

Таблица 2

Сводные результаты лечения больных со склерозом шейки мочевого пузыря и СУ

Метод лечения	Кол-во больных	Средний послеопе- рационный койко-день	Результат						Ранние после- операционные осложнения		Летальность	
			хор.		удовл.		неуд.					
			абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Пластика уретры	51	31,7	31	60,7	8	15,7	12	23,6	8	13,4	1	1,6
Бужирование	55	12,4	0	0,0	8	14,5	47	85,5	34	61,8	0	0,0
ЭЛУ	57	9,7	41	72,0	8	14,0	8	14,0	4	6,5	0	0,0
ТУР	34	12,4	23	67,7	7	20,5	4	11,8	2	5,9	0	0,0

Анализ результатов собственного наблюдения, обобщение имеющегося опыта позволяют сделать вывод, что эндоскопические методы лечения показаны при непротяженных (до 2 см) СУ, расположенных в задних отделах мочеиспускательного канала. Данные методы малотравматичны, не имеют осложнений, характерных для открытых уретропластик, и позволяют сократить период послеоперационной реабилитации больных.

Литература

1. Гринев А.В., Сердюцкий В.Е.// Андрология и генитальная хирургия. — 2001. — № 2. — С. 71-73.
2. Камалов А.А., Мартов А.Г., Гуцин Б.Л.// I Конгресс профессиональной ассоциации андрологов России: Тез. докл. — Кисловодск, 2001. — С. 174.
3. Кудрявцев Л.А.// Оперативные методы лечения последствий травм уретры. — Самара, 1993. — С. 195-206.
4. Мазо Е.Б., Чепуров А.К., Плакатын Л.А., Тарасова Е.В. // Урология и нефрология. — 1996. — № 5. — С. 27-33.
5. Мартов А.Г., Саидов И.Р., Гуцин Б.Л.// Урология и нефрология. — 1997. — № 6. — С. 34-37.
6. Руководство по урологии. — М., 1998.
7. Русаков В.И. Стриктуры и облитерации уретры. — Ростов-на-Дону, 1987.
8. Степанов В.Н., Теодорович О.В., Борисенко Т.Г.// Андрология и генитальная хирургия. — 2000. — №1. — С. 87-88.

9. Тараканов В.П. Осложненные стриктуры уретры: Автореф. дис... д-ра. мед. наук. — Киев, 1985.

10. Трапезникова М.Ф., Морозов А.П., Дутов В.В., Анкудинов А.Г.// Урология и нефрология. — 1989. — № 1. — С. 34-37.

11. Шкуратов С.И.// Урология. — 2002. — № 3. — С. 58-61.

12. Barry J.M.// Urol. Clin. N. Am. — 1989. — Vol. 16. — P. 319-324.

13. Dobrowolski Z.// J. Urol. (Baltimore). — 1982. — Vol. 128, No. 4. — P. 700-702.

14. Gibson G. R.// Br. J. Urol. — 1970. — Vol. 42. — P. 86-88.

Поступила в редакцию 17.03.03.

ENDOSCOPIC MEDICAL TREATMENT OF URETHRAL STRICTURES AND SCLEROSIS OF NECK OF URINARY BLADDER

A.G. Philippov, V.M. Nagorny, V.V. Grekhnev, D.V. Nagorny
Municipal Clinical Hospital No. 2 (Vladivostok)? Vladivostok State Medical University

Summary — According to the material of 263 observations, there has been considered an efficacy of various methods of open treatment of urethra strictures. As is shown, the interventions performed with the help of endoscopic equipment (laser urethrotomy, transurethral resection of healing scar tissue) as on a number of indices surpass traditional operations of urethroplasty and bougienage. The authors bring to a focus indications and contraindications to one or another treatment mode of urethral strictures and sclerosis of neck of urinary bladder.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 2, p. 31-33.

УДК 616.13-004.6:616.137.83]-089.168.1-06

Б.А. Сотниченко, А.П. Степура, О.В. Ивашко,
Е.А. Фелелов, А.Ю. Ди

ПРИЧИНЫ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ АОРТОБЕДРЕННЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток),
Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: аортобедренные реконструкции, поздние осложнения.

