

сколько уменьшилось, однако постоянно повышенное содержание в крови фактора 4 тромбоцитов и обнаряжение в плазме продуктов паракоагуляции свидетельствовали о наличии латентно протекающего синдрома ДВС. Следует отметить, что в эти сроки выявлялся сравнительно небольшой контингент больных, у которых изменения свертывающей системы крови носили явно некомпенсированный характер; отмечались существенная депрессия фибринолиза, снижение функциональной активности тромбоцитов, уменьшение количества антитромбина III.

Через 6 мес и в более отдаленные сроки после операции картина изменений свертывающей системы крови зависела от развития сопутствующего постмастэктомического отека. При отеках 0—II степени изменения коагулограммы указывали на латентное течение компенсированного синдрома ДВС.

однако по мере прогрессирования отека признаки синдрома ДВС становились более выраженными. При этом повышался уровень продуктов паракоагуляции в крови, снижалось количество антитромбина III, увеличивалась активность фактора 4 тромбоцитов в плазме, понижалась агрегация тромбоцитов при индукции малыми количествами АДФ.

Итак, полученные данные свидетельствуют о том, что признаки синдрома ДВС при раке молочной железы не купированы после оперативного вмешательства, а при выраженном постмастэктомическом отеке, напротив, получают импульс к дальнейшему прогрессированию. Лишь раннее и комплексное лечение постмастэктомического отека, включающее коррекцию гемостазиологических нарушений, может привести к купированию синдрома ДВС.

Поступила 31.05.88.

УДК 617.584—002.44—02:616.14—007.64—089.844—073.916

РАДИОИЗОТОПНАЯ ФЛЕБОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ВЕНО-ВЕНОЗНЫХ ШУНТИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

И. М. Игнатьев, М. Р. Коневич, С. А. Обыденнов

Кафедра хирургических болезней лечебного факультета (зав.— проф. И. А. Салихов) Казанского ордена Трудового Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, Республиканская клиническая больница (главврач — С. В. Абуладзе) МЗ ТАССР

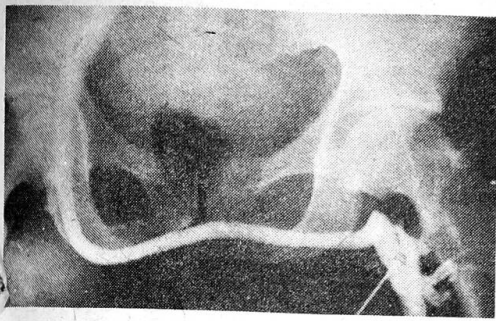
В последние годы широкое распространение получили простые, нетравматичные и высокоинформативные методы исследования венозной системы. К числу последних относится радиоизотопная флебография — метод исследования венозного русла нижних конечностей и таза с помощью короткоживущих изотопов и гамма-камеры [1, 3, 5—7]. Хотя этот метод уступает по разрешающей способности рентгеноконтрастной флебографии, несомненными его преимуществами являются простота, быстрота и атравматичность, хорошая переносимость, безопасность с точки зрения лучевой нагрузки, возможность неоднократного исследования для динамического наблюдения [3, 7]. Совпадение с данными рентгеноконтрастной флебографии при изучении вен подвздошно-бедренного сегмента и нижней полой вены составляет от 89,7 до 100% [1, 7].

В литературе мы нашли единичные сообщения [2, 4] о применении радиоизотопной флебографии для оценки результатов реконструктивных операций при посттромботической болезни, однако авторы не указывают, верифицировался ли упомянутый метод рентгеноконтрастной флебографией, то есть неясно, какова его информативность.

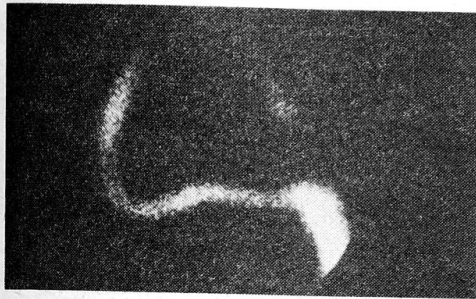
Мы использовали радиоизотопную фле-

бографию для оценки ближайших и отдаленных результатов 11 реконструктивных операций на магистральных венах нижних конечностей, включавших перекрестное бедренно-бедренное аутовенозное шунтирование при односторонних окклюзиях подвздошных вен (9) и сафено-бедренное шунтирование, направленное на ликвидацию патологического рефлюкса по бедренной вене (2).

