

применялись инъекции в мышцы голени препарата Неоваскулген по 1 ампуле с двухнедельным интервалом.

Результаты. Как показало наше исследование, через 6 месяцев после начала лечения (терапевтического ангиогенеза) было отмечено увеличение в мышцах голени белка VEGF-A, отражающего неоангиогенез и снижение белка pNIP3, характеризующего явления апоптоза, увеличение плотности капиллярной сети и структурированность мышечных волокон, повышение количества митохондрий. В крови на фоне лечения также определялось повышение концентрации VEGF-A. Подобные морфологические изменения сопровождались с достоверным повышением дистанции безболевого ходьбы (ДБХ). При этом отмечено, что наилучшие результаты лечения наблюдались при I (увеличение ДБХ с 1025 ± 30 до 1350 ± 25 м), IIА (увеличение ДБХ с 370 ± 45 до 520 ± 20 м) и, в меньшей степени, при IIБ степени ишемии (увеличение ДБХ с 170 ± 30 до 203 ± 15 м). Худшие результаты терапевтического ангиогенеза отмечены при III и IV степенях (данных за увеличение ДБХ получено не было), где преобладали явления апоптоза.

Выводы. Терапевтический ангиогенез посредством применения препарата Неоваскулген является высокоэффективным методом лечения пациентов с хронической артериальной недостаточностью нижних конечностей, способствующим благоприятной морфологической перестройкой мышц голени и увеличением дистанции безболевого пути. Лучшие результаты лечения наблюдались при начальных стадиях развития заболевания.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

КУНГУРЦЕВ Е.В., МИХАЙЛОВ И.П., ИСАЕВ Г.А., ТРОШКИНА Е.В., КУЛИКОВ С.И., НИКИТИНА О.В.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва
pansvan2012@yandex.ru

Венозный тромбоз и тромبوэмболия легочной артерии — это серьезная проблема современного здравоохранения. Венозные тромбоэмболические осложнения возникают в самых разнообразных клинических ситуациях и осложняют течение многих заболеваний.

Цель: оптимизация тактики лечения венозных тромбоэмболических осложнений.

Материалы и методы: с 2016 по 2018 гг. проведено лечение 530 больным с тромбозом глубоких вен нижних конечностей, из них у 218 (41.1 %) диагностированы флотирующие тромбы, эмболия легочной артерии выявлена у 76 (14,3%) пациентов.

Всем больным с массивной ТЭЛА — 48 пациентам — проведен системный тромболитический препаратом Активизе 100 мг. Больным с эмболией мелких ветвей легочной артерии — 28, а также больным с выявленным венозным тромбозом без осложнений проводилась консервативная терапия с динамическим ультразвуковым контролем.

Результаты. В группе больных с флотирующими тромбами у 119 (54.6%) пациентов на фоне консервативного

лечения флотирующая часть тромба лизировалась, либо фиксировалась к стенке вены, причем после тромболитического только у одного больного сохранялась флотация. 67 (30.7%) пациентов оперировано — выполнена тромбэктомия из подвздошных и бедренных вен, 42 из них (62.7%) операция проведена первым этапом перед остеосинтезом. 33 (15%) пациентам выполнена эндоваскулярная операция — установлен кава-фильтр.

Показанием к хирургическому лечению явилось невозможность выполнения раннего остеосинтеза и проведения адекватной консервативной терапии и/или увеличение размеров флотирующей части тромба, несмотря на проводимое лечение. Кава-фильтр устанавливался всем больным с тяжелой сопутствующей патологией.

Основной причиной неудачи консервативного лечения и ретромбозов в послеоперационном периоде является невозможность адекватного включения в работу мышечно-венозной помпы конечностей. Эффективность антикоагулянтных препаратов, включая новые пероральные антикоагулянты, была сопоставима и статистически не различалась.

