

Материалы и методы. С 2010 по 2015 гг. в отделении неотложной сосудистой хирургии выполнено 452 реконструкции сонных артерий. 164 (36.2 %) пациентам операция была выполнена из косо поперечного доступа.

Методом дооперационной диагностики преимущественно являлась ультразвуковая диагностика (УЗДС) у всех пациентов. Только в 16 (9.8%) случаях выполнена магнитно-резонансная ангиография (МРАГ). С целью интраоперационного мониторинга кровотока по мозговым артериям использовалась транскраниальная доплерография и церебральный оксиметр.

Пациенты были вызваны на контрольный осмотр через 3 месяца, 6 месяцев и через год. Следует отметить, что на осмотр через 3 месяца пришли 78 пациентов, на 6 месяцев удалось вызвать лишь 24 пациента, а через год на осмотр пришло всего лишь 4 пациента.

Результаты. Послеоперационные гематомы образовались у 17 (10.4 %) пациентов. Дренажирование операционной раны осуществлялось через контрапертуру по Редону. Интраоперационное ОНМК с неврологическим дефицитом развилось у 3 (1.8 %) пациентов. В 2 случаях ОНМК было обратимым с регрессированием неврологического дефицита и хорошим восстановлением. В 1 случае развился летальный исход. Среднее время продолжительности операций составило 65 ± 12 минут. Среднее время пережатия сонных артерий составило 18 ± 7 минут. Внутрисосудистый шунт использовался у 17 (10.4%) пациентов. Объем кровопотери во время операций был минимальным.

В послеоперационном периоде в сроки от 3 месяцев до года оценивалось качество жизни по опроснику SF-36. 67 (40.8% от общего количества пациентов) явившихся на осмотр через 3 месяца пациентов в послеоперационном периоде не предъявляли жалоб, а также положительно оценивали эффект от проведенной операции, в частности, косметический аспект, отсутствие онемения, зуда в области послеоперационного рубца. Необходимо отметить, что именно женщины отмечали положительный косметический эффект. У 11 (6.7%) явившихся на осмотр через три месяца пациентов в послеоперационном периоде были жалобы на общемозговую симптоматику: головные боли, головокружения, шаткость при ходьбе. Эстетическая удовлетворенность послеоперационным рубцом для этих пациентов не играла ведущей роли. Через 6 месяцев у 24 пациентов (14.6% от общего количества), вызванных на контрольный осмотр, при опросе отмечено отсутствие дискомфорта со стороны послеоперационного рубца. Через год осмотренные 4 (2.4% от общего количества пациентов) пациента также не предъявляли жалоб и были удовлетворены видом послеоперационной раны.

Наиболее частыми осложнениями после реконструкций сонных артерий являются нейропатии, связанные с травматизацией черепных и кожных нервов, в частности, подъязычного нерва, краевой нижнечелюстной ветви лицевого нерва за счет перерастяжения операционной раны. Интраоперационно проводилась оценка уровня бифуркации сонной артерии. Считается, что чем выше уровень бифуркации сонной артерии, тем выше частота

повреждения черепно-мозговых нервов. Оценка уровня бифуркации проводилась по отношению к щитовидному хрящу. В случае если при дооперационном выполнении дуплексного сканирования уровень бифуркации верифицировался как высокий (на уровне угла нижней челюсти), от выполнения косо поперечного доступа воздерживались ввиду чрезмерной тракции мягких тканей в проксимальном направлении и возможной интраоперационной резекции заднего брюшка двубрюшной мышцы. При уровне бифуркации в проекции щитовидного хряща или ниже выполнялся косой поперечный доступ. При наличии средней или низкой бифуркации выполнялась как классическая, так и эверсионная эндартерэктомия.

Выводы: использование косо поперечного доступа обеспечивает хороший косметический эффект и может быть рекомендовано к практическому применению в случаях низкой бифуркации общей сонной артерии.

РОЛЬ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ТРОМБИРОВАННЫХ АНЕВРИЗМ ПОДКОЛЕННЫХ АРТЕРИЙ

МИХАЙЛОВ И.П., КОКОВ Л.С., ЛАВРЕНОВ В.Н., ИСАЕВ Г.А.,
КУНГУРЦЕВ Е.В.

НИИ СП им. Склифосовского, Москва
LPalyich@yandex.ru

Актуальность: Острая ишемия нижних конечностей, обусловленная тромбозом аневризм подколенных артерий, согласно литературным данным, сопровождается высокой частотой ампутаций (общей – до 67%, послеоперационной – до 30%). Это связано с тромбозом или эмболией артерий голени, единственных «путей оттока».

Цель исследования: Сравнение результатов экстренных реконструктивных операций и операций, дополненных проведением тромболитической терапии (далее – ТЛТ) у больных с тромбозом аневризм подколенных артерий.

Материал и методы: С 1997 по 2017 гг. в отделении сосудистой хирургии НИИ СП им. Склифосовского выполнено 70 реконструктивных оперативных вмешательств по поводу острой ишемии нижних конечностей, обусловленной тромбозом аневризм подколенных артерий, у 66 больных (4 больных оперированы с обеих сторон). Все больные – мужчины, средний возраст 62,7 (38 – 88). Сроки дооперационной ишемии составили от 2 часов до 13 суток.

Стандартное обследование включало физикальный осмотр, определение пульсации артерий, УЗДГ артериального русла нижних конечностей с измерением ИРСД. Ангиографическое исследование выполнено 38 пациентам, при этом в 11 случаях катетеризована тромбированная поверхностная бедренная или подколенная артерия с целью проведения регионарной тромболитической терапии (ТЛТ).

