

общеклиническое, ультразвуковую ангиографию, рентгеноконтрастную ангиографию. Большинство пациентов оперировано под общим обезболиванием — 280 (90 %), проводниковая анестезия — 31 (10 %). В отделении применяется стандартная техника операции. Использовались доступ забрюшинный по Робу или поперечный, для аортальных реконструкций и Н.И. Пирогова для подвздошно-бедренных, моностеральных. В 11 наблюдениях был применен авторский минимально инвазивный трансректальный, параумбиликальный, переменный, ретроперитонеальный доступ (до 5 см) с применением миниассистента «Лига-7». Проксимальный анастомоз всегда накладываем «конец в бок» при шунтировании, в большинстве своем над устьем нижней брыжеечной артерии. При операциях по поводу аневризм аорты — «конец в конец» с пересеченной аортой. Дистальные анастомозы всегда накладываем «конец в бок» с общей бедренной артерией над глубокой артерией бедра. Средняя длительность операции составила 2 часа 55 минут, со значительным уменьшением за последние 5 лет в среднем до 1 часа 40 минут. Бифеморальные реконструкции выполнены в 70 % наблюдений. В подавляющем большинстве для реконструкции использованы отечественные синтетические протезы «Север» — 275 (87 %), протезы НПО «Экофлон» — 12 (3,8 %), протезы «Vascutek» — 23 (7,4 %), «Gore-Tex» — 2 (0,6 %). Послеоперационный курс интенсивной терапии стандартен у большинства больных и обязательно включает антибактериальные препараты широкого спектра в основном цефалоспорины.

Нагноение протеза отмечено у 17 (5,5%) пациентов, у 6 — в раннем послеоперационном периоде в

стационаре, у остальных в более позднее время. По типу протеза использовались «Север» в 14 случаях, «Vascutek» — в 2, НПО «Экофлон» — в 1. Клиническая картина забрюшинной флегмоны отмечена у 4 пациентов, у остальных нагноение проявлялось тромбозом бранши протеза — 6, у 7 больных имели место гнойные свищи в области послеоперационных рубцов. Реоперированы 15 больных, дважды — 6, трижды и более — 3. Повторные операции включали в себя: эксплантацию протеза — 12, экстраанатомическое шунтирование — 5, из них 2 — подключично-бедренное, ампутиации конечностей выполнены у 8 пациентов. Нетрадиционные шунтирующие операции (аорто-бедренное аутовенозное, перекрестное шунтирование) выполнены у 5 пациентов. 10 (3,2 % в общей и 59 % в группе нагноений) пациентов погибли в дальнейшем. Основные причины смерти: прогрессирование гнойного процесса — 2, аррозивное кровотечение из проксимального и дистального анастомозов — 4, прогрессирование ишемии культи, анаэробная флегмона — 4 случая. Полностью реабилитировать с сохранением конечности удалось 5 пациентам. Результаты лечения этих пациентов отслежены в сроки более года.

Операции шунтирования аорто-подвздошного сегмента — одни из наиболее распространенных в сосудистой хирургии и являются по сути рутинными. Наиболее тяжелое осложнение этих операций — нагноение протеза, очень затруднено в плане выбора тактики лечения, метода сохранения конечности и сопровождается высокой летальностью. Необходимо более широкое использование протезов с покрытием и поиск новых альтернативных путей лечения данной сложной группы пациентов.

Г.Е. Соколов, В.А. Бауэр, А.Ф. Хафизова, И.О. Гибадулина, А.Х. Габитов

ПРИМЕНЕНИЕ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОККЛЮЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Томский военно-медицинский институт (Томск)
Сибирский государственный медицинский университет (Томск)
МЛПМУ Поликлиника № 10 (Томск)*

Несмотря на определенные успехи последних лет в области ангиологии и ангиохирургии, хронические окклюзионные заболевания артерий нижних конечностей (ХОЗАНК) являются одной из главных причин длительной утраты трудоспособности и инвалидизации населения.

При этом, если уровень оказания специализированной хирургической помощи больным ХОЗАНК можно расценивать как достаточно высокий, то многие вопросы ранней диагностики, адекватной консервативной терапии и реабилитации этих больных еще далеки от разрешения. Практически без внимания врачей остаются этиология и патогенез вторичных нарушений кровообращения в ише-

мизированных конечностях, обусловленных лимфогенозной недостаточностью, без учета которых невозможно выработать рациональные методы диагностики, лечения и профилактики.

