

хирургических методик.

3. Применение лазерных технологий за счет своей минимальной инвазивности существенно расширяет возможности полноценной амбулаторной помощи пациентам с ВРВ.

4. Безусловно, что место данных методик в арсенале способов лечения ВРВ будет зависеть от отдаленных результатов, уверенности в этом как пациента, так и врача.

Литература

1. Новикова, Я.В. Генетические предикты варикозной болезни. Результаты пилотного исследования / Я.В. Новикова и др. // Материалы IX научно-практической конференции Ассоциации флебологов России, 18-19 мая 2012, Москва. – Флебология № 2. – 2012. – С. 47-48.

2. Хитарьян, А.Г. Перфорантоногенез после операций, направленных на устранение низкого вено-венозного рефлюкса / А.Г. Хитарьян и др. // Материалы IX научно-практической конференции Ассоциации флебологов России, 18-19 мая 2012, Москва. – Флебология № 2. – 2012. – С. 66.

3. Чур, Н.Н. Трофические язвы нижних конечностей / Н.Н. Чур, И.Н. Гришин, С.Н. Чур. // Минск: Асобны, 2008. – 148 с.

4. Янушко, В.А. Хронические заболевания вен в амбулаторной популяции: факторы риска и симптомы в соответствии с классификацией СЕАП / В.А. Янушко и др. // Материалы IX научно-практической конференции Ассоциации флебологов России, 18-19 мая 2012, Москва. – Флебология № 2. – 2012. – С. 48-49.

ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ И НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Чур С.Н., Адзериho И.Э., Чур Н.Н.

УЗ МОКБ, ГУО БелМАПО, ГУО БГМУ

Актуальность. Синдром диабетической стопы (СДС) занимает лидирующую позицию среди всех осложнений сахарного диабета (СД). СДС возникает у 80% больных сахарным диабетом и в половине случаев заканчивается ампутацией одной или обеих нижних конечностей [1,3,4]. Две трети больных умирают от гангрены нижних конечностей. При этом развитие гангрены у больных с сахарным диабетом наблюдается в 40 раз чаще, чем в общей популяции [2]. Главной особенностью поражения артерий нижних конечностей у пациентов с ишемической формой СДС является неуклонно прогрессирующее

течение заболевания.

Цель исследования. Оценка отдаленных результатов хирургических методов артериальной реваскуляризации у пациентов с СДС.

Материалы и методы. Нами были изучены отдаленные результаты лечения 16 пациентов с ишемической и нейроишемической формами СДС, которым выполнялись хирургические методы реваскуляризации. Это число обследуемых составило 84% от всех оперированных нами пациентов, включенных в исследование. Сроки наблюдения составили от 6 до 12 месяцев.

Хирургическая тактика определялась исходя из уровня локализации и длины окклюзии, состояния путей оттока, а также общесоматического статуса больного и могла корректироваться по ходу операции. Пациенты с выраженным медиакальцинозом Менкберга в зонах предполагаемого вмешательства на данном этапе в исследование не включались. 6 (37,5%) осмотренным пациентам было выполнено бедренно-подколенное шунтирование, бедренно – берцовое шунтирование аутовеной – в 25% (n=4) случаев, в 18% или у 3 пациентов зоной вмешательства являлась только бедренная артерия, причем в одном случае потребовалось дополнить лечение ЭЭ из бедренных артерий, в двух случаях потребовалось выполнение эндрартерэктомии из ОБА, ГБА и ПБА и одному (11,8%) пациенту – только ЭЭ из подвздошно-бедренного сегмента.

Все пациенты в послеоперационном периоде получали антиагреганты и антикоагулянты в стандартных терапевтических дозировках течение всего срока наблюдения, вазоактивная терапия после выписки из стационара не проводилась. Помимо этого, выполнялись рекомендации смежных специалистов. Инсулинотерапия проводилась по схеме, назначенной эндокринологом в послеоперационном периоде. Важно отметить, что общее количество инсулина (ЕД) за время наблюдения не только не увеличивалось, но и даже уменьшалось на 15-25% от исходного показателя. Этот важный критерий свидетельствовал о положительном результате проведенного лечения и «стихания» острого ишемического процесса.

Все пациенты в отдаленном периоде субъективно отмечали

улучшение, причем оно было наиболее выражено у 14 (84%) прооперированных пациентов. И только у 2 (12,5%) улучшение было минимальным. Ухудшения состояния у осмотренных пациентов не отмечалось.

Клинический успех, то есть успех вмешательства, представляет собой сочетание уменьшения или исчезновения не только субъективных, но и объективных симптомов ишемии. Нами были проанализированы следующие показатели: трофические изменения нижних конечностей до и после операции; пульсация на периферических артериях до и после операции; плече-лодыжечный индекс (ПЛИ) до и после операции; данные УЗДГ магистральных артерий нижних конечностей (МАНК) до и после операции, рентгенконтрастная ангиография (РКА), сцинтиграфическое обследование, транскутанная оксиметрия, а так же компьютероангиографическое (КТА) исследование. Из лабораторных методов использовали определение биохимических показателей до и после операции (СРБ, липидограммы); показателей коагулограммы до и после операции; показателей HbA1c, гликемии крови.

