

Выводы

Приведенные клинические наблюдения демонстрируют, что желчнокаменная кишечная непроходимость не характеризуется типичным клиническим течением и наличием специфических симптомов, что в совокупности с редкостью данной патологии приводит к несвоевременной постановке диагноза и показаний к операции, и отрицательным образом сказывается на результатах лечения. Улучшение результатов лечения желчнокаменной кишечной непроходимости может быть достигнуто за счет знаний о характере течения заболевания, правильной интерпретации полученных анамнестических данных и результатов объективного и инструментального исследования, а также выбора оптимального варианта хирургического вмешательства. Основной профилактикой данного заболевания будет своевременное выявление пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью, с проведением плановой хирургической санации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Особенности течения, диагностики и лечения желчнокаменной кишечной непроходимости / М. Д. Дибиров [и др.] // Хирургия. — 2007. — № 5. — С. 13–19.
2. Добровольский, С. Р. Желчнокаменная обтурационная кишечная непроходимость / С. Р. Добровольский, М. П. Иванов, И. В. Нагай // Хирургия. — 2004. — № 3. — С. 51–55.
3. Гальперин, Э. И. Руководство по хирургии желчных путей / Э. И. Гальперин, П. С. Вершев. — Изд. 2-е. — М.: Видоф, 2009. — 568 с.
4. Бондаренко, А. В. Уникальное осложнение желчнокаменной болезни / А. В. Бондаренко, К. И. Павлов // Хирургия Украины. — 2014. — № 2. — С. 125–128.
5. Кургузов, О. П. Желчнокаменная кишечная непроходимость / О. П. Кургузов // Хирургия. — 2007. — № 6. — С. 13–19.

УДК 616.137.83/.87-007.272-089-052

АНАЛИЗ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

**Куликович Ю. К., Лызиков А. А., Каплан М. Л., Тихманович В. Е.,
Панкова Е. Н., Стрельцов В. А., Артюшков Е. Л.**

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

Введение

Острая артериальная недостаточность (ОАН) артерий нижних конечностей является одним из актуальных и нерешенных вопросов современной сосудистой хирургии [1]. Развитие острой окклюзии магистральных артерий конечностей в 15–25 % случаев заканчивается ампутацией конечностей, количество летальных исходов составляет от 9,7 до 35 %, а у пациентов старческого и пожилого возраста достигает 42 %. Основными причинами ОАН являются тромбоэмболии — 57 % и острые тромбозы — 43 % [2]. ОАН проявляется острым ишемическим синдромом, связанным с внезапным прекращением или значительным ухудшением артериального кровотока в конечности и вызывающим потенциальную угрозу ее жизнеспособности. Тромбоэмболии могут быть обусловлены заболеваниями сердца (ишемическая болезнь сердца, клапанные пороки сердца, опухоли сердца, кардиомиопатии), парадоксальной венозно-артериальной эмболией и ятрогенными осложнениями, связанными с эндоваскулярными вмешательствами. Острые тромбозы развиваются на фоне хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей, диссекции аневризм аорты, периферических аневризм артерий, травматического повреждения артерий большого круга кровообращения [3, 5].

Несмотря на современное развитие в области диагностики и лечения, все еще сохраняется высокая летальность и инвалидизация пациентов с данной патологией. Восстановление кровотока при ОАН является приоритетной задачей, так как значительное снижение артериальной перфузии может привести к ампутации конечности и угрожающим жизни осложнениям [4].

Цель

Определить структуру заболеваний, вызывающую острую артериальную недостаточность, требующую выполнения оперативных вмешательств, в том числе реконструктивных операций с применением кондуитов различного происхождения.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 212 историй болезни пациентов с острой артериальной недостаточностью нижних конечностей, которым выполнялись открытые оперативные вмешательства на артериях нижних конечностей в отделении сосудистой хирургии У «Гомельский областной клинический кардиологический центр» с 2017 по 2019 гг.

Все пациенты были подразделены на две группы, в зависимости от причины развития ОАН: I группа — пациенты с тромбозом артерий нижних конечностей, развившимся на фоне облитерирующего атеросклероза ($n = 156$), II группа — пациенты с тромбозом артерий нижних конечностей, вследствие сопутствующей кардиологической патологии ($n = 56$).

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью программы «Statistica» 8.0. с применением методов непараметрического анализа, U-критерия Манна — Уитни, двустороннего точного критерия Фишера, исследование представлено в виде медианы и интерквартильного размаха (Me (Q_1 ; Q_3)), статистические различия между исследуемыми группами устанавливались при $p < 0.05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациентов первой группы составил 64,5 (57; 76) года, во второй группе — 77,5 (64,57; 83,25) лет. Анализ данных выявил статистически значимые различия по возрасту у пациентов двух групп (U-критерий Манна — Уитни; $p < 0,001$) (рисунок 1).



