

поверхностей ногтевых фаланг пальцев связано с необходимостью увеличения длины лоскута и не влияет на общую продолжительность госпитализации, ввиду возможности выполнения аутодермопластики образовавшихся постнекротических дефектов во время второго этапа оперативного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов, А. Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия / А. Е. Белоусов. — СПб.: Гиппократ, 1998. — 744 с.
2. Обыдённов, С. А. Основы реконструктивной пластической микрохирургии / С. А. Обыдённов, И. В. Фраучи. — СПб.: Человек, 2000. — 214 с.
3. Золтан, Я. Пересадка кожи / Я. Золтан. — Будапешт: Изд-во Академии наук Венгрии, 1984. — 304 с.

УДК 617.58-005.4+616.133-007.271]-089

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И СТЕНОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Гришечкин В. Ю.¹, Бондаренко С. В.²

Научный руководитель: к.м.н., доцент Д. Н. Бонцевич³

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Государственное учреждение здравоохранения

«Гомельская городская клиническая больница № 3»,

³Государственное учреждение

«Гомельский областной клинический госпиталь

инвалидов Отечественной войны»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Мультифокальные поражения аорты и магистральных артерий с нарушением кровообращения одновременно в нескольких бассейнах артериального русла является одной из актуальных проблем современной ангиологии и ангиохирургии [1–6]. Одним из основных этиологических факторов является атеросклероз, который и определяет сочетанное поражение артериального русла.

По данным Международного регистра по атеротромбозу REACH (Reduction of Atherothrombosis for Continued Health Registry), поражение брахиоцефальных ветвей аорты и артерий нижних конечностей выявляется у 25 % пациентов с ишемической болезнью сердца [3]. Почти у 40 % пациентов с поражением брахиоцефальных артерий (БЦА) имело место сочетанное поражение коронарных артерий и артерий нижних конечностей. Клиника зависит от уровня и объема окклюзионно-стенотического поражения артерий [1, 3]. Также известно, что интраоперационно или в ближайшем послеоперационном периоде могут возникать нарушения центральной гемодинамики, которое может приводить к срыву компенсаторных механизмов коллатерального кровотока, усугубляя циркуляторные расстройства и развитию тяжелых осложнений в бассейнах некорригированных поражений [6].

Учитывая это, необходимо включать в комплекс диагностических мероприятий исследования по изучению состояния артериального русла на различных уровнях, не зависимо от места поражения артерий. Мы считаем обязательным проведение всем пациентам компьютерной томографии с контрастированием или ангиографии с контрастированием БЦА и артерий ног, а также выполнения коронарографии, а также оценка уровня неврологического дефицита пациентам, перенесшим инсульт по шкалам NIHSS и Rankin [4, 6]. Исходя из полученных данных и оценки их результатов, должен определяться план хирургического лечения.

Цель

Определить тактику лечения пациентов с клиникой критической ишемии нижних конечностей и стенозами сонных артерий.

Материал и методы исследования

В отделении сосудистой хирургии прединсультных состояний и неотложной нейрохирургической помощи У «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ» с 2015 по август 2020 гг. прооперировано 43 пациентов с клиникой критической ишемии нижних конечностей и гемодинамически значимым стенозом сонных артерий.

подавляющим большинством пациентов были мужчины — 37 (86 %) пациентов, женщин — 6 (15 %) пациентов. Средний возраст оперированных пациентов составил 67 (45; 92) лет.

У всех пациентов этиологическим фактором являлся атеросклероз, в 15 (34,88 %) случаях в сочетании с сахарным диабетом 2 типа.

Результаты исследования и их обсуждение

Все пациенты поступали в отделение по поводу критической ишемии нижних конечностей (КИНК). Проводились стандартные методы исследования с обязательным осмотром невролога. На основании анализа результатов проведенных клинических исследований определялся объем операции и их последовательность.

У всех пациентов был выявлен стеноз сонных артерий более 70 %. Критический стеноз (90 % и более) сонных артерий выявлен у 15 (34,88 %) пациентов. У 37 (86,05 %) пациентов выявлено двустороннее поражение сонных артерий. Одностороннее поражение выявлено у 3 (6,98 %) пациентов.

Первым этапом пациентам выполнялась каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ) под местной инфильтративной анестезией с целью профилактики острой недостаточности мозгового кровообращения (ОНМК) в послеоперационном периоде. Симптомный стеноз сонных артерий отмечен у 9 (20,93 %) пациентов (ОНМК в анамнезе), асимптомный у 34 (79,07 %) пациентов.