Больные разделены на 2 группы. В первую вошли 48 пациентов, которым были выполнены первичные экстренные реваскуляризирующие операции в объеме бедренно-подколенного протезирования ниже щели коленного

сустава. Вторую группу составили 22 больных, у которых с целью улучшения «путей оттока» оперативные вмешательства либо предварялись проведением ТЛТ (n=12), либо тромболитическое проводилось интраоперационно с введением тромболитика непосредственно в артерии голени после выполненной механической тромбэктомии (n=10). При этом оперативные вмешательства также заключались в выполнении бедренно-подколенного протезирования. Во всех случаях ТЛТ проведена препаратом «урокиназа медак». Дооперационные дозы тромболитика составили от 1 млн. ЕД до 4,5 млн. ЕД. Интраоперационно вводилась доза 500 млн. ЕД. одномоментно, после чего накладывался сосудистый зажим. Экспозиция составляла 30–71 минут.

Результаты. В группе больных, оперированных без использования ТЛТ, ранние тромбозы шунтов произошли в 22,9% случаев (n=11), из них ампутации выполнены в 18,8% (n=9) случаев. В группе пациентов, где оперативное лечение сочеталось с проведением ТЛТ, ранние тромбозы шунтов составили 13,6% (n=3), при этом в 9,1% случаев потребовалось выполнение ампутации (n=2). Летальных исходов не было.

Выводы. Проведение тромболитической терапии (предоперационной или интраоперационной) у больных с острой ишемией нижних конечностей, обусловленной тромбозом аневризмы подколенной артерии, является достоверно более эффективным методом снижения числа тромбозов шунтов и, соответственно, количества ампутаций конечностей, по сравнению с изолированными экстренными операциями.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ОККЛЮЗИЕЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

МИХАЙЛОВ И.П., КОКОВ Л.С., ИСАЕВ Г.А.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, г. Москва

isaev_goga@mail.ru

Актуальность. Острая ишемия конечностей была и остается актуальной проблемой ангиологии и сосудистой хирургии. Существуют различные методы лечения острых артериальных окклюзий: хирургическое лечение, консервативная терапия, эндоваскулярное вмешательство и др. Одним из методов, конкурирующим и дополняющим оперативное лечение, является тромболитическая терапия. В данной работе мы оценили эффективность использования интраоперационного и локального тромболитика для лечения острой ишемии конечностей, а также применение реолитической тромбэктомии с помощью аппарата «Ангиоджет» и эндоваскулярный интимэкстрактор «SilverHawk».

Материалы и методы. Были проанализированы результаты лечения 173 пациентов, поступивших в отделение неотложной сосудистой хирургии НИИ СП им. Н.В. Склифосовского за период с 2014 по 2017 гг. с острой окклюзией артерий нижних конечностей и ишемией 2А–2В ст. (по классификации И.И. Затевахина).

Всех пациентов мы разделили на 3 группы: 1) группа больных (89), которым были выполнены пластические

реконструктивные операции на артериях нижних конечностей; 2) группа пациентов (36), которым во время операции проводился дополнительно интраоперационный тромболитический; 3) и группа больных (48), которые не были оперированы, им проводилась регионарная тромболитическая терапия.

Сроки острой ишемии конечности во всех случаях были от 24 часов до 14 суток. Всем больным выполнялась ультразвуковая доплерография артерий нижних конечностей. У 115 (66,5%) пациентов была выполнена ангиография.

Результаты. Во время операции во всех рассматриваемых нами случаях после выполненной тромбэктомии зондом Фогарти отмечалось отсутствие ретроградного кровотока из дистального русла. У 36 пациентов, которые составили вторую группу, тромбэктомия была дополнена интраоперационным тромболитическим. Для этой цели мы использовали препарат «урокиназа медак», который в дозе 500 тыс. ЕД разводили на 200 мл физиологического раствора и вводили в дистальное русло, после чего артерия пережималась. Экспозиция составляла 30 минут, после чего выполнялся окончательный шов артерии.

В первой группе сохранить конечность удалось в 81% (72) случаев, причем полностью восстановлен кровоток у 55% (49) пациентов. У 5 больных дополнительно в послеоперационном периоде применялась реолитическая тромбэктомия из артерий голени с помощью аппарата «Ангиоджет» в связи с их тромбозом. Полностью восстановить кровоток удалось у 4 больных. У 3 больных в связи с тромбозом поверхностных бедренных артерий в послеоперационном использовали эндоваскулярный интимэкстрактор «SilverHawk», что позволило у всех больных восстановить кровоток и сохранить конечности.

Во второй группе, где был использован дополнительно интраоперационный тромболитический, удалось сохранить конечность у 83,3% больных, а восстановить проходимость сосуда в 61,6% случаев. Осложнений при интраоперационном введении тромболитика не наблюдалось.

В третьей группе, где применялась регионарная тромболитическая терапия, положительный результат был достигнут у 87,5% пациентов, полностью удалось восстановить кровоток в 33,3% наблюдений.

Выводы. Регионарная интраоперационная тромболитическая терапия является эффективным и безопасным дополнительным методом хирургического лечения острой ишемии конечностей при тромбозе дистального артериального русла. Регионарный тромболитический является эффективным альтернативным методом лечения острой ишемии конечностей, особенно в тех случаях, когда результат открытого хирургического вмешательства сомнителен, особенно у больных, имеющих в анамнезе неоднократные операции на артериях нижних конечностей и тромбоз дистального русла. Применение реолитической тромбэктомии с помощью аппарата «Ангиоджет» и эндоваскулярного интимэкстрактора «SilverHawk» позволяет улучшить результаты операций.