

США эндовенозная лазерная абляция (ЭВЛА) является «золотым стандартом» в лечении пациентов с ВБ и входит в перечень операций подлежащих оплате страховыми компаниями.

Не будем обсуждать эффективность ЭВЛА – она не раз доказана и подтверждена многими исследованиями. Не вызывает сомнений и факт оптимального использования для ЭВЛА лазеров с длиной волны 1470-1520нм, позволяющих минимизировать болевые ощущения в послеоперационном периоде за счет снижения количества экхимозов, перфораций венозной стенки, уменьшения воздействия на периваскулярные структуры. Лазеры с длиной волны до 1000нм во флебологии постепенно теряют актуальность, в связи с чем, на наш взгляд, должны быть пересмотрены и режимы энергетического воздействия на венозную стенку.

Под наблюдением находилось 37 пациентов (12 мужчин, 25 женщин) в возрасте 21-59 лет с варикозной болезнью в бассейне БПВ (одностороннее поражение), ХВН II-IV ст (СЕАР). Диаметр варикозно измененного ствола БПВ варьировал в пределах 7-18мм. Пациенты были разделены на две сопоставимые группы с учетом выраженности проявлений ХВН, диаметра и протяженности пораженного сафеного сегмента. В первую группу вошли 20, во вторую – 17 пациентов. Пациентам обеих групп была выполнена УЗ-контролируемая ЭВЛА ствола БПВ без кроссэктомии в условиях футлярной анестезии лазером с длиной волны 1470нм производства НПО «Фотоника-плюс». Всем пациентам осуществлялся ультразвуковой мониторинг в послеоперационном периоде на 7-е, 14-е, 90-е сутки.

Пациентам первой группы ЭВЛА выполнена из расчета 80-100Дж/см в режиме непрерывной подачи энергии. Пациентам второй группы ЭВЛА выполнена из расчета 60-80Дж/см также в режиме непрерывной подачи энергии. В послеоперационном периоде при УЗ-контроле оценивали толщину стенки и периваскулярные изменения (наличие гипоехогенного «хало») сегмента БПВ, подвергнутого ЭВЛА, а также наличие болезненности при компрессии датчиком по ходу леченного сегмента.

На 7-е сутки после операции у пациентов обеих групп при УЗ исследовании толщина венозной стенки не отличалась, составляя 3-5мм. Однако, у всех пациентов первой группы фрагментарно определялось в описанной зоне. У пациентов второй группы локальное периваскулярное гипоехогенное «хало» выявлено в двух случаях, а болезненность при компрессии датчиком – в пяти.

На 14-сутки у пациентов обеих групп толщина венозной стенки существенно не изменилась. В обеих группах периваскулярное гипоехогенное «хало» не определялось. В первой группе болезненные ощущения при компрессии датчиком сохранялись у 11 пациентов. У пациентов второй группы болезненные ощущения не отмечены ни в одном случае.

При контроле на 90-е сутки в обеих группах определить толщину стенки облитерированной вены не представлялось возможным в связи с ее

инволюцией в фиброзный тяж. Периваскулярные изменения и болезненные ощущения отсутствовали у больных обеих групп. Реканализации леченного венозного сегмента не выявлено ни в одном наблюдении.

Таким образом, снижение энергетических параметров при воздействии на венозную стенку с 80-100Дж/см на 60-80Дж/см не сказывается на эффективности лечения, однако позволяет минимизировать болевой синдром и периваскулярные воспалительные изменения в послеоперационном периоде.

ФОТОПЛЕТИЗМОГРАФІЯ В КОМПЛЕКСНІЙ ОЦІНЦІ КОЛАТЕРАЛЬНОГО КРОВООБІГУ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Павлов С.В., Василенко В.Б., Сандер С.В., Козловська Т.І.

Вінницький національний технічний університет;
Університет Новий Лисабон, Португалія;

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Мета роботи: оцінка діагностичної цінності методу лазерної фотоплетизмографії (ЛФПГ) в обстеженні хворих на хронічну ішемію нижніх кінцівок.

Матеріали та методи. Було обстежено 82 хворі у віці від 18 до 82 років (основна група); ішемію нижніх кінцівок II ступеня було діагностовано у 18 хворих, IIIА – у 8, IIIБ – у 12, IV – у 15 пацієнтів. Всім хворим проводили фізикальне обстеження та ЛФПГ, що визначала характер плинку крові (рис. 1) У контрольну групу було включено 29 осіб без ознак облітеруючих захворювань артерій нижніх кінцівок.

Результати та обговорення. У обстежених контрольної групи пульс визначали на всіх рівнях нижніх кінцівок; шкіра стоп була теплою, блідо-рожевою зі швидким червоним дермографізмом (8-26 сек.). При ЛФПГ у контрольній групі реєстрували пульсуючий високоамплітудний (28 осіб) і низькоамплітудний (1 особа) плин крові.

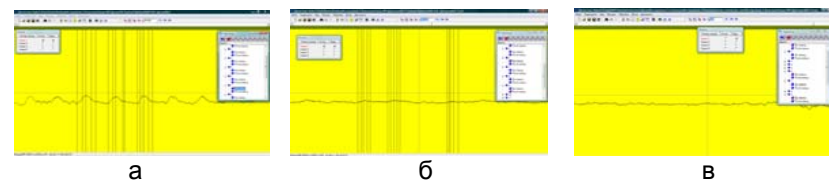


Рис. 1. Визначення характеру плинку крові: а – пульсуючий високоамплітудний; б – пульсуючий низькоамплітудний; в – неппульсуючий.