Рисунок 1 — Распределение пациентов по возрасту в зависимости от причины острой артериальной недостаточности

Среди пациентов второй группы преобладали женщины 60,7 % ($n = 34$), в первой группе — мужчины (75,6 % $n = 118$). Различия по гендерной принадлежности среди пациентов двух групп статистически значимы (критерий Фишера, $p < 0,001$) (рисунок 2).

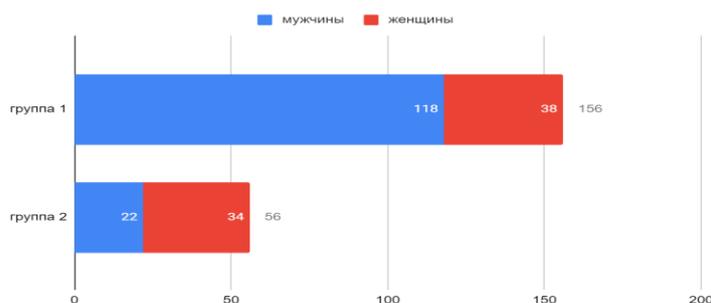


Рисунок 2 — Распределение пациентов по гендерному признаку

Компенсированная ишемия нижней конечности (ОАН I ст. по классификации В. С. Савельева и И. И. Затевахина 2002 г.) была выявлена в 1,9 % случаев ($n = 3$) среди пациентов I группы. Субкомпенсированная ишемия нижней конечности (ОАН 2А ст.) была определена у 35,3 % пациентов ($n = 55$) I группы, среди пациентов II группы в 7,1 % случаев ($n = 4$). Декомпенсированная ишемия нижней конечности (ОАН 2Б–3Б ст.) была выявлена у 62,8 % пациентов I группы ($n = 98$), у 92,9 % пациентов II группы ($n = 52$). Различия степеней ОАН в двух группах статистически значимы (критерий Фишера; $p < 0,001$).

Анализ места жительства пациентов (село или город) и трудовой занятости пациентов в исследуемых группах продемонстрировал, что статистически значимых различий между группами по данным параметрам выявлено не было (критерий Фишера $p = 0,42$; $p = 0,56$ соответственно).

В первой группе пациентов, находившихся на стационарном лечении по поводу ОАН на фоне тромбоза артерий нижних конечностей, длительность пребывания в стационаре составляла 12 (6; 15) койко-дней, тогда как во второй группе при ОАН на фоне тромбоза — 6,5 (1,75; 11) койко-дней, данные различия являлись статистически значимыми (U-критерий Манна — Уитни; $p < 0,001$).

Был произведен анализ состояния артерий контралатеральной конечности среди пациентов двух групп. Среди пациентов I группы поражение контралатеральной конечности атеросклерозом было выявлено у 53,2 % пациентов ($n = 83$), при этом II степень хронической артериальной недостаточности (классификация по Покровскому-Fontaine (1985)) была выявлена у 55,4 % пациентов ($n = 46$), III степень — у 7,2 % пациентов ($n = 6$), I степень — у 37,3 % пациентов ($n = 31$). Среди пациентов II группы атеросклеротическое поражение контралатеральной конечности было выявлено у 17,8 % пациентов ($n = 10$). Различия данных являются статистически значимыми (критерий Фишера; $p < 0,001$).

Среди пациентов I группы, у 22,4 % пациентов ($n = 35$) в анамнезе выполнялись оперативные вмешательства на артериях нижних конечностей по поводу острой или хронической артериальной недостаточности на фоне атеросклеротического поражения нижних конечностей. Среди пациентов с тромбозами реконструктивные операции в анамнезе на артериях нижних конечностей были верифицированы у 1,8 % пациентов ($n = 1$). Различия данных являются статистически значимыми (критерий Фишера; $p < 0,001$) (рисунок 3).