По-прежнему, остаются без внимания проблемы регуляции адекватного оттока крови и транскапиллярного обмена. Как правило, обеспечение усиленного притока к ишемизированным тканям является основной задачей ангиологии, при этом такие компоненты в патогенезе ХОЗАНК как лимфогенозная недостаточность и нарушение микроциркуляции остаются без внимания, сводя практически к нулю не только медикаментозную терапию, но и результаты оперативного лечения.

Пренебрегая тем фактом, что лимфовенозная недостаточность является одним из компонентов патогенеза ХОЗАНК, а лимфатический капилляр — одним из важных составляющих структурно-функциональной единицы любого органа, в том числе кожи и скелетных мышц нижних конечностей, подбор лечебных мероприятий больным ХОЗАНК остается неполноценным. Особенно следует подчеркнуть, что хирургическое вмешательство устраняет лишь анатомические последствия атеросклеротического процесса у больных, и даже после удачно выполненной операции сохраняются симптомы нарушения венозного оттока и неадекватной микроциркуляции. По этой причине даже оперированные пациенты нуждаются в дальнейшей пожизненной и непрерывной реабилитационной и профилактической терапии в амбулаторных условиях.

Цель исследования — проанализировать опыт клинического применения способа непрямого периферического лимфотропного введения лекарственной смеси в комплексе традиционного лечения пациентов с ХОЗАНК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Разработанный способ применен в комплексном консервативном лечении 36 пациентов, страдающих ХОЗАНК, в возрасте от 42 до 85 лет, а также 6 пациентам, перенесшим шунтирующие операции на периферических артериях. У большинства больных хроническая артериальная недостаточность диагностирована на IIa — IIIa стадиях. Дистанция безболевого ходьбы составляла не более 100 — 150 метров. Присутствовал стойкий симптом зябкости голеней и стоп. По данным реовазографии у всех пациентов диагностировано повышение тонуса мелких артерий и затруднение венозного оттока. У всех пациентов старше 65 лет выявлена со-

путствующая патология в виде ишемической болезни сердца (ИБС), гипертонической болезни (ГБ), сахарного диабета, посттромбофлебитической болезни (ПТФБ) с различной степенью тяжести.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Пациентам был подобран соответствующий курс общепринятого лечения, дополненный курсом непрямой периферической лимфотропной терапии. По окончании лечения положительный эффект проявился в следующем: дистанция безболевого ходьбы увеличилась до 200 — 250 м, пациенты отмечали значительное потепление стоп и голеней (с сохранением эффекта не менее чем 3 месяца), по данным реовазографии тонус мелких артерий снизился или пришел в норму, улучшился или пришел в норму венозный отток, в связи с коррекцией сопутствующей патологии улучшилось общее самочувствие пациентов. У прооперированных пациентов отмечено купирование отеков голеней и стоп, нормализация цвета кожных покровов, исчезновение чувства неприятного жара. Всем пациентам рекомендовано регулярное профилактическое лечение не менее двух раз в год.

ВЫВОД

Таким образом, непрямая периферическая лимфотропная терапия, проводимая пациентам с ХОЗАНК, является патогенетически обоснованной и необходимой в комплексном консервативном лечении, в том числе и для проведения реабилитационных мероприятий больным после проведения реконструктивных операций.

На разработанный метод непрямой периферической лимфотропной терапии в комплексном лечении ХОЗАНК получено положительное решение на выдачу патента Российской Федерации на изобретение.

М.Г. Шурыгин, Н.Н. Дремина, И.Н. Мачхин

ПОДАВЛЕНИЕ СИНТЕЗА КОЛЛАГЕНА В ОЧАГЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА БЛОКАТОРАМИ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ

НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить влияние ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) на формирование рубцовой ткани при ишемическом повреждении миокарда.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование проведено на 60 крысах линии Wistar. Инфаркт миокарда моделировался путем одновременного повреждения передней и задней межжелудочковых артерий. Материалом для анализа послужили данные морфометрии с измерени-

ем относительного объема грубоволокнистой соединительной ткани в области рубца. Животные разделены на 3 группы по 20 особей. В первой (n = 20) животные получали блокатор АПФ эналаприл в дозе 0,04 мг/кг *per os*, во второй (n = 20) — блокатор рецепторов первого типа к ангиотензину-II ирбесартан в дозе 2 мг/кг *per os*, а в контрольной группе животные лечения не получали. После выведения животных из эксперимента подсчитывали площадь, занимаемую коллагеном, на препаратах толщиной 3 мкм, окрашенных по Ван Гизон.