Исследования проводили в положении больного лежа на сцинтиляционной гамма-камере МВ-9100 (ВНР), имеющей параллельный коллиматор с высоким разрешением и диаметром кристалла, равный 33 см. Индикатор (1 мл пертехнетата ^{99m}Tc активностью 100 МБк) вводили болюсом в подкожную вену тыла стопы оперированной конечности путем венеопункции (чаще) или катетеризации (болюс радиоактивного вещества проталкивали дополнительным введением 10 мл физиологического раствора). Жгут над лодыжками не накладывали. Детектор камеры устанавливали над зоной реконструкции так, чтобы центр его совпадал с проекцией шунта. Регистрацию флебосцинтиграмм производили на поляроидной пленке при счете импульсов 100 тыс. на первой минуте после введения изотопа в вену



а



б

Флебограмма перекрестного бедренно-бедренного аутовенозного шунта: а) рентгеноконтрастная, б) радиоизотопная.

стопы. Флебосцинтиграммы визуализировались в виде четкой полосы сцинтиляций, повторявшей характерную конфигурацию шунта (см. рис.).

Данные радиоизотопной флебографии верифицировали результатами рентгеноконтрастной флебографии у всех оперированных больных. Совпадение составило 100%. Столь высокая информативность метода при оценке проходимости, например, перекрестных бедренно-бедренных аутовенозных шунтов связана с техническими особенностями выполнения операции — перевязкой общей бедренной вены большой конечности над шунтом, ликвидацией коллатеральных конкурирующих путей оттока.

На отдаленных сроках наблюдения до 2 лет были проходимы 6 из 9 перекрестных и оба сафено-бедренных шунта. Клинически

у этих пациентов значительно уменьшились отеки, чувство тяжести в оперированной конечности при ходьбе. Рецидивов трофических язв не было. Такие результаты лишь раз доказывают целесообразность выполнения реконструктивных операций, обеспечивающих максимальное улучшение венозного оттока у больных посттромботической болезнью нижних конечностей.

Недостатком радиоизотопной флебографии является невозможность оценки клапанов вено-венозных шунтов.

ВЫВОДЫ

1. Радиоизотопная флебография является высокоинформативным методом в оценке результатов шунтирующих операций при посттромботической болезни.

2. Простота, атравматичность и безопасность данного исследования по сравнению с рентгеноконтрастной флебографией позволяют использовать радиоизотопную флебографию для динамического наблюдения за состоянием венозного кровотока после реконструктивных операций на магистральных венах в амбулаторных условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабина Е. П. // Диагностическое значение радионуклидной флебографии при заболеваниях вен нижних конечностей. — Автореф. канд. дисс. — М., 1986.
2. Клионер Л. И., Русин В. И. // В кн.: Новые методы радиоизотопной диагностики в клинике. — Тезисы докладов Всесоюзного симпозиума по новым методам радиоизотопной диагностики в клинике. — Ташкент, Медицина, 1981.
3. Малов Г. А., Казаков Э. С. // Мед. радиол. — 1976. — № 11. — С. 76—82.
4. Малов Г. А., Русин В. И. // В кн.: Новые технические решения диагностики и лечения в медицине. — Тезисы докладов. — Куйбышев, книж. изд-во, 1979.
5. Русин В. И. // Кардиология. — 1980. — № 2. — С. 20—24.
6. Ферстрате М., Фермилен Ж. // Тромбозы. — М., Медицина, 1986.
7. Mc Donald G. B., Hamilton G. W., Barnes R. W. et al. // Journ. Nucl. Med. — 1973. — Vol. 14 — P. 528—530.

Поступила 14.10.87

УДК 616.34—008.87 + 616.36] — 02: [576.345 + 616—002

РОЛЬ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ И НЕДОСТАТОЧНОСТИ БАРЬЕРНОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ В РАЗВИТИИ ЭНДОТОКСИНЕМИИ И ВОСПАЛЕНИЯ

М. Ю. Яковлев

Кафедра патологической анатомии (зав.— проф. В. А. Добрынин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Роль сапрофитной микрофлоры кишечника не ограничивается участием в процессе пищеварения. Освобождающийся в ре-

зультате самообновления клеточного пула кишечной палочки эндотоксин (обязательный компонент клеточной мембраны всех