УЗДГ МАНК выполнялось с целью оценки скорости кровотока, величины пульсации сосудистой стенки до и после дистального и проксимального соустьев; состояние периваскулярных тканей, зон отека, индекса периферического сопротивления, пульсационный индекс, градиента давления, ПЛИ.

При РКА определялись: минимальный просвет сосуда, референтный диаметр, ангиографическую оценку дистального русла, состояние просвета шунтирующей вены, геометрию шунта (прямолинейность хода, наличие деформаций).

КТА определяло внутренние и наружные просветы в зоне вмешательства, наличие атеросклеротических бляшек, в том числе кальцинированных, а так же, проходимость шунта и наличие стеноза в устьевых зонах.

С помощью сцинтиграфии оценивали регионарный кровоток нижних конечностей путем определения остаточного радионуклида (метки) в мягких тканях нижних конечностей.

Транскутанная оксиметрия дала возможность судить о состоянии микроциркуляторного русла и его функциональных возможностях. Эта не инвазивная методика позволяет нам оценить

эффективность проведенной реваскуляризирующей операции.

Результаты. Одним из показателей улучшения клинического состояния является увеличение дистанции ходьбы до появления симптомов перемежающейся хромоты с 50-70 до 700-800. ПЛИ увеличился с 0,43 (до операции) до 0,84 при контрольном обследовании. Парциальное давление кислорода мягких тканей нижних конечностей при контрольном обследовании увеличилось в 4,5-5 раз по сравнению с предоперационным. По данным контрольного УЗДГ установлено, что проведение хирургического лечения способствует улучшению периферической гемодинамики по сравнению с предоперационными показателями, о чем свидетельствовало снижение систолической скорости кровотока в среднем в 1,78 раза, а диастолической только в 0,56 раза, увеличение показателей систолодиастолического соотношения в 3,1 раза, пульсационного индекса и индекса периферического сопротивления почти в 3 раза. В отдаленном периоде мы наблюдали до 20-40% сужения зон анастомозов (в среднем 34%). Наружные просветы артерий (шунтов) практически не изменялись.

Значимых осложнений в течение от 6 до 12 месяцев после операции у обследованных пациентов не наблюдалось.

Выводы. Полученные результаты в отдаленном периоде отражают положительный эффект, связанный с увеличением притока крови к пораженным участкам конечности после проведения реконструктивных операций на магистральных артериях, отмечалось увеличение заполнения артериальных коллатеральных сетей нижних конечностей в зоне восстановленного магистрального артериального кровоснабжения, что отразилось на клиническом состоянии оперированных пациентов.

Литература

1. Гришин, И.Н., Чур Н.Н. Синдром диабетической стопы. – Минск: Товарищество Хата, 2000. – 171с.
2. Митиш, В.А., Ерошкин И.А., Ерошенко А.В. Гнойно-некротические поражения нейроишемической формы синдрома диабетической стопы. Новые возможности комплексного хирургического лечения //Эндокринная хирургия. – 2008. – №1. – С.24-29.
3. Чур, С.Н. Комплексный подход к лечению пациентов с ишемической и нейроишемической формами синдрома диабетической стопы / С.Н. Чур, И.Э. Адзериho, И.А. Давидовский // Материалы конференции (XXIV пленума хирургов Республики Беларусь) «Актуальные вопросы гнойно-септической хирургии» – Бобруйск, 27-28

сентября 2012г. – 213-215.

4. International Conceensus on the Diabetic Foot, 2005. WHO (Europe) and IDF (Europe). Diabetes care and research in Europe: the St Vincent Declaration. Diabetic Med. 2005; 7:360.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАРДИОПРОТЕКТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ КОРВИТИНА В УСЛОВИЯХ ДОКСОРУБИЦИН-ИНДУЦИРОВАННОЙ КАРДИОПАТИИ У КРЫС

Шевцова А. И., Жариков Н. Ю., Гордиенко Ю. А.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия»

Доксорубицин относится к антибиотикам антрациклинового (АА) ряда, которые широко используются в качестве препаратов выбора в лечении злокачественных новообразований. Однако применение этих препаратов существенно ограничивается нежелательными побочными эффектами, наиболее серьезным из которых является дозозависимая кардиотоксичность, приводящая к развитию кардиомиопатии (КМП) и тяжелой хронической сердечной недостаточности [1]. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в плане снижения токсичности АА и фармакопрофилактики КМП, поиск новых лекарственных средств, обладающих высоким кардиопротекторным потенциалом и не снижающих при этом антипролиферативный эффект АА, по-прежнему актуален. К числу таких препаратов относится биофлавоноид корвитин, проявляющий антиоксидантные, регенерирующие и иммуномодулирующие свойства. Положительное действие корвитина на состояние миокарда при терапии АА доказано в ряде исследований [2,3], но практически нет сведений о его влиянии на соединительную ткань и активность протеолитических процессов в сердце, хотя работы последних лет свидетельствуют о регуляторной роли соединительнотканного протеолиза в ремоделировании миокарда [4]. На этих моментах и был сделан акцент в настоящем исследовании.

Эксперимент проводили на самцах крыс линии Wistar весом 210±50 г. Животных разделили на 3 группы по 8 крыс в каждой: 1- контроль (получали инъекции физиологического раствора), 2- крысы с индуцированной доксорубицином кардиомиопатией