По данным ВОЗ, 10% населения старше 50 лет страдают облитерирующими заболеваниями периферических артерий. Рост числа больных с окклюзионными поражениями аорты и магистральных сосудов

нижних конечностей явился определяющим фактором к развитию сосудистой хирургии и увеличению числа аортобедренных реконструкций (АБР). При имеющихся достижениях сосудистой хирургии у 3,7-30% больных после АБР возникают ранние послеоперационные осложнения, в 5,1-71,4% случаев наблюдаются поздние послеоперационные тромбозы [1, 6, 8-10, 14]. Поэтому проблема повторных реконструктивных операций является одной из актуальных в сосудистой хирургии.

Повторные операции после АБР с целью восстановления кровотока значительно отличаются от первичных. Они более сложные, сопровождаются техническими трудностями и риском для жизни пациента, что связано с необходимостью манипуляций в условиях рубцовых тканей. Основной причиной поздних осложнений считается прогрессирование основного заболевания, стенозы анастомозов, гиперплазия неоинтимы в зоне

соустья, технические погрешности при наложении анастомозов, низкое качество шовного материала и сосудистых протезов [2, 7, 12]. Любая неустраненная окклюзия при поздних осложнениях ведет к значительному снижению функции или к потере конечности, а наличие ложных аневризм в области анастомозов чревато тромбозом, кровотечением и острой ишемией конечности. Все вышеуказанное требует от сосудистого хирурга тщательного анализа причин ранних и поздних осложнений, совершенствования хирургической техники.

Целью настоящего исследования является анализ результатов повторных восстановительных операций на магистральных сосудах после АБР, установление причин поздних осложнений и разработка более надежных средств их профилактики. Были поставлены следующие задачи:

- 1) изучить структуру поздних осложнений после АБР;
- 2) определить зависимость частоты тромботических осложнений после АБР от совокупности реовазографического индекса (РИ), лодыжечного индекса давления (ЛИД), глубокобедренно-подколенного индекса (ГПИ), типа наложения дистального анастомоза и уровня общего холестерина в сыворотке крови;
- 3) уточнить причины развития ложных аневризм анастомозов после АБР и сроки их возникновения.

В клинике факультетской хирургии ВГМУ на базе городского отделения хирургии сосудов ГКБ № 2 г. Владивостока за 1980–2000 гг. по поводу окклюзионных заболеваний брюшной аорты и магистральных сосудов нижних конечностей было выполнено 365 АБР. По поводу поздних осложнений у 183 пациентов проведены повторные вмешательства. Поздними считались осложнения, которые наступали через 4 месяца после первичной операции.

Тромбозы сосудистых протезов, проявляющиеся клинической картиной ишемии конечностей, оказались самыми частыми осложнениями и встретились в 102 случаях (27,9% от общего числа первичных операций). В первые два года тромбоз наступил у 43, в срок от 2 до 5 лет — у 46, а после 5 лет — у 13 пациентов. Наиболее часто тромбозы сосудистых протезов и анастомозов возникали в первые 5 лет после АБР. В более отдаленные сроки частота их значительно уменьшалась (рис. 1).

Степень окклюзии дистального сосудистого русла существенно влияет на отдаленные результаты АБР [7]. При сравнении частоты тромбозов у лиц с непроходимой поверхностной бедренной артерией, а также у больных с неразвитой системой коллатералей в подколенной области отмечена более низкая проходимость при восстановлении кровотока только по системе глубокой артерии бедра. Различия проявились уже в первые два года. При наличии просвета в бедренно-подколенном сегменте артериального русла проходимость сосудистых протезов в течение 5 лет сохранялась в 72%, а при восстановлении кровотока только в глубокой артерии бедра — в 53% наблюдений. У больных с неразвитой системой коллатералей в бассейне подколенной артерии

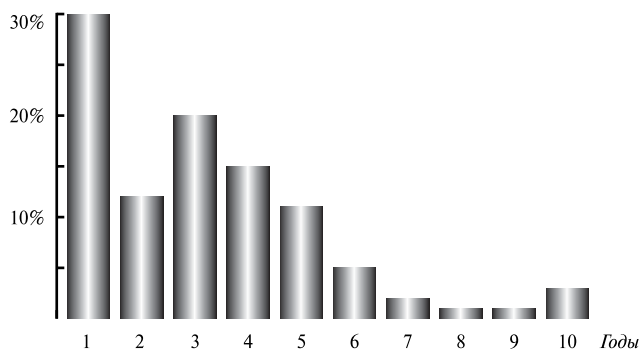


Рис. 1. Частота тромботических осложнений после АБР.