Выводы:

1) У пациентов с тромбозом глубоких вен нижних конечностей осложненных массивной тромбоэмболией легочной артерии проведение системного тромболитического позволяет не только снизить дефицит перфузии легких, но и в большинстве случаев лизировать эмбологенную вершину флотирующего тромба.

2) Хирургическая профилактика ТЭЛА показана пациентам с флотирующим, эмболоопасным тромбом, не позволяющим выполнить хирургическое лечение основной патологии или не поддающимся консервативной терапии.

4) Кава-фильтр устанавливается больным с рецидивирующей эмболией, а также пациентам с тяжелой сопутствующей патологией и невозможностью проведения адекватной антикоагулянтной терапии.

5) Тромбэктомия является альтернативой кава-фильтра и высокоэффективна у пациентов с благоприятным прогнозом лечения основного заболевания и возможностью ранней активизации больного.

6) Эффективность консервативной терапии в большей степени зависит от возможности усиления венозного кровотока, а не от типа антикоагулянтов.

ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ ПОСТОЯННОГО СОСУДИСТОГО ДОСТУПА ДЛЯ ГЕМОДИАЛИЗА

ЛЯЩУК А.В.¹, ТОРБА А.В.¹, ЛЮБИМАЯ В.Н.², ЧАЙКА О.О.¹, КАТЕЛЕНЕЦ М.О.², НИЖЕЛЬСКИЙ В.Е.², МОВЧАНЮК А.С.², МОЛЧАНОВА Е.О.²

¹ ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святого Луки»

² ГУ «Луганская республиканская клиническая больница» ЛНР
ape4ka_kosinova@mail.ru

Актуальность. Программный гемодиализ (ПГД) остается ведущим методом лечения больных терминальной хронической почечной недостаточностью (ТХПН). Эф-

фективность ПГД во многом определяется адекватностью сосудистого доступа — артериовенозной фистулы (АВФ). Постоянный сосудистый доступ (ПСД) в идеале должен обеспечивать соответствие скорости кровотока назначенной доле диализа, длительно функционировать без осложнений. В настоящее время идеального варианта ПСД не существует, однако оптимальным признается нативная АВФ. Продолжительность функционирования АВФ составляет около 3–5 лет и уменьшается в связи с развитием осложнений, требующих повторных оперативных вмешательств (тромбоз, стеноз, синдром «обкрадывания» и др.) и являющихся причиной повторной госпитализации, удорожания лечения больных. Количество пациентов, находящихся на ПГД, увеличивается с каждым годом, растет доля пожилых больных, страдающих сахарным диабетом и сердечно-сосудистыми заболеваниями, что объясняет технические трудности при формировании ПСД и увеличение количества повторных операций.

Цель. Оценить эффективность и безопасность формирования нативного ПСД на верхней конечности у пациентов с ТХПН.

Материалы и методы. В исследование включено 112 больных с ТХПН, которые находились на лечении в отделение нефрологии и гемодиализа Луганской республиканской клинической больницы в период с 2014 по 2017 гг. Мужчин 74 (66,1%), женщин 38 (33,9%). Возраст больных варьировался от 30 до 74 лет. Все больные были обследованы согласно стандартам клинических протоколов. Обязательным для всех больных являлись осмотр верхней конечности с проведением теста Алена и пробы с жгутом. Выбор оптимального ПСД для ПГД определяли после проведения ультразвукового дуплексного сканирования с цветным картированием сосудов верхней конечности.

Результаты. Все оперативные вмешательства проводились под местной анестезией на левой верхней конечности (не доминирующей). ПСД формировался в дистальной части предплечья между *a. radialis* и *v. cephalica* по типу «конец в бок» артерии — 62 (55,4%) больных. В средней трети предплечья между *a. radialis* и *v. cephalica* по типу «конец в бок» артерии — 32 (28,6%) больных. В локтевой ямке между *a. radialis* или *a. brahialis* и *v. cephalica* по типу «конец в бок» артерии — 18 (16%) больных. Всем больным после операции назначали антибактериальные препараты, нестероидные противовоспалительные препараты и низкомолекулярные гепарины. У 26 (23,2%) больных был отмечен отёк кисти и предплечья, который был курирован медикаментозно. Количество повторных операций по формированию ПСД для ПГД потребовалось 19 (17%) больным по поводу тромбоза АВФ (диаметр *a. radialis* был 1,3–1,4), 1 (0,9%) больной был оперирован по поводу венозной аневризмы АВФ.

