

Дуплекс-сонографические признаки протезов кровеносных сосудов

Название признака	Экофлон	Север
Эхоструктура протеза	линейная	гофрированная
Эхогенность стенок протеза и сосуда	выше у протеза	значительно выше у протеза
Степень отражения УЗ-сигнала от протеза	++	+++
Равномерность распределения цветового паттерна	++	+
Спектр доплеровского сдвига частот в просвете протеза	магистральный	магистрально-измененный

ВЫВОДЫ

1. Частота возникновения гнойно-септических осложнений после реконструктивно-восстановительных операций не зависит от типа применяемого протеза («Север», «Витафлон»).

2. Ранние тромбозы встречаются одинаково часто при использовании протезов «Север» и «Витафлон».

3. Проходимость сосудистых протезов «Витафлон» в позднем послеоперационном периоде выше, чем у протезов «Север».

В.Ф. Негрей, В.В. Чернявский, И.В. Андрющенко

СТРУКТУРА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АОРТЫ И АРТЕРИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Государственный институт усовершенствования врачей (Иркутск)

Цель исследования — изучить клинико-эпидемиологические характеристики воспалительных заболеваний (ВЗ) аорты и магистральных артерий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В отделении сосудистой хирургии МУЗ КБ № 1 (клинике кафедры ангиологии и сосудистой хирургии) с 2001 по 2004 гг. находилось на обследовании и лечении 135 человек с воспалительными заболеваниями магистральных артерий нижних конечностей. Соотношение мужчин и женщин 6:1. В возрасте до 30 лет было 9 больных, с 31 до 40 лет — 82, с 41 до 50 лет — 36, с 51 года до 60 лет — 8 больных. У 34 больных был диагностирован неспецифический аортоартериит, у 81 пациента — облитерирующий эндартериит или тромбангиит, у 13 — некротический васкулит, у 7 — токсический «суррогатный» ангиит. В 60,6 % случаев было поражение берцовых артерий или бедренно-подколенного сегмента, в 29,9 % были вовлечены аорта или повздошно-бедренный сегмент, в 10,6 % отмечалось поражение артерий верхних конечностей. 97 больных (72 %) имели 3 или 4 степени ишемии конечностей по А.В. Покровскому — Фонтену. Пациентам проводились общеклинические исследования, изучение иммунного статуса, УЗ-диагностика, по показаниям — ангиография. Больным проводились рутинные и иммуноморфологические изучения биопсийного и операционного материалов. 88 больным параллельно с полным спектром медикаментозного, физиолечения и экстракорпоральных методов лечения проводилось хи-

рургическое лечение. Выполнялись следующие реконструктивно-восстановительные операции на сосудах: протезирование бифуркации брюшной аорты и подвздошных артерий — 6 случаев, аутовенозное и перекрестное шунтирование — 5, тромбэктомия — 6, поясничная симпатэктомия — 29, грудная симпатэктомия — 3, некрэктомии и малые ампутации — 25, высокие ампутации конечности — 8 наблюдений. Операционная летальность — 1 (1,1 %) случай.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Таким образом, по нашим данным наиболее подвержены воспалительным заболеваниям магистральных артерий мужчины в возрасте 30—45 лет, поражая наиболее активное и трудоспособное население. В последние годы мы наблюдаем возрастающее количество случаев тромбоза артерий при длительном приеме суррогатного алкоголя. Преобладающей локализацией воспалительного процесса является берцовый сегмент, на втором месте подвздошно-бедренный сегмент, что объясняет относительно небольшое количество реконструктивных операций. Возможности хирургического лечения пациентов с воспалительными заболеваниями магистральных артерий ограничены сложностью этиопатогенетических механизмов, злокачественностью процесса и отсутствием общепринятой эффективной медикаментозной поддержки. Зачастую единственно возможной хирургической операцией является паллиативная симпатэктомия или ампутация ко-

нечности, что не может являться решением проблемы лечения как для пациента, так и для врача. Количество наблюдений классических форм ВЗ в последние годы имеет тенденцию к снижению. Ближайшие положительные послеоперационные результаты реконструктивных операций при ВЗ артерий составили 87 %, пятилетние результаты сохранности зоны реконструкции не превышают 23 %. Пятилетняя выживаемость больных составила 57 %. Для благоприятного решения пробле-

мы ВЗ аорты и магистральных артерий необходимо иметь устоявшееся современное научное представление о этиопатогенезе заболевания, что позволит эффективно проводить профилактику начальных симптомов ВЗ, инфекции, как пускового механизма патологического процесса и тромбоза. Необходимы санитарно-просветительные меры закаливания организма, противодействие чрезмерному приему алкоголя, рациональное отношение к своему здоровью.

