

ОРГАННАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПОСЛЕ ЭМБОЛЕКТОМИЙ ИЗ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ДЯДЬКОВ И.Н.¹, ВИНОКУРОВ И.А.²

¹ ГKB им. С.С. Юдина, Москва

² Кафедра госпитальной хирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова
angio_igor@mail.ru

Введение. Острая ишемия нижней конечности — жизнеугрожающее осложнение, приводящее к потере конечности при отсутствии хирургической помощи. После операции основным поражающим фактором является реперфузионный синдром, характеризующийся поражением всех органов больного. Частота органных поражений до настоящего времени недостаточна изучена.

Материалы и метод. Всего в исследование включено 94 больных, которым выполнена открытая эмболектомия из артерий нижних конечностей за 2017 год. Больные разделены на 2 группы: (1) эмболектомия из аорто-бедренного сегмента (n=52); (2) эмболектомия из бедренно-дистального сегмента (n=42). Средний возраст составил 70,4±14,8 и 72,9±14,5 лет, соответственно. Всем больным выполняли открытую эмболектомию катетером Фогарти через бедренный доступ для достижения адекватного центрального и ретроградного кровотока.

Результаты. Летальный исход в 1-й группе наступил у 9 (17,3%), во второй — у 4 (9,5%) (p=0,13) больных. Повторная эмболектомия и ампутация потребовались у 3 (5,8%) / 4 (7,6%) и 3 (7,1%) / 2 (4,7%) соответственно. Кардиотоническая и вазопрессорная поддержка сразу после операции потребовалась у 3 (5,8%) и 2 (4,7%) соответственно. По одному больному в группах умерло в результате прогрессирования сердечно-сосудистой недостаточности в течение ближайших трех суток. Средний показатель уровня КФК в 1-й группе составил 4434,3±5963,7 ЕД/л, во 2-й — 1858,3±1035,0 ЕД/л (p=0,006). Острая печеночная и почечная недостаточность развилась у 15 (28,8%) / 18 (34,6%) и 8 (19,0%) / 22 (52,4%) (p=0,13/0,21). При корреляционном анализе летальность имела сильную связь с развитием острой почечной (r=0,87) и печеночной недостаточности (r=0,71).

Выводы.

1. Уровень острой окклюзии артерии не влияет на тяжесть послеоперационного периода.

2. Кардиальные осложнения развиваются в 5,8 и 7,6% случаев соответственно, и менее чем в 2% случаев больной погибает в раннем послеоперационном периоде.

3. Основной причиной летальных исходов после эмболектомии является развитие тяжелой печеночно-почечной недостаточности, требующей ранней диагностики и лечения.

О РОЛИ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ, СОЧЕТАННЫМ С ВЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ИСХАКОВ Р.Б., МОВЧАН К.Н., РУСАКЕВИЧ К.И.

Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург
renat_iskhakov@bk.ru

Актуальность. Поиск путей улучшения результатов оказания медицинской помощи (МП) больным трофическими язвами нижних конечностей (ТЯ НК) продолжается. При ТЯ НК, выявляемых на фоне венозной недостаточности (ВН) НК, особое внимание привлекают наблюдения сочетания осложненной варикозной болезни (ВБ) с проявлениями синдрома диабетической стопы (СДС) — ВН+СД. В большинстве случаев данной патологией страдают люди старшей возрастной группы, у которых, кроме сочетания ВН и сахарного диабета (СД), констатируются и другие хронические сопутствующие заболевания (СЗ). Об особенностях учета выраженности декомпенсации СЗ при обследовании и лечении больных ВН+СД единого мнения исследователей пока нет.

Цель исследования: выявить прогностические критерии выраженности декомпенсации сопутствующих заболеваний у больных с сочетанием СДС + ВН НК.

Материалы и методы. Изучены данные об обследовании и лечении 135 больных трофическими язвами стоп (ТЯС), которые сформировались на фоне сочетания СДС + ВН. Всем пациентам МП оказывалась в четырех ЛПУ Санкт-Петербурга как в формате амбулаторного ведения, так и лечения в стационаре. Сроки заживления ТЯС при ВН+ СДС, как критерии эффективности лечения, сравнивались с таковыми при солитарных формах данных заболеваний и с учетом выраженности декомпенсации СЗ.

Полученные результаты. В большинстве случаев ТЯС наблюдались у женщин (65,2%), преимущественно (73,4%) — в возрастной группе 60 лет и старше. Основные нозологические формы СЗ у больных ТЯС, обусловленные сочетанием СДС + ВН, составили болезни систем: сердечно-сосудистой (97,7%); эндокринной (60,5%); костно-мышечной (30,2%); пищеварения (12,4%); мочевыделительной (12,4%); органов дыхания (2,3%). В 6 (4,4%) наблюдениях СЗ не верифицированы. В этих случаях констатированы наименьшие сроки эпителизации ТЯС. В 101 случае при двух конкурирующих основных заболеваниях больных консультировали специалисты, скорректировавшие тактику и содержание лечения пациентов в плане компенсации различных видов функциональной недостаточности органов и систем, обусловленных сопутствующей патологией. Такие корректирующие мероприятия оказывали позитивную роль в 93% случаев.

Выводы. В целом очевидно, что при оказании МП больным (особенно людям старшей возрастной группы) ТЯС с множественными СЗ следует прогнозировать высокий риск анестезиологического и хирургического пособий, а также в целом повышенную частоту неблагоприятного течения ТЯ НК. Особенности сопутствующей патологии