

методами лечения. У 1 больного с облитерирующим эндартериитом и ишемией нижней конечности IV степени в последующем была произведена экономная ампутация стопы. Других интра- и постоперационных осложнений не зафиксировано.

Благодаря малой травматичности видеоэндоскопических операций больные уже на вторые сутки могли свободно передвигаться и продолжать медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. Срок пребывания пациентов в стационаре после видеоэндоскопической десимпатизации составил 3–4 суток против 7–8 суток в случае использования открытого метода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты использования видеоэндоскопических грудной и поясничной симпатэктомий сви-

детельствуют об их высокой эффективности и малой травматичности. Сокращается длительность оперативного вмешательства и послеоперационной реабилитации больных, снижается вероятность осложнений. Данное вмешательство является предпочтительным по сравнению с традиционными операциями, особенно у больных с тяжелой сопутствующей патологией. Оно может быть рекомендовано и как самостоятельный метод лечения, и как дополнение к реконструктивным операциям на сосудах ниже паховой складки. Хорошие непосредственные и в большинстве случаев отдаленные результаты являются основанием для более широкого использования этих операций в комплексном лечении больных с облитерирующими заболеваниями сосудов конечностей разной этиологии.

Ю.В. Белов, А.П. Генс, А.Б. Степаненко

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ АОРТЫ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ

Российский научный центр хирургии РАМН (Москва)

Врожденная дисплазия соединительной ткани, которая характеризуется потерей своих прочностных структур и повреждением эластики, наиболее часто представлена синдромом Марфана, болезнью Эрдгейма, синдромом Элерса-Данлоса. Это врожденное заболевание приводит к тяжелому поражению клапанов сердца и расслоению всей аорты или ее части.

В РНЦХ РАМН за период с 1978 по 2004 гг. по поводу аневризм аорты вследствие дисплазии стенки грудной и торакоабдоминальной аорты обследовано и оперировано 269 больных. Возраст больных колебался от 14 до 72 лет и составлял в среднем 43 года. Мужчин было большинство — 204 (76%), женщин — 65 (24%). Основными причинами, вызвавшими заболевание, были болезнь Эрдгейма — 54% (144 больных — 1 группа), синдром Марфана с выраженными наружными стигматами — 33% (88 больных — 2 группа) и атеросклероз в сочетании с болезнью Эрдгейма — 13% (37 больных — 3 группа).

В представленных группах больных преобладали сложные типы и формы болезни на фоне дисплазии соединительной ткани, прежде всего расслаивающие аневризмы аорты (59,5%), а факторами риска выступали сопутствующие заболевания и возраст больных.

Тактика конкретного хирургического лечения зависела от локализации аневризмы, наличия и распространенности расслоения, наличия аортальной недостаточности, вовлечения ветвей дуги аорты и висцеральных ветвей в процесс. При

аневризмах восходящей аорты без аортальной недостаточности, но с локальным расслоением стенки аорты мы выполняли суправалькулярное протезирование восходящего отдела аорты с шовной или кольцевой техникой фиксации протеза, такие радикальные операции выполнялись в 1 и 2 группах больных. В большинстве наблюдений выполняли дозированную резекцию истонченной аневризматической стенки восходящей аорты с экзопротезированием.

Целью реконструктивной операции при аневризме восходящей аорты с аортальной недостаточностью является ликвидация аневризмы и аортальной недостаточности. При имеющемся расслоении аорты проводили иссечение отслоенной интимы с укреплением ее в дистальных отделах специальной шовной техникой.

В хирургическом лечении этой группы больных нами использовались в основном методика Бенталла-Де Боно и Каброля. Последние 10 лет мы отдаем предпочтение процедуре Бенталла.

Реконструктивные операции при аневризмах дуги аорты выполняли в условиях глубокой гипотермии (14–15 °С) и остановки кровообращения с максимальным сроком до 84 мин., без неврологических последствий.

