

ЛИТЕРАТУРА

1. Никонова, Л. В. Гиперпаратиреоз. Часть I / Л. В. Никонова, В. Н. Волков, С. В. Тишковский // Журн. Гродн. гос. мед. ун-та. — 2005. — № 3. — С. 12–16.
2. High success rate of parathyroid reoperation may be achieved with improved localization diagnosis / O. Hessman [et al.] // World J. of Surgery. — 2008. — Vol. 32, № 5. — P. 774–781.
3. The impact of office neck ultrasonography on reducing unnecessary thyroid surgery in patients undergoing parathyroidectomy / M. Milas [et al.] // Thyroid. — 2005. — Vol. 15, № 9. — P. 1055–1059.
4. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Disease state clinical review: postoperative hypoparathyroidism – definitions and management / B. C. Stack [et al.] // Endocrine Practice. — 2015. — Vol. 21, № 6. — P. 674–685.
5. Rose, J. Management of primary hyperparathyroidism [Electronic resource] / J. Rose, M. A. Guerrero // Thyroid and parathyroid diseases: new insights into some old and some new issues / ed. L. S. Ward. — [S. l.], 2012. — Chap. 14. — Mode of access: <http://www.intechopen.com/books/thyroid-and-parathyroid-diseases-new-insights-into-some-old-and-some-new-issues/surgical-management-of-primary-hyperparathyroidism>. — Date of access: 02.02.2017.

УДК 616.137.83-089

ИСХОДЫ АУТОВЕНОЗНЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ НА АОРТО-БЕДРЕННОМ СЕГМЕНТЕ У ПАЦИЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОКАЗАНИЙ

*Приходько Т. М., Лызигов А. А., Тихманович В. Е.,
Каплан М. Л., Панкова Е. Н.*

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Протезная инфекция продолжает оставаться одной из наиболее значимых клинических проблем в сосудистой хирургии. Когда сосудистые хирурги сталкиваются с этой проблемой, они имеют возможность выбора между различными техниками оперативного лечения, в частности прибегают к удалению протеза в сочетании с дебридментом прилегающих к зоне инфицирования артерий, и при недостаточном коллатеральном кровоснабжении к экстраанатомическому шунтированию, использованию криоконсервированного трансплантата, протеза импрегнированного антибиотиком или аутовенозной пластике [1, 3]. Аутовена обладает всеми свойствами идеального протеза, в частности: трехслойное строение, наличие эндотелия и механические свойства, сходные с таковыми у артерии [4]. Но, не смотря на это, аутовенозная реконструкция является менее используемой из-за технической сложности процедуры и недостатка подходящего материала. Также сосудистых хирургов сдерживает от выбора данного метода риск развития нарушений венозного оттока.

Цель

Провести комплексную оценку явлений венозной недостаточности у пациентов после аутовенозной реконструкции на аорто-бедренном сегменте с помощью шкалы Виллалта. Определить наличие различий в исходах аутовенозной реконструкции на аорто-бедренном сегменте в зависимости от первичного заболевания.

Материал и методы исследования

В данной статье проанализированы результаты лечения 25 пациентов, которым с сентября 2010 г. по сентябрь 2018 г. была проведена аутовенозная реконструкция с использованием бедренной вены. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от показаний.

В зависимости от показаний к аутовенозной реконструкции, выделено 9 (36 %) первичных пациентов и 16 (64 %) вторичных пациентов (рисунок 1). Первичными считали пациентов без реконструктивно-восстановительных вмешательств на аорто-бедренном сегменте в прошлом и с наличием язвенно-некротических дефектов на нижних конечностях в 8 случаях и нагноившейся забрюшинной гематомы в 1 случае. Вторичными считали пациентов с реконструктивно-восстановительными операциями на аорто-бедренном сегменте в прошлом, которым на момент госпитализации или пребывания в послеоперационном периоде были диагностированы протезная инфекция у 14 человек и несостоятельность анастомоза у 2 человек. По полу все пациенты мужского пола (100 %). Возраст пациентов 59 (55; 64) лет.

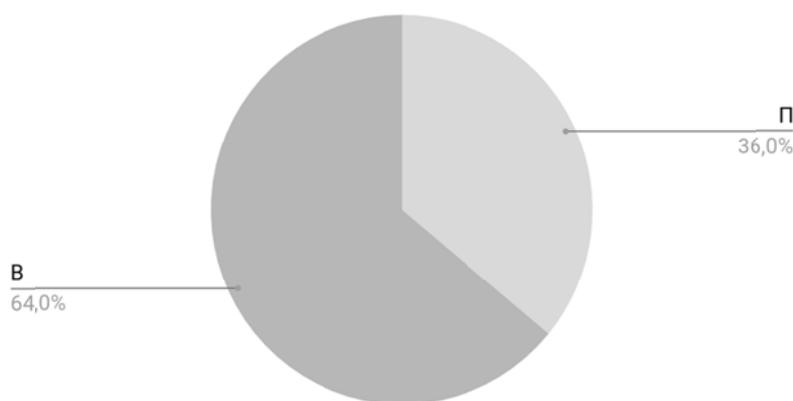


Рисунок 1 — Распределение пациентов в зависимости от показаний

После выполнения аутовенозной реконструкции все пациенты находились под наблюдением и в интервале между 1 и 12 месяцами (в среднем 6 месяцев) были вызваны для обследования. Венозная недостаточность — комплексное состояние, для которого характерен ряд субъективных и объективных симптомов (признаков). Для определения наличия и тяжести венозной недостаточности использовалась шкала Виллалта (таблица 1) [2]. Оцениваемые симптомы и признаки отображены в таблице 1. Сумма баллов от 0 до 4 свидетельствует об отсутствии венозной недостаточности, от 5 до 9 — о легкой степени венозной недостаточности, от 10 до 14 — о средней степени венозной недостаточности, 15 и более — о тяжелой степени венозной недостаточности. Наличие венозной язвы относит пациента в группу тяжелой венозной недостаточности. Также оценивались компенсация оттока венозной крови в условиях «отсутствующей» бедренной вены, наличие варикозной трансформации поверхностных вен и тромбоза глубоких вен посредством выполнения дуплексного сканирования на аппарате Philips iU 33 с линейным датчиком с частотой 5 МГц и в избранных случаях флебографии.