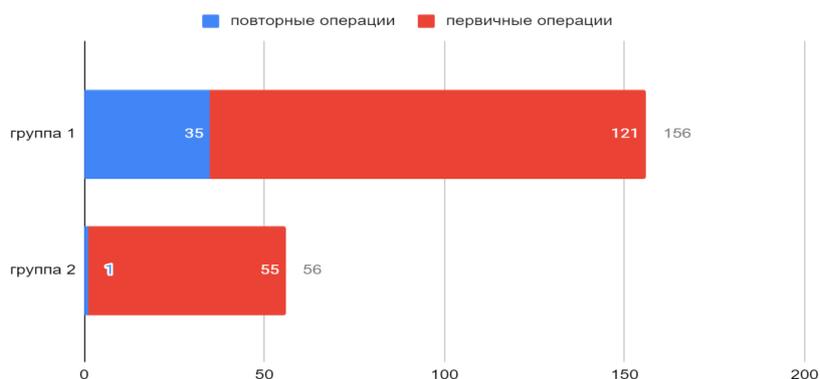


Рисунок 3 — Распределение пациентов по наличию оперативных вмешательств в анамнезе на момент госпитализации

Анализ сопутствующей патологии показал, что ИБС присутствовала у 61,5 % пациентов I группы ($n = 96$), среди пациентов II группы в 78,6 % случаев ($n = 44$). Различия данных являются статистически значимыми (критерий Фишера; $p = 0,01$). Фибрил-

ляция предсердий (ФП) чаще была диагностирована среди пациентов II группы (62,5 %, $n = 35$), у пациентов с ОАН на фоне атеросклеротического поражения артерий ФП диагностировалась в 25,6 % случаев ($n = 40$) (критерий Фишера; $p < 0,05$). Статистической значимости различий встречаемости сахарного диабета (СД) II типа среди пациентов двух групп выявлено не было (в I группе пациентов СД присутствовал в 5,1 % случаев ($n = 8$), во II группе — в 8,9 % случаев ($n = 5$)).

Артериальная гипертензия среди пациентов с ОАН на фоне облитерирующего атеросклероза (I группа) была обнаружена в 61,5 % случаев ($n = 96$), среди пациентов с ОАН в связи с кардиальной патологией в 71,4 % случаях ($n = 40$). Различия данных являются статистически не значимыми (критерий Фишера; $p > 0,05$).

Выводы

1. Развитие тромбозов артерий нижних конечностей наблюдается в более старшем возрасте (77,5 (64,57; 83,25) лет) в сравнении с ОАН в следствие острого тромбоза артерий на фоне облитерирующего атеросклероза (64,5 (57; 76) года).

2. Среди пациентов с тромбозом артерий нижних конечностей преобладали женщины (60,7 %), среди пациентов с острым тромбозом — мужчины (75,6 %).

3. У пациентов с острой артериальной недостаточностью нижних конечностей в качестве сопутствующей патологии чаще диагностировались ИБС (среди пациентов I группы — 61,5 %, II группы — 78,6 %), АГ (среди пациентов I группы — 61,5 %, II группы — 71,4 %), ФП (среди пациентов I группы — 25,6 %, II группы — 62,5 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral arterial diseases // M. Tendera [et al.] / European Heart Journal. — 2011. — Vol. 32, № 22. — P. 2851–2906.
2. Казаков, Ю. И. Хирургическая тактика ведения пациентов с острой артериальной ишемией нижних конечностей на фоне атеросклеротического поражения артерий / Ю. И. Казаков // Наука молодых (Eruditio Juvenium). — 2019. — Т. 7, № 1. — С. 86–92.
3. Dan-Mircea, Olinic. Acute Limb Ischemia: An Update on Diagnosis and Management, / Olinic Dan-Mircea, Agata Stanek // Journal of Clinical Medicine. — 2019. — Vol. 8(8). — P. 1215.
4. Peripheral Arterial Diseases (Diagnosis and Treatment of). 2017 ESC Clinical Practice Guidelines. Eur Heart J. — 2018. — Vol. 39(9). — P. 763–816.
5. Creager, M. A. Acute limb ischemia / M. A. Creager, J. A. Kaufman, M. S. Conte // New England Journal of Medicine. — 2012. — Vol. 366(23). — P. 2198–206.

УДК 616.718.5-001.5-036.1-06-074:611.018.5

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Мацевич Д. И.¹, Лашковский В. В.²

¹Учреждение здравоохранения

«Ивацевичская Районная Центральная больница»

г. Ивацевичи, Республика Беларусь,

²Учреждение здравоохранения

«Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Лечение повреждений проксимального отдела большеберцовой кости остаются одной из актуальных проблем современной травматологии. Сложность выбора тактики лечения связана с околоуставным или внутрисуставным характером переломов, возрастом пациентов и сопутствующими заболеваниями в анамнезе. В настоящее время хирургическое лечение является общепринятым, так как позволяет во многих случаях выполнить анатомичную реконструкцию поврежденных структур. Однако оно не ли-