

ОРГАННАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПОСЛЕ ЭМБОЛЕКТОМИИ 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

у больных ТЯС при сочетании СДС и ВН НК целенаправленно должны учитываться в плане своевременной коррекции их выраженности.

ПОВТОРНЫЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ И ГИБРИДНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОСЛЕ ОТКРЫТЫХ ОПЕРАЦИЙ НА МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

КАВТЕЛАДЗЕ З.А., ЗАВАЛИШИН С.Е., ДАНИЛЕНКО С.Ю., ЭРТМАН В.Г.
ГКБ им. М.Е. Жадкевича, Москва
sezavalishin@gmail.com

Современная сосудистая хирургия достигла больших успехов при лечении поражений артерий нижних конечностей. В настоящее время операции, выполняемые при острой артериальной непроходимости и критической ишемии, не только спасают конечность, сохраняя ее опорную функцию, но и значительно улучшают качество и прогноз жизни пациента. Арсенал современной сосудистой хирургии позволяет восстанавливать кровоток на всех уровнях артериального русла с минимальным процентом осложнений и прогнозируемыми ранними и отдаленными результатами.

Со временем, после открытых операций на артериях нижних конечностей, происходят различные клинические события, требующие проведения повторных вмешательств на ранее оперированных сосудах.

Как правило, при проведении повторных открытых реконструктивных вмешательств возникают определенные трудности, существенно усложняющие проведение операции. Зачастую они связаны с повторным доступом и отсутствием пластического материала для реконструкции.

В указанных клинических ситуациях эндоваскулярные технологии являются подчас единственными средствами для спасения конечности.

Цель: Оценить возможности эндоваскулярной хирургии при проведении повторных вмешательств на артериях нижних конечностей после ранее выполненных открытых сосудистых операций.

Материалы и методы: Повторные (эндоваскулярные) вмешательства после открытых сосудистых операций были проведены у 29 больных. Выделены 3 группы:

1. Пациенты с поражением нативных артерий после множественных открытых вмешательств (7 больных).
2. Пациенты после ранее выполненных шунтирующих операций с поражением как артерий притока, так и артерий оттока (15 больных).
3. Пациенты с поражением венозных и синтетических шунтов, протезов (7 больных).

Результаты. Первичный успех вмешательств достигнут в 100% случаев. Отдаленные результаты отслежены в срок до 24 месяцев. В одном случае наблюдался тромбоз стента в артерии оттока и в двух случаях отмечены 2 значимых рестеноза после стентирования анастомоза ранее протезированного участка артерии.

Выводы. Во всех группах исследования нет унифицированных эндоваскулярных вмешательств, почти каждое вме-

шательство «оригинально» по сути, что затрудняет групповой анализ ближайших и отдаленных результатов. Однако полученные ранние и отдаленные результаты позволяют нам рассматривать эндоваскулярную хирургию как метод выбора при проведении повторных вмешательств на артериях нижних конечностей.

ВОЗМОЖНОСТИ ТЕПЛОВИЗИОННОГО КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНГИОСОМ-ОРИЕНТИРОВАННЫХ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ СИНДРОМА КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И САХАРНОГО ДИАБЕТА

КАТЕЛЬНИЦКИЙ И.И.¹, САСИНА Е.В.¹, ЗОРЬКИН А.А.², ДРОЖЖИН Е.В.², МАЗАЙШВИЛИ К.В.², БАГИРОВ А.К.²

¹ Кафедра хирургических болезней №1 ФГБОУ ВПО РостГМУ, Ростов
² Кафедра факультетской хирургии медицинского института БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет», Сургут
az_99@mail.ru

Для критической ишемии (КИ) на фоне сахарного диабета (СД) характерны меньшая эффективность реваскуляризации из-за комбинированного сосудистого блока, более частого развития инфекционных осложнений (Cooper K.J., 2016) и высокий риск неблагоприятного исхода (Vrsalovic M., 2017). Одной из техник реваскуляризации является вмешательство, выполненное с учетом теории ангиосомы (Taylor G.I., 1987), что демонстрирует лучшие результаты сохранения конечности (Alexandriescu V., 2012).

Способы оценки итога реваскуляризации недостаточно информативны или дорогостоящи, что ограничивает своевременную коррекцию лечения.

Цель исследования. Оценить возможности тепловизионного контроля в оценке эффективности реваскуляризации, выполненных с учетом теории ангиосомы, у больных с КИ и СД.

Материалы и методы. Рассмотрены результаты лечения 67 пациентов с КИ и СД отделения сосудистой хирургии СГКБ и клиники госпитальной хирургии РостГМУ в 2009–2017 гг. У всех пациентов удалось восстановить только одну из магистральных артерий (ПББА или ЗББА). Выполнялись многоэтажные реконструкции ниже щели коленного сустава в сочетании с открытой тромбинтимэктомией/ангиопластикой из магистральных артерий голени (35) или баллонная ангиопластика артерий голени по технологии субинтимальной или интралюминальной ангиопластики (32). Пациенты разделены на две группы, в зависимости от локализации гнойно-некротических дефектов: 1–35 (52%) в зоне кровоснабжения ПББА, 2–32 (48%) в зоне кровоснабжения ЗББА. Не включали больных с дефектами в зоне разных ангиосом и при технической неудаче реваскуляризации.

Контроль эффективности операции проводили траскутанной оксиметрией (Radiometer, Дания) и полипозиционной тепловизионной визуализацией (Fluke Termal Imager, США).