

относится к числу приоритетных научных направлений и кооперативных исследований, проводимых по рекомендации Европейского и Российского обществ сосудистых хирургов.

Не вызывают сомнения цель и задачи статьи, но имеется ряд замечаний по методологии исследования и оценки результатов.

1. Авторы не придерживаются определения понятия “Хроническая критическая ишемия ног”, критерии которой утверждены рядом международных согласительных документов (1989, 1992, 1994, 1996 гг.) и ошибочно отождествляют ХКИН с III или IV стадиями ишемии по классификации Фонтена. В результате из анализа исключен важнейший критерий ХКИН – уровень давления на артериях лодыжки или пальцев стопы.

2. В статье не приведено никаких сведений об особенностях методики операции РОТ, использованной авторами: число, диаметр и глубина фре-

зовых каналов в кости, их уровень и локализация в зависимости от уровня окклюзионного поражения артерии. Наличие или отсутствие непосредственных осложнений операции РОТ.

3. Вызывает сомнение обоснованность одновременного выполнения операций поясничной симпатэктомии и РОТ, так как оба эти вмешательства вызывают одинаковый эффект вазодилатации периферических артерий. В этой связи необходимо гемодинамическое подтверждение обоснованности подобной тактики и более глубокий дисперсионный статистический анализ.

4. 6-месячный период наблюдения для оценки отдаленных результатов лечения все же недостаточен.

Считаю, что статья может быть опубликована в печати после внесения соответствующих уточнений и поправок.

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА АВТОРОВ К РЕЦЕНЗИИ

на статью “Эффективность реваскуляризирующей остеотрепанации в комплексном лечении больных с критической хронической ишемией нижних конечностей”

Ю.А. Бельков, С.А. Кыштымов, А.В. Дудник, М.Г. Богданова.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – акад. МТА и АН ВШ А.А. Майборода, кафедра госпитальной хирургии, зав. – чл. корр. РАМН, проф. Е.Г. Григорьев)

1. В статье использованы материалы лечения больных, которые соответствовали понятию “критической хронической ишемии нижних конечностей”. Говоря о больных с КХИНК, мы подразумевали соблюдение всех критериев, принятых международными документами согласия (в том числе у всех больных регионарное систолическое давление было ниже 50 мм рт. ст., а показатели лодыжечно-плечевого индекса менее 0,4). Перечислять все эти критерии в статье мы посчитали нецелесообразным.

2. Методика операции реваскуляризирующей остеотрепанации большеберцовой кости использовалась авторская (Ф.Н. Зусманович – Авт. свид. №1680092 – 01.06.1991.), уровни окклюзионно-стенотических поражений артерий нижних конечностей представлены в рис.3, послеоперационные осложнения также указаны, они составили 16,4% (9 больных) случаев.

3. Патолофизиологические аспекты и изменения периферической гемодинамики после операции

реваскуляризирующей остеотрепанации – это тема отдельного большого исследования, мы не ставили перед собой такую задачу. Оценка результатов комплексного лечения больных с критической хронической ишемией нижних конечностей проводилась по степени купирования симптомов ишемии и количеству сохраненных нижних конечностей. Эффекты операций поясничной симпатэктомии и реваскуляризирующей остеотрепанации несколько схожи и направлены на стимуляцию коллатерального кровотока в конечности, однако комплексное использование поясничной симпатэктомии с реваскуляризирующей остеотрепанацией дает более выраженный эффект лечения, в сравнении с изолированной поясничной симпатэктимией. Различия результатов лечения в группах сравнения статистически значимые рис.5.

4. Наблюдение за исследуемыми больными проведено в срок до 6 мес, что и оговаривается в статье.