность, подаваемая на световод — 2—3 мВт с экспозицией 15 мин. Выполнялось по 7—10 процедур для каждого больного, ежедневно или

через день. После извлечения световода в катетер вводили толстую леску для предупреждения его тромбирования.

Результаты оценивались по клиническим, функциональным и инструментальным показателям.

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

У большинства больных (18) отмечен клинический эффект после лазеротерапии. Обычно уже после 3—5 процедуры уменьшались боли в покое, исчезали парестезии, появлялось чувство тепла в конечности, кожа конечности светлела, становилась теплее, увеличивалась дистанция ходьбы, заживали трофические язвы, появилась тенденция к отграничению гангренозных участков на пальцах и стопе. У 8 больных по данным РВГ улучшилось кровообращение на уровне голени, бедра. Методом доплерографии находили улучшение проходимости артериального русла, появление новых коллатералей, увеличение скорости кровотока.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применением внутриартериальной лазеротерапии у 18 больных удалось сохранить конечность, ограничиться малой ампутацией или некрэктомией, у 3 пришлось выполнить высокую ампутацию.

ВЫВОДЫ

1. Метод внутриартериальной лазеротерапии при критической ишемии конечности является эффективным средством, позволяющим сохранить конечность.
2. Данное лечение целесообразно использовать у больных с дистальным типом поражения ар-