При аневризмах нисходящего отдела аорты были использованы два вида операций: протезирование аорты синтетическим протезом и боковая пластика аорты заплатой. Помимо операции Крауфорда с протезированием всей торакоабдоминальной аорты, в последнее время

протезируем тот участок грудобрюшной аорты, который наиболее изменен и расширен и представляет потенциальную угрозу разрыва аорты. Как правило, это нисходящий отдел грудной аорты, где расположена проксимальная фенестрация интимы при дистальных формах расслоения аорты.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Госпитальная летальность в первой группе составила 12 %, во второй — 30 % и в третьей группе — 16 %. Основными причинами госпитальной летальности были геморрагический шок различной

этиологии, полиорганная недостаточность, инфаркт миокарда.

ВЫВОДЫ

1. Хирургический метод лечения является основным эффективным методом в лечении этой тяжелой группы больных.

2. Больным с аневризмами грудной и торако-абдоминальной аорты дегенеративного происхождения в отдаленном послеоперационном периоде необходимо проводить КТ-контроль и чреспищеводную Эхо-АГ за состоянием непротезированного отдела аорты не реже 1 раза в 6 месяцев.

О.А. Ивченко, А.Н. Дворянинов, В.Э. Гюнтер, А.И. Чернов, А.О. Ивченко, И.О. Савельев, Б.С. Ушаков, М.С. Силина, И.А. Проскоков, С.В. Демихов

ОРИГИНАЛЬНЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ЛОЖНЫХ АНЕВРИЗМ АОРТЫ И МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ СОСУДОВ

Сибирский государственный медицинский университет (Томск)

Целью настоящего исследования было экспериментальное обоснование способа профилактики ложных аневризм (ЛА) методом экстравазального армирования области анастомоза конструкцией из пористого никелида титана с памятью формы при протезировании аорто-подвздошно-бедренного сегмента у больных с синдромом Лериша.

Эксперимент поставили на 25 беспородных собаках различного пола весом от 12 до 15 кг. Под внутривенным гексеналовым наркозом в инфраренальном отделе аорты формировали два анастомоза на расстоянии 3 см друг от друга. В качестве шовного материала использовали кетгут. Верхний анастомоз армировали разомкнутым цилиндром из пористого никелида титана. Животных выводили из опыта на 7, 30 сутки и через 3 и 6 месяцев.

Результаты исследования через 7 суток после армирования аорты выявили сохранение ее функций, сужений и расширений не обнаружено. Наружная поверхность имплантата покрыта нежной соединительнотканной капсулой. Спустя месяц наружная поверхность пластины покрыта тканями и плотно сращена с ними. Пульсация аорты сохранена на всем протяжении, однако в области нижнего анастомоза обнаружено пульсирующее образование 2–3 см в диаметре. На препаратах внутренняя поверхность аорты в области верхнего анастомоза покрыта эндотелиальными клетками. Область нижнего анастомоза деформирована, имеет аневризматические выпячивания, заполненные тромбами.

При исследовании тканей методом шлифования на поверхности шлифов наблюдали узкую полоску пористой пластины, поры которой заполнены рыхлой соединительной тканью. Через

три месяца ткань в порах хорошо сформирована и по структуре соответствует зрелой ткани, хорошо взаимодействует со стенками пор, повторяя их рельеф.

Таким образом, полученные экспериментальные данные позволили выявить высокую эффективность профилактики ЛА при помощи конструкции из пористого никелида титана и применить метод в клинике у больных при реконструкции аорто-бедренного сегмента.

Метод применен в клинике у 15 больных с атеросклеротическим поражением терминального отдела аорты и подвздошных артерий. Выполнены следующие операции: аневризмэктомия, протезирование аорты — 7, аортобифemorальное протезирование — 4, подвздошно-бедренно-подколенное протезирование — 1, аневризморафия — 3.

Все больные выписаны на 14–18 суток после операции в удовлетворительном состоянии. Отдаленные результаты прослежены у 10 пациентов в сроки от 2-х месяцев до 4-х лет. Не было зарегистрировано случаев формирования аневризм сосудов укрепленных конструкцией, а также смещения имплантата.

Отдаленные результаты прослежены у 8 пациентов в сроки от 2 месяцев до 3,5 лет. Не было зарегистрировано случаев формирования аневризм сосудов укрепленных конструкцией, а также смещения имплантата.

В заключении можно констатировать, что новый способ профилактики аневризм при реконструктивных операциях с использованием пористой пластины из никелида титана с памятью формы показал его высокую эффективность и может быть рекомендован к широкому клиническому применению.