

В. А. Скурковская

*Научный руководитель: к.м.н., доцент М. Л. Каплан**Учреждение образования**«Гомельский государственный медицинский университет»**г. Гомель, Республика Беларусь*

ВЫБОР МЕТОДА РЕКОНСТРУКЦИИ АОРТО-ПОДВЗДОШНО-БЕДРЕННОГО СЕГМЕНТА

Введение

Атеросклероз – генерализованное заболевание, проявляющиеся изменением интимы артерий, включающие накопление липидов, сложных углеводов, фиброзной ткани, компонентов крови, кальцификацию и сопутствующие изменения меди. Поражение характеризуется непрерывным прогрессирующим течением с высоким риском развития трофических нарушений нижних конечностей и риском гнойно-септических поражений при применении синтетических кондуитов. Определение тактики оперативного вмешательства является актуальной проблемой несмотря на то, что растет и повышается уровень диагностики поражений и внедряются новые технологии лечения [1, 2].

Цель

Провести анализ реконструктивных операций на аорто-подвздошно-бедренном сегменте при атеросклеротических поражениях.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов, оперированных на базе «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны» в отделении сосудистой хирургии за 2021 год.

В исследование включено 80 пациентов с атеросклеротическими поражениями аорто-подвздошно-бедренного сегмента с последующими реконструктивными операциями.

Обработка и статистический анализ данных проводилась в программе Microsoft Office Excel 2019.

Результаты исследования и их обсуждение

На базе «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны» в отделении сосудистой хирургии за 2021 год были проведены реконструктивные вмешательства пациентам: 1-я группа – 22 пациента с полузакрытой петлевой эндартерэктомией, 2-я группа – 25 пациентов с шунтированием, 3-я группа – 15 пациентов со стентированием и 4-я группа – 18 пациентов с открытой эндартерэктомией (таблица 1).

Таблица 1 – Характеристика операционных вмешательств у пациентов

Критерии		Операционные вмешательства			
		Полузакрытая	Открытая	Шунтирование	Стентирование
Пол	Жен.	19 %	38 %	36 %	40 %
	Муж.	81 %	62 %	64 %	60 %
Возраст (средний)		72,6	64,6	63,4	62,3
Койко-день		22,5	19,6	24,7	18
Длительность операции		2,5 часа	3,6 часа	5 часов	3,7 часа
Объем кровопотери		310 ml	620 ml	1500 ml	1300 ml

Выбор реконструктивной операции при окклюзионно-стенотических поражениях артерий зависит от многих факторов. Основными из них являются: локализация и распространенность поражения, травматичность и длительность вмешательства, материально-техническое обеспечение, общее состояние пациента, а также уровень подготовки операционной бригады для выполнения той или иной операции [5].

Одним из вариантов вмешательства является полузакрытая петлевая эндартерэктомия, которую используют при реконструкции сосудов крупного и среднего калибра. Преимуществами полузакрытого способа является большая физиологичность операции, так как представляется возможным сохранить собственную стенку сосуда; не нужно использовать синтетические протезы, а, следовательно, уменьшается риск инфекционных осложнений. Эти обстоятельства создают благоприятные условия для регенерации сосудистого эндотелия. Также одним из достоинств данного типа вмешательства является меньшая затрата материальных ресурсов (протезы и т. д.) [4].

При невозможности выполнения петлевой эндартерэктомии используется открытая эндартерэктомия, где окклюзированный сегмент артерии выделяют на всем протяжении. В настоящее время этот метод используют редко – при коротких окклюзиях крупных или средних артерий обычно в сочетании с боковой пластикой (венозные заплатки и т. д.) или как дополнительное вмешательство при реконструкции методом обходного шунтирования. Достоинством открытого способа является то, что измененную интиму тщательно удаляют под визуальным контролем, и обеспечивается относительно гладкая внутренняя поверхность сосуда. Однако метод имеет ряд недостатков: риск послеоперационного кровотечения; травматичность; риск к тромбозу вследствие рассечения стенки на значительном протяжении с последующим ее ушиванием; большая продолжительность оперативного вмешательства в связи с выделением всего окклюзированного участка сосуда и ушиванием большого дефекта.