с критически низкими показателями РИ (0,2–0,4), ЛИД (0,15–0,3) и ГПИ (0,4–0,5) тромботические осложнения возникали в течение ближайшего полугодия. И при 5-летнем наблюдении (89 случаев) наихудшие результаты реконструкций оказались при критически низких показателях периферического кровотока.

По мнению ряда исследователей, важным фактором в генезе поздних тромбозов и аневризм является гидродинамический удар в зоне реконструкции, выраженность которого зависит от типа наложенного соустья [5, 7, 13]. Некоторые авторы отмечали, что частота возникновения ложных аневризм при анастомозе «конец в бок» статистически выше, чем при анастомозе «конец в конец» [7, 15]. Разноречивы точки зрения и на зависимость частоты тромбозов от вида операции (протезирование или шунтирование). По данным В.В. Вахинова и др. [4], аортобедренное шунтирование дает меньшее число осложнений, а по данным И.И. Затевахиной и др. [7], частота поздних тромбозов после шунтирования в аорто-бедренной зоне вдвое больше, чем после протезирования. На собственном материале у больных с поздним тромбозом на фоне удовлетворительного состояния периферического кровотока (ГПИ — не более 0,35) существенной разницы в частоте этого осложнения в зависимости от типа анастомоза не отмечено. Так, при наложении соустья «конец в бок» (34 случая тромбоза после 62 вмешательств) в первые два года тромбоз развился у 10 (29,4%), а в последующие три года — у 24 человек (70,6%). В наблюдениях с анастомозом «конец в конец» (21 случай тромбоза после 40 вмешательств) в первые два года тромбоз наступил у 6 (28,6%), а в последующие три года — у 15 человек (71,4%).

Общепринятое мнение о влиянии нарушений липидного обмена на прогрессирование атеросклероза подтверждено и нашими данными. В 43 случаях, когда тромбоз наступил в срок до 2 лет после АБР, выраженная гиперхолестеринемия (более 7,8 ммоль/л) была зарегистрирована у 7 человек. В 46 наблюдениях, осложнившихся тромбозом в срок от 2 до 5 лет, она была отмечена у 29, а в 13 наблюдениях с тромбозом в срок от 5 до 10 лет — у 3 пациентов (табл. 1).

Таким образом, гиперхолестеринемия оказывала существенное влияние на прогрессирование атеросклеротического процесса в зоне соустья в срок

от 2 до 5 лет, что подтверждает необходимость мероприятий, направленных на коррекцию липидного обмена у таких пациентов.

Ложные аневризмы анастомоза после АБР на собственном материале встретились в 41 случае (11,2%), что соответствует литературным данным [3]. Главной причиной их развития являлась сопутствующая эндартериоэктомия общей бедренной артерии и глубокой артерии бедра (12 наблюдений). Важным отягощающим фактором, влияющим на развитие аневризм, можно считать артериальную гипертензию: из 41 случая с аневризмами анастомоза гипертоническая болезнь отмечена в 38 (75,6%). Это совпадает с результатами исследований А.В. Покровского и др. [11]. Сроки формирования ложных аневризм были различны. У 6 человек они возникли в течение года после АБР, а у 26 — в срок до 5 лет с момента первой операции. В 9 наблюдениях аневризмы сформировались в более отдаленном периоде. Повторные операции после АБР позволили восстановить кровоток в конечности при окклюзионных осложнениях у 79,4%, а при ложных аневризмах — у 90,2% пациентов.

Таким образом, у 50,1% больных после АБР возникают поздние осложнения, требующие повторных реконструктивных вмешательств. Наиболее частым осложнением (55,7%) является окклюзия анастомоза. Ее основной причиной можно считать неадекватность дистального кровотока и прогрессирование атеросклероза. Поэтому для уменьшения числа ранних и поздних окклюзионных осложнений при выполнении первичных АБР в случаях несостоятельного дистального русла хирург должен стремиться уменьшить периферическое сопротивление кровотоку. Этого можно достичь за счет включения дополнительных артериальных бассейнов: у пациентов с недостаточным кровотоком по системе глубокой артерии бедра АБР сочетать с бедренно-подколенным шунтированием, а при необходимости и с бедренно-тибиальным. Для профилактики прогрессирования атеросклероза необходимо назначение гиполипидемических препаратов. На частоту развития ложных аневризм анастомоза существенное влияние оказывают предшествующая эндартериоэктомия и артериальная гипертензия. Поэтому медикаментозная терапия последней в сочетании с применением укрепляющих муфт анастомозов является достаточно эффективным средством профилактики данного осложнения.