При ішемії II ст. 13 хворих відмічали мерзлякуватість стоп, парестезії, гіпотермію шкіри стоп; при ЛФПГ у 12 пацієнтів реєстрували пульсуючий високоамплітудний плин крові, у 6 – низькоамплітудний.

Хворі на ішемію IIIA ст. постійно відчували холод і парестезії у стопі і біль у спокою, що примушувало опускати ногу 1–3 рази за ніч; при ЛФПГ у 5 пацієнтів реєстрували пульсуючий низькоамплітудний плин крові, у 3 – неппульсуючий.

У хворих на ішемію IIIB ст. виникав набряк стопи; вони скаржились на постійне відчуття холоду у стопі і біль у спокою, що примушувало опускати ногу 4–8 разів за ніч. При ЛФПГ у 2 пацієнтів реєстрували пульсуючий низькоамплітудний плин крові, у 10 – неппульсуючий.

Пацієнти з IV ст. ішемії скаржились на мерзлякуватість стоп, парестезії, постійний, переважно нічний біль у стопі, що примушувало опускати ногу 4–12 разів за ніч. При ЛФПГ у всіх хворих с цим ступенем ішемії реєстрували неппульсуючий плин крові.

Висновки. В результаті проведених експериментальних та клінічних досліджень було проведено 7 ампутацій, 1 нижню кінцівку збережено, а іншим пацієнтам з хронічною ішемією було призначено індивідуальне лікування та нагляд лікаря.

ЗМІНИ НИРКОВОГО МЕТАБОЛІЗМУ У ПАЦІЄНТІВ КЛІНІЧНОГО САНАТОРІЮ

Паненко А.В., Романчук О.П., Подвисоцький А.А.

Державний заклад «Спеціалізований (спеціальний)
клінічний санаторій ім. В.П.Чкалова» (ДЗ ССКС),

65058 Україна, м. Одеса, Французький бульвар, 85, тел.: (048)-776-0527;

*Південноукраїнський Національний педагогічний університет
ім. К.Д.Ушинського,

65020 Україна, м. Одеса, вул. Старопортофранківська, 26,
тел.: (048) 735 75 66

Своєчасна ідентифікація змін ниркового метаболізму пов'язана з донозологічним рівнем діагностування патології обміну речовин, нирок та інших систем. Саме з даних позицій нами застосована методика лазерної кореляційної спектроскопії (ЛКС) сечі, при використанні якої можливо чітко встановлювати схильність до уролітіазу, наявності дистрофічної патології у паренхімі нирок, а при поєднаному застосуванні ЛКС плазми крові – прогнозувати перебіг даного стану.

Методика ідентифікації ниркового метаболізму базується на послідовному вимірюванні спектрів світлорозсіювання нативної сечі до та після осадження із використанням 0,58 М розчину NaCl уропротейнів Тамма-Харсвелла, які приймають безпосередню участь у процесі уролітіазу.

Інтерпретація отриманих результатів базується на перерозподілі у спектрі світлорозсіювання нативної сечі до та після осадження уропротейнів.

Якщо після додавання розчину NaCl у спектрі світлорозсіювання зникають частинки із розміром, більшим за 1500 нм, це свідчить про значну схильність даного пацієнта до уролітіазу, що вимагає відповідних профілактичних заходів, спрямованих на нормалізацію водно-сольового обміну та обміну речовин. З іншого боку, якщо у спектрі світлорозсіювання сечі після додавання розчину NaCl відзначається зникнення частинок розміром менше 75 нм, це свідчить про наявність дистрофічних змін у нирках, пов'язаних з процесами, які безпосередньо протікають у паренхімі. Коли ж у спектрі світлорозсіювання після додавання NaCl зміни не відбуваються, то у такому випадку нирковий метаболізм визначається як нормоподібний.

Із метою визначення схильності до уролітіазу та метаболічних трансформацій у паренхімі нирок нами досліджувалась динаміка макромолекулярних змін сечі до та після осадження уропротейну у 456 осіб різної статі та віку, що прибували на санаторно-курортне лікування до ДЗ ССКС ім. В.П.Чкалова.

Отримані результати засвідчили, що в цілому серед дослідженої когорти осіб відзначалась підвищена схильність до каменеутворення (43,3% обстежених). Досить значною виявилась група осіб (27% обстежених), що мають схильність до дистрофічних процесів у паренхімі нирок. При цьому подальший аналіз із урахуванням наявності основної та супутньої патології дозволив встановити характерні особливості при серцево-судинних захворюваннях, захворюваннях опорно-рухового апарату, захворюваннях дихальної системи, ендокринних патологіях та вегетативних дизрегуляціях.

Окремо не зупиняючись на кожній із означених груп, слід відзначити, що найбільшу схильність до уролітіазу мали пацієнти саме останньої групи (в цілому вона визначається у 65% хворих із вегетосудинною дистонією), а проведені дослідження дозволяють рекомендувати застосовану нами методику для моніторингу хворих на етапі відновного лікування.

Ми застосовували у 43 осіб із групи схильних до уролітіазу лазерне опромінення крові, яке, згідно до літературних даних, нормалізує метаболічні процеси в організмі людини. Використовувався апарат «Медик» виробництва фірми «Фотоніка+»; довжина хвилі його випромінювання 640 нм, потужність 20 мВт. На курс виконувалось 10 процедур по 25-30 хвилин кожна. Повторний аналіз показав, що в цих осіб нормалізувалися показники ниркового метаболізму у 64% випадків.

Тому ми вважаємо, що лазерне опромінення крові може служити фактором профілактики порушень ниркового метаболізму.