Вторым этапом выполнялись реконструктивные операции на артериях нижних конечностей с целью их реваскуляризации (в среднем на 5 сутки). Показанием для выполнения реконструктивных операций являлась критическая ишемия нижних конечностей (лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) менее 0,4).

Более раннее проведение второго этапа операции было невозможно в виду развития у пациентов в раннем послеоперационном периоде (на первые сутки) нестабильной гемодинамики в виде неконтролируемой артериальной гипертензии, которая требовала динамического наблюдения за пациентом и консультации терапевта, с целью коррекции высоких цифр артериального давления. У части пациентов наблюдался отек головного мозга, проявляющийся в виде различного уровня психомоторного возбуждения, которое также требовало коррекции. В 4 (9,3 %) случаях выполнялись одномоментные коррекции кровотока в 2 артериальных бассейнах, в 39 (90,7 %) случаях выполнялись этапные операции. Все пациенты в послеоперационном периоде получали лечебные дозы низкомолекулярных гепаринов до 2 этапа операции, также всем пациентам проводилась сосудорасширяющая терапия с целью раскрытия коллатерального русла.

Непосредственные результаты реконструктивных операций на сонных артериях и артериях нижних конечностей мы оценивали комплексно на основании степени изменения клинического статуса, наличия послеоперационных осложнений.

У всех пациентов (100 %) в послеоперационном периоде не выявлено осложнений.

У 15 (34,88 %) пациентов после выполнения КЭАЭ симптомы перемежающейся хромоты возникали при значительной большей физической нагрузке — перевод пациента из хронической артериальной недостаточности 3 степени во 2Б

степень — эта закономерность отмечена у группы пациентов, где имелся стеноз сонных артерий на стороне КИНК.

Выводы

1. Всем пациентам с критической ишемией нижних конечностей и выявленным гемодинамически значимым стенозом сонных артерий необходимо выполнять ультразвуковое исследование артерий брахиоцефального ствола пациентам старше 40 лет с целью выявления гемодинамически значимого стеноза сонных артерий, с последующим выполнением каротидной эндартерэктомии с целью профилактики развития ОНМК в послеоперационном периоде.

2. На сегодняшний день протоколов по диагностике и лечению сочетанного поражения артерий шеи и критической ишемии нижних конечностей нет, что требует динамического изучения данной проблемы и предложения вариантов лечения данной патологии.

3. Для определения четкой тактики хирургического лечения пациентов с критической ишемией и времени выполнения второго этапа хирургического лечения — реваскуляризации артерий нижних конечностей, необходимо провести многоцентровые рандомизированные исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савельев, В. С. Сосудистая хирургия: Национальное руководство. Краткое издание / В. С. Савельев. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. — 464 с.
2. Catalano, M. Epidemiology of critical limb ischaemia: North Italian data / M. Catalano // Eur J Med. — 1993. — № 2. — P. 11-14.
3. Клиническая ангиология: рук-во для врачей: в 2 т. / А. В. Покровский [и др.]. — М.: Медицина, 2004. — № 1. — P. 808.
4. ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral artery diseases: Document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal, upper and lower extremity arteries: the Task Force on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Artery Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) // Eur Heart J. — 2011. — Nov: 32(22). — P. 2851-2906.
5. Национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей. — М., 2019.
6. Бондаренко, С. В. Реконструктивная хирургия брахиоцефальных артерий у пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском / С. В. Бондаренко, В. Ю. Гришечкин // Проблемы и перспективы развития современной медицины: сб. науч. ст. XI Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием студентов и молодых ученых, Гомель, 2-3 мая 2019 г.: в 8 т. / Гомел. гос. мед. ун-т; редкол.: А. Н. Лызикив [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2019. — Т. 8. — С. 9-10.

УДК 616.379-008.64:617.586]-089.168.1

ВЛИЯНИЕ ФОРМЫ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ И КОМПЕНСИРОВАННОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Губко А. Ю., Потрубейко В. А., Бибкин А. А.

Научный руководитель: старший преподаватель Д. М. Адамович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Синдром диабетической стопы (СДС) является тяжелым осложнением сахарного диабета (СД), относящийся к поздним последствиям СД [1]. При СДС наблюдаются гнойно-некротические и язвенные поражение поверхностных тканей, а также костно-суставные поражения. СДС является основной причиной, приводящей к инвалидизации пациентов с СД вследствие ампутации [2].

Цель

Выявить продолжительность послеоперационного периода у пациентов с СДС в зависимости от ее формы и компенсированности СД.