Таблица 1

Зависимость частоты тромбозов после АБР от уровня холестерина и срока наблюдения

Срок наступления тромбоза	Количество лиц с гиперхолестеринемией	
	абс.	%
До 2 лет (n=43)	7	16,3
От 2 до 5 лет (n=46)	29	63,0
От 5 до 10 лет (n=13)	3	23,1

Литература

1. Батвинков Н.И., Почобут Б.И., Мелешко В.В. и др. // *Ангиология и сосудистая хирургия*. — 1997. — № 3. — С. 7-8.
2. Бутылкин А.А., Тюкачев В.Е., Суханов А.Г., Белов С.В. // *Ангиология и сосудистая хирургия*. — 1997. — № 3. — С. 14.
3. Вальтер М., Рейхерт В., Тюрнер Л., Ерасми Г. // *Тез. докл. 6-й международной конференции российских ангиологов и сосудистых хирургов*. — М., 1997. — С. 18.
4. Вахидов В.В., Князев М.Д., Гамбарин Б.Л. *Хирургическое лечение осложнений реконструктивных операций на аорте и артериях нижних конечностей*. — Ташкент, 1985.
5. Гамбарин Б.Л. // *Хирургия*. — 1984. — № 10. — С. 92-93.
6. Дан В.Н., Покровский А.В., Рахматулаев Р.Р., Шубин А.А. // *Прогресс и проблемы в лечении заболеваний сердца и сосудов*. — СПб., 1997. — С. 163.
7. Затевахин И.И., Говорунов Г.В., Сухарев И.И. *Реконструктивная хирургия поздней реокклюзии аорты и периферических артерий*. — М.: Медицина, 1998.
8. Казанчан П.О., Попов В.А., Савицкая К.И. и др. // *Ангиология и сосудистая хирургия*. — 1997. — № 3. — С. 41-42.
9. Логуш Н.О. // *Ангиология и сосудистая хирургия*. — 1997. — № 3. — С. 57-58.
10. Петин Г.И., Красавин В.А., Серебрянский Ю.Б. // *Ангиология и сосудистая хирургия*. — 1997. — № 3. — С. 71.
11. Покровский А.В., Дан В.Н., Каразеев Г.Л. // *Кардиология*. — 1993. — № 5. — С. 20-25.
12. Шехонин Б.В., Покровский А.В., Зотиков А.Е. и др. // *Ангиология и сосудистая хирургия*. — 1995. — № 3. — С. 90-98.
13. Kaufman B., Deluca D., Folson D. et al. // *J. Vasc. Surg.* — 1992. — No. 15. — P. 806-815.
14. Valentine R., Hansen M., Mayers S. et al. // *J. Vasc. Surg.* — 1995. — No. 2. — P. 296-306.
15. Szilagyi E., Eliot J., Smith R., et al. // *J. Vasc. Surg.* — 1986. — No. 3. — P. 421-436.

Поступила в редакцию 08.07.03.

REASONS FOR LATE COMPLICATIONS OF AORTIC FEMORAL RECONSTRUCTIONS

B.A. Sotnichenko, A.P. Stepura, O.V. Ivashko, E.A. Fefelov, A.Yu. Dee

Municipal Clinical Hospital No. 2 (Vladivostok), Vladivostok State Medical University

Summary - Upon the analysis of late fate of 365 original surgeries and 183 repeated operations, the authors studied the frequency and structure of late complications of aortic femoral reconstructions and detected the dependence of thrombotic complications upon a constellation of indices characterizing peripheral bloodstream capacity, upon the level of total cholesterol, as well as the dependence of emergence of false aneurysm anastomosis upon previous endarterioectomy and arterial hypertension. To improve treatment results and decrease a number of late complications it is of great importance to take into account all these factors under original surgery.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 3, p. 33-35.