О.И. Новохатько, В.В. Чернявский

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ У БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Государственный институт усовершенствования врачей (Иркутск)

Артериальная гипертония (АГ) выявляется у 24–57 % больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОААНК) молодого возраста и у 34–61,8 % с началом заболевания после 60 лет. Практически одинаковая частота выявления АГ в разных возрастных категориях, несмотря на общеизвестное увеличение распространенности АГ пропорционально возрасту, может свидетельствовать о важной роли АГ в развитии ОААНК в молодом возрасте.

Изучена распространенность АГ в 2 группах больных ОААНК с началом заболевания в 32–44 года и 60–80 лет. Использована классификация уровней АД, критерии стратификации риска и диагностические критерии степени риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у больных АГ (ВОЗ/МОАГ, 1999) (ДАГ1, 2000).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Наличие АГ выявлено чаще у больных 2 группы (84 %) по сравнению с первой (60 %). Однако у больных с АГ в 1 группе выявлены более низкие абсолютные значения АД, соответствующие в основном I степени АГ (56,4 %), и, в меньшей степени, второй (28,2 %) и третьей (15,4 %). Во 2 группе отмечена равномерная частота выявления различных уровней АД (30,9, 40,5 и 28,6 % соответственно степеням АГ). Частота выявления больных с АГ I степени в первой группе по сравнению со второй статистически достоверно больше.

Обращает на себя внимание незнание большинством больных всех возрастов о наличии у них АГ. У 64,1 % больных 1 группы и 42,8 % второй на момент обследования ангиохирургом АГ была выявлена впервые. У 16 % больных 1 группы и у 28,6 % второй средняя продолжительность АГ составила до 5 лет, у 5,1 и 9,5 % соответственно группам — до 10 лет. Продолжительность АГ до 15, 20 и более 20 лет составила по 5,1 и 7 % больных соответственно груп-

пам. Однако 20 % больных, знавших о наличии у них АГ, никогда не лечились и не получали никаких рекомендаций врача. Только у 6 % больных 1 группы и 8,2 % второй лечение соответствовало стандартам, было эффективным, и значения АД достигали рекомендуемых целевых уровней.

У 49,1 % больных 1 группы выявлена наследственная предрасположенность к АГ, что в 1,3 раза чаще, чем во 2 группе (37,1 %).

Отмечено сочетание АГ с другими факторами риска развития ОААНК: соответственно группам у 33,8 и 74 % — с курением, у 12,3 и 32 % — с избыточной массой тела, у 7,8 и 24 % — с нарушением толерантности к углеводам. Сочетание с гиперхолестеринемией выявлено у 13,8 и 42 %, с гипертриглицеридемией — у 4,6 и 20 %, с гиперфибриногенемией — у 16,9 и 30 %. Нарушения углеводного и липидного обмена у подавляющего большинства больных ОААНК обеих групп также были выявлены впервые.

Таким образом, выявлены недостаточные организационные моменты в контроле АГ на популяционном уровне и недооценка АГ как фактора риска в патогенезе ОААНК врачами поликлинической службы и, соответственно, низкий охват лечением и низкий процент эффективно леченных. Согласно классификации, все больные ОААНК с АГ независимо от степени АГ относятся к 3 стадии тяжести АГ и к группе с очень высокой (IV степенью) общего риска развития осложнений (неблагоприятный индивидуальный прогноз, развитие мозгового инсульта или инфаркта миокарда в течение 10 лет у 30 %). В связи с этим всем больным ОААНК с АГ сразу после установления диагноза АГ независимо от возраста, от степени АГ и даже при наличии высокого нормального АД (130–139/85–89) наряду с изменением образа жизни показано назначение медикаментозной терапии, соответствующей стандартам.