Наиболее травматичной при распространенных окклюзиях, а в техническом отношении наиболее простой операцией считается шунтирование. В качестве шунтирующего сосуда может быть использована аутовена и протезы (синтетические или биологические). Шунтирование с использованием синтетических протезов невозможно выполнять при гнойных осложнениях, т. к. инфекционный процесс будет сопровождаться формированием ложных аневризм-анастомозов, фатальных для пациента аррозивных кровотечений и дегенеративными изменениями стенки сосуда. Альтернативой могут являться биологические протезы. По сравнению с аутовенозными и синтетическими, в большей степени могут быть подвергнуты аневризматическому расширению и последующему тромбообразованию [3].

Как метод выбора при лечении окклюзии аорто-подвздошно-бедренного сегмента является первичное стентирование. Для минимизации дистальной эмболии, вызванной баллонной дилатацией после реканализацией, служит установка стента. Установка стентов, особенно баллоно-расширяемых, в явно извитых сосудах противопоказана. Для лечения поражений в извитых сосудах больше подходят саморасширяющиеся стенты с их более высокой продольной гибкостью. Преимуществами стентирования являются меньшая травматичность и небольшой риск развития осложнений по отдаленным результатам послеоперационного вмешательства (поздний тромбоз, кальциноз, дегенеративные изменения сосудистой стенки и др.). Однако данный метод является довольно затратным по материальным ресурсам и требует высокой подготовки операционной бригады.

Достоинства одновременного интроперационного выполнения баллонной ангиопластики и/или стентирования с операцией дистального шунтирования являются более низкий уровень осложнений и более короткая продолжительность госпитализации. Кли-

ническое применение стентов при поражении подвздошных артерий в комбинации с баллонной ангиопластикой обеспечило надежной альтернативой открытой операции.

Выводы

Проблема выбора хирургического вмешательства при поражении аорто- подвздошно-бедренного сегмента остается актуальной, особенно в условиях трофических поражений, критической ишемии и высоком риске гнойно-септических осложнений. Выполнение эверсионных и петлевых эндартерэктомий в таких условиях являются вариантом выбора, однако требует более детального изучения отдаленных результатов лечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ашер, А. Сосудистая хирургия по Хаймовичу / А. Ашер, А. В. Покровский. – М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2012. – 256 с.
2. Ашер, А. Сосудистая хирургия по Хаймовичу. Том 1 / А. Ашер, А. В. Покровский. – М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2012. – 141 с.
3. Новые перспективы сосудистой хирургии – сочетанные эндоваскулярные и открытые операции в реконструкции артериального русла / И. И. Затевахин [и др.]. – М.: Анналы хирургии, 1999. – 34 с.
4. Цветовое дуплексное сканирование после шунтирующих операций на артериях нижних конечностей [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.medison.ru/si/art426.htm>. – Дата доступа: 23.03.2023.
5. Шалимов, А. А. Хирургия аорты и магистральных артерий / А. А. Шалимов, Н. Ф. Дрюк. – М.: БИНОМ, 1979. – 16 с.

УДК 617.55-077.43

А. О. Смоляк, Е. А. Хилиевич

Научный руководитель: доцент Н. Д. Маслакова

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

ПОИСК ОПТИМАЛЬНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАСТЕЗА ПРЯМЫХ МЫШЦ ЖИВОТА

Введение

Диастаз прямых мышц живота, как в качестве отдельной нозологии, встречается в 1–2 % населения планеты, а в сочетании с пупочными грыжами – 20–30 %. Появление новых и модификация ранее предложенных способов пластики говорят о неудовлетворенности результатами операции. Частота рецидивов достигает 19–23 %. Недостатками методик являются отсутствие учета биомеханики и топографо-анатомических аспектов состояния передней брюшной стенки.

Цель

Улучшение результатов лечения диастаза прямых мышц живота 1–3 степени.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находились 22 пациента, которым были выполнены операций по Напалкову, Шампионеру (Schampioner). Данные хирургические методы пластики предусматривают перестройку анатомических структур передней брюшной стенки. Учитывая это, нами предложен следующий метод:

1. Продольное рассечение передней стенки влагалищ прямых мышц без рассечения белой линии живота;
2. Сшивание непрерывным швом задних листов влагалищ прямых мышц;
3. Ретромукулярная установка сетчатого трансплантата;
4. Сшивание непрерывным швом передних листков влагалищ прямых мышц.