Таблица 1 — Шкала Виллалта

Симптом (признак)	Степень проявления симптома			
	отсутствие симптома (признака)	легкие проявления	средней тяжести проявления	выраженные проявления
Боль	0	1	2	3
Судороги	0	1	2	3
Тяжесть в ногах	0	1	2	3
Парестезии	0	1	2	3
Зуд	0	1	2	3
Отек голени	0	1	2	3
Гиперпигментация	0	1	2	3
Варикозная трансформация	0	1	2	3
Гиперемия	0	1	2	3
Индурация	0	1	2	3
Боль при компрессии	0	1	2	3

Для определения наличия различий в исходах аутовенозной реконструкции на аорто-бедренном сегменте в зависимости от первичного заболевания использовался U-критерий Манна — Уитни.

Результаты исследования и их обсуждение

Оценка статуса пациентов по шкале Виллалта, включающей 5 субъективных и 6 объективных признаков, проводилась с выставлением каждому из пациентов баллов от 0 до 3, соответственно силе проявления симптома или признака. Из 25 пациентов лишь у 1 (4 %) пациента средняя степень венозной недостаточности, у 7 (28 %) легкая степень венозной недостаточности, у 17 (68 %) пациентов явлений недостаточности не обнаружено (таблица 2). Процентное соотношение отображено на рисунке 3.

Таблица 2 — Степень тяжести ХВН по шкале Виллалта

Количество пациентов	Степени тяжести
17 (68 %)	Нет проявлений венозной недостаточности
7 (28 %)	Легкая степень
1 (4 %)	Средняя степень

Легкая степень венозной недостаточности составила 28 %, средняя — 4 %, а пациентов без явлений венозной недостаточности 68 %.

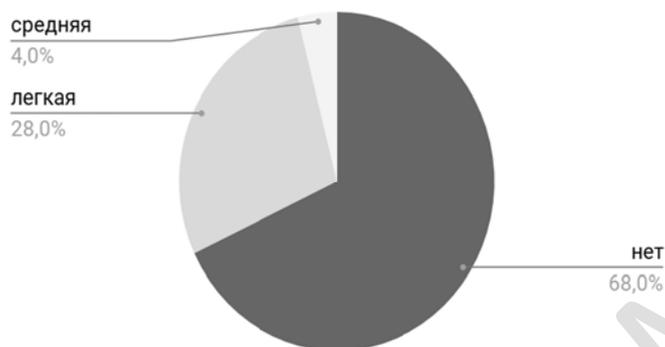


Рисунок 3 — Распределение пациентов по тяжести ХВН (ПТФС) по шкале Виллалта

Для контроля за состоянием поверхностной и глубокой венозных систем в послеоперационном периоде проводилось дуплексное исследование. Данные за флеботромбоз глубоких вен голени обнаружены в 6 случаях, в 1 случае — тромбоз подкожных вен, в 4 случаях исследование не проводилось из-за смерти пациентов в раннем послеоперационном периоде. Флебография проводилась в двух случаях, данных за флеботромбоз не обнаружено, отток крови компенсирован по глубокой и поверхностной венозной системам.

В раннем послеоперационном периоде в группе первичных пациентов, которая составила 9 человек, объективно отек был больше чем в группе вторичных пациентов, которая составила 16 человек (среднее значение по шкале Виллалта 1,5555 и 1,1875 соответственно). В отдаленном послеоперационном периоде достоверного различия в отеке голени не выявлено. По данным дуплексного сканирования в отдаленном периоде флеботромбоза не выявлено. При сравнении степени венозной недостаточности в двух группах с помощью критерия Манна — Уитни установлено, что различия уровня признака в сравниваемых группах статистически не значимы ($p > 0,05$).

Выводы

1. Отек в первой группе объективно больше чем во второй в раннем и позднем послеоперационном периоде.
2. Значения выявленных при комплексной оценке симптомов и признаков венозной недостаточности в целом остаются одинаковыми.
3. Несмотря на выраженный отек в раннем послеоперационном периоде, в отдаленном послеоперационном периоде степень отека была минимальной и значимой разницы между пациентами в двух группах выявлено не было.
4. После проведенной аутовенозной реконструкции нарушения венозного оттока в отдаленном послеоперационном периоде не наблюдалось.

ЛИТЕРАТУРА

1. Pantaloon femoral vein graft as «neoaorta» in infected aortic disease / Himanshu Verma [et al.] // Journal of Vascular Surgery. — 2015. — № 62. — P. 1083–1088.
2. Scoring systems for the post-thrombotic syndrome / Arany Soosainathan [et al.] // Journal of Vascular Surgery. — 2013. — № 57. — P. 254–261.
3. Expanded application of in situ replacement for prosthetic graft infection / D. F. Bandyk [et al.] // Journal of Vascular Surgery. — 2001. — № 34. — P. 411–419.
4. Аутологичная вена как протез сосуда / А. А. Лычиков // Проблемы здоровья и экологии. — 2010. — Т. 24, № 2. — С. 132–139.