

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-

ным 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

результаты имели 25 (71,4 %) наблюдаемых, удовлетворительные — 8 (22,8 %) и неудовлетворительные — 2 (5,8 %).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разработанные ультразвуковые критерии активности процесса тромбообразования у больных

с острым флеботромбозом в системе нижней полой вены позволили выделить группу больных с высокой степенью эмбологенности и провести экстренное каваплектирование конструкцией из никелида титана, что позволило избежать повторной ТЭЛА и рецидива флеботромбоза в системе нижней полой вены.

Е.В. Плотников, Д.Н. Чирков

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИССЕКЦИЯ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН ГОЛЕНИ КРУПНОГО ДИАМЕТРА

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить результаты эндоскопической диссекции перфорантных вен, за счет достижения надежного лигирования вен крупного диаметра.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С 1999 по 2004 гг. эндоскопическая диссекция перфорантных вен голени по разработанной методике выполнена 61 пациенту в возрасте от 29 до 69 лет (в среднем $50,4 \pm 1,3$ года). Причиной хронической венозной недостаточности у 54 пациентов (88,4 %) явилась варикозная болезнь, а у 7 (11,6 %) — посттромбофлебитическая болезнь нижних конечностей. По международной классификации СЕАР больные соответствовали С2, 3, 4, 5, 6 степени хронической венозной недостаточности. У 14 пациентов (22,9 %) на момент оперативного лечения имелись трофические язвы на внутренней поверхности голени. При планиметрии язвенных дефектов площадь составила от 5,1 до 17,4 см². Диаметр выявленных при ультразвуковом ангиосканировании несостоятельных перфорантных вен колебался от 2 до 9 мм и в среднем составил $4,4 \pm 0,2$ мм, число перфорантных вен с подтвержденным патологическим сбросом крови у каждого пациента варьировало от 1 до 7. У всех больных изучалась микроциркуляция нижних конечностей по данным лазерной доплеровской флоуметрии аппаратом «ЛАКК-01» с применением датчиков двух диапазонов. В нашей практике вены малого диаметра коагулируются с помощью биполярной коагуляции. При диаметре коммуникантной вены 5 мм и более на нее накладывается разработанная клипса из никелида титана.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При выполнении эндоскопической диссекции по разработанной методике не было отмечено интраоперационных осложнений и леталь-

ных исходов. Инфекционных осложнений со стороны кожных швов нами не выявлено, в одном случае (1,6 %) наблюдали ограниченный краевой некроз кожи у пациента с хронической венозной недостаточностью III стадии (степень 5 по СЕАР) в месте выделения истока большой подкожной вены на стопе. Число интраоперационно выявленных перфорантных вен с признаками патологического сброса крови у каждого пациента варьировало от 2 до 15, в среднем — $4,8 \pm 0,3$, диаметр несостоятельных перфорантных вен колебался от 2 до 11 мм и в среднем составил $4,6 \pm 0,9$ мм. Количество перфорантных вен диаметром более 5 мм, потребовавших обязательного использования клипс из никелида титана, у каждого пациента составило от 1 до 6, в среднем — $2,7 \pm 0,8$. Для лигирования вен крупного диаметра не потребовалось применения дополнительного инструмента или выполнения открытой перевязки. При определении маллеолярного объема через 3 месяца у 47 пациентов (77,1 %) отеков не наблюдалось на всех уровнях оперированной конечности. Средние сроки заживления язвенного дефекта составили $32,3 \pm 1,7$ суток. При исследовании микроциркуляции установлено, что к 3 месяцу после оперативного лечения происходит полноценное восстановление работы изучаемых звеньев регуляции микроциркуляции нижних конечностей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разработанный способ диссекции перфорантных вен позволяет при наличии несостоятельных вен большого диаметра избежать выполнения дополнительных доступов, добиться надежного устранения горизонтального венозного рефлюкса, улучшить качество жизни оперированных пациентов с хронической венозной недостаточностью.