

оказались достоверно в более старшей возрастной группе ($p = 0,004$).

ВЫВОДЫ

1. Достоверных различий в распространенности ОЗПА среди населения монголоидной и европеоидной рас не выявлено.
2. Среди населения монголоидной расы облитерирующие заболевания нижних конечностей в

основном встречается в старших возрастных группах (> 60 лет).

3. Облитерирующие заболевания нижних конечностей среди пациентов монголоидной расы встречаются практически в равных пропорциях между лицами мужского и женского пола.
4. У больных-монголоидов с ОЗПА чаще поражаются дистальные отделы (подколенно-берцовый сегмент) сосудистого русла.

Б.А. Дониров, Л.Э. Гылыков, Б.Ч. Дамдинов, С.Н. Очиров, П. Батчулуун

ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

АКТУАЛЬНОСТЬ

Ганглионарная симпатэктомия — одно из наиболее известных и широко распространенных оперативных вмешательств для лечения больных с облитерирующими заболеваниями периферических артерий (ОЗПА), внедренное Diez в 1924 г. Поскольку традиционные доступы к грудному и поясничному симпатическим стволам отличаются высокой травматичностью, то применение минимальной инвазивной хирургии, каковой является видеоэндоскопическая симпатэктомия, может являться альтернативным способом оперативного лечения больных с облитерирующими заболеваниями артерий конечностей (Шаповальянц С.Г., 1999; Marty B., 1997).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В Республике Бурятия эндоскопическое лечение ОЗПА применяется с 1996 г., причем выполняются как грудные, так и поясничные эндоскопические симпатэктомии.

За период 2000 — 2004 гг. в отделении сердечно-сосудистой хирургии Республиканской клинической больницы г. Улан-Удэ выполнены 69 видеоэндоскопических симпатэктомий больным с облитерирующими заболеваниями верхних и нижних конечностей.

Грудная симпатэктомия (ГСЭ) выполнена 45 больным (27 мужчин и 18 женщин), из них у 15 больных выполнена двусторонняя симпатэктомия. Возраст больных колебался от 19 до 68 лет. У 31 больного основным показанием к операции явился феномен Рейно, у остальных 14 — облитерирующий эндартериит. На момент госпитализации все больные имели стойкий болевой синдром в области кисти и пальцев кисти, а также прогрессирующие трофические расстройства при ненарушенном магистральном кровотоке верхних конечностей.

Поясничная эндоскопическая забрюшинная симпатэктомия выполнена 24 больным (19 мужчин

и 5 женщин), из них 4 — с обеих сторон. Возраст пациентов колебался от 28 до 68 лет. Показаниями к операции явилось наличие у больных облитерирующего эндартериита, диабетической ангиопатии, облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей с дистальным уровнем поражения. Ишемия нижних конечностей IIА степени была у 4 больных, ишемия IIБ — у 19 больных, ишемия IV степени — у 1 больного.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средняя продолжительность времени вмешательства при открытом способе грудной симпатэктомии составила 60 мин., при открытом способе поясничной симпатэктомии — 40 мин. После внедрения видеоэндоскопического метода симпатэктомии длительность вмешательства и анестезиологического пособия при грудной десимпатизации составила 25 мин., при поясничной симпатэктомии — 30 мин. Разница явилась статистически достоверной.

После видеоторакоскопической ГСЭ осложнения возникли у 6 больных: пневмоторакс — у 1, подкожная эмфизема — у 3, межреберная невралгия — у 2 больных. Непосредственный клинический эффект десимпатизации у 41 больного наблюдался сразу после операции: дистальные отделы конечности теплели, кожа становилась розовой и сухой. У 4 больных непосредственные результаты после ГСЭ были удовлетворительными. В дальнейшем по поводу прогрессирующих трофических расстройств (гангрена одного пальца) выполнены ампутации пальца кисти.

После поясничной эндоскопической забрюшинной симпатэктомии осложнения имели место в двух случаях. В одном случае создан пневмоперитонеум, который был устранен эндоскопическим путем, в другом — после выполнения двусторонней симпатэктомии развился послеоперационный парез кишечника, купированный консервативными

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 суправальвулярное 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