Выводы. 1. Полученные нами результаты свидетельствуют о возможности формирования нативной АВФ на верхней конечности для ПГД у пациентов с ТХПН. 2. Развившиеся осложнения устранялись в результате повторных операций, после которых новых осложнений у пациентов не было, а АВФ были состоятельны.

ОПЫТ КОРРЕКЦИИ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ В УРГЕНТНОЙ ПРАКТИКЕ

ЛЯЩУК А.В.¹, ТОРБА А.В.¹, ПРОНИН И.В.², ЧАЙКА О.О.¹,
КАТЕЛЕНЕЦ М.О.², НИЖЕЛЬСКИЙ В.Е.²

¹ ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки»

² ГУ «Луганская республиканская клиническая больница» ЛНР
alex_enigma@bk.ru

Актуальность. Лечение острых артериальных тромбозов на сегодняшний день является одной из наиболее актуальных проблем, стоящих в современной ангиохирургии. Частота возникновения острой артериальной ишемии (ОАИ) конечностей составляет 140 случаев на 1 миллион населения в год. Среди прочих причин острой артериальной непроходимости на их долю приходится около 40% случаев острых ишемических расстройств. Несмотря на совершенствование оперативной техники и послеоперационного лечения больных, количество ампутаций и летальность при этой патологии остаются высокими.

Цель: Оценить эффективность и безопасность лечения больных с ОАИ верхних и нижних конечностей.

Материалы и методы: В исследование включено 187 больных с ОАИ конечностей, которые находились на лечении в отделение трансплантологии и сосудистой хирургии Луганской республиканской клинической больницы. Из них 124 (66,3%) мужчины и 63 (33,7%) женщины. Средний возраст составил 74 года (от 53 до 90). Давность заболевания ОАИ у 169 (90,4%) больных составила от 6 до 12 часов, а у 18 (9,6%) больных — от 7 до 10 дней. Уровень поражения на момент осмотра следующий: подвздошно-бедренный сегмент — 45 (24,1%), бедренно-подколенный сегмент — 64 (34,2%), артерии голени — 26 (13,9%), плечевой сегмент — 34 (18,2%), артерии предплечья — 18 (9,6%). Стадия ишемии на момент поступления: II А — 69 (36,9%), II Б — 89 (47,6%), III А — 22 (11,8%), III Б — 7 (3,7%). ОАИ нижней конечности отмечена у 137 (73,2%) больных, а ОАИ верхней конечности — у 52 (27,8%) больных. У 68 (36,4%) больных ОАИ нижней конечности была отмечена на фоне облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей (ОАСНК).

Результаты. Все больные были оперированы по поводу ОАИ в течение 6–12 часов от момента заболевания. У 119 (63,6%) больных выполнена тромбэктомия из периферических артерий (ТПА) с последующим восстановлением дефекта при помощи сосудистого шва, в 39 (20,9%) наблюдениях выполнена ТПА с последующей артериопластикой общей бедренной артерии и/или профундопластикой за счёт венозной заплаты, в 11 (5,9%) наблюдениях выполнено бедренно-подколенное аллошунтирование протезом ПТФЭ 7 мм. В 18 (9,6%) наблюдениях был отмечен дистальный периферический сосудистый тромбоз, в связи с чем выполнить реконструктивно-восстановительную операцию было невозможно. Им всем была проведена тромболитическая терапия урокиназой 500000 МЕ. В раннем послеоперационном периоде все больные отмечали положительную динамику. В позднем послеоперационном