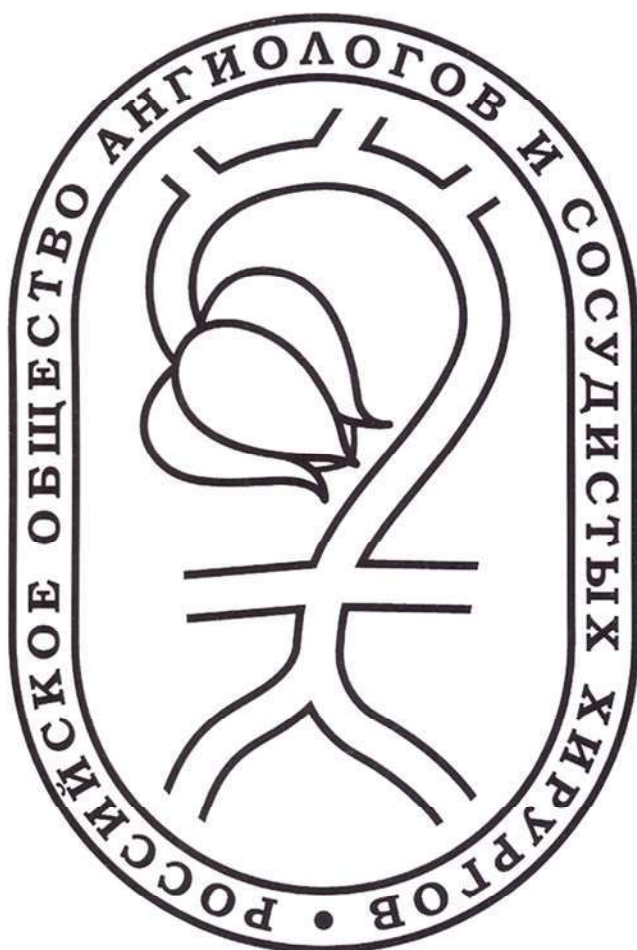


АНГИОЛОГИЯ И СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ

ИЗБРАННЫЕ СТРАНИЦЫ СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ



*Angiology
and vascular
surgery*

XXXI

Международная
конференция Российского
общества ангиологов
и сосудистых хирургов

Том 21
4/2015
(приложение)

являются аррозивные кровотечения. Аррозивные кровотечения относятся к поздним вторичным кровотечениям и по литературным данным наблюдаются обычно на 2-3 неделе заболевания. Основной причиной развития аррозивных кровотечений считается литическое действие гноя на стенку сосуда.

Цель: изучить частоту возникновения аррозивных кровотечений при острых гнойных медиастинитах, результаты лечения данного осложнения. *Материал и методы:* за период 1984 – июль 2015 года в хирургическом торакальном отделении БУ «Республиканская клиническая больница» находилось на лечении 178 больных (133 мужчины и 45 женщин) с гнойными медиастинитами различной этиологии в возрасте от 17 до 78 лет (средний возраст $46,7 \pm 1,1$ года). Пациентов с первичным медиастинитом было 93, с вторичным – 85. Все больные были оперированы после кратковременной предоперационной подготовки в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии. *Результаты и обсуждение.* Аррозивные кровотечения в послеоперационном периоде возникли у 15 (8,4%), из них при первичных медиастинитах у 7 (7,4%), при вторичных – у 8 (9,4%). Причинами развития медиастинита были: одонтогенный – 4, тонзиллогенный – 3, повреждение пищевода инородным телом – 3, спонтанный разрыв пищевода – 3, некротический эзофагит – 1, повреждение пищевода при бужировании – 1. По локализации гнойного процесса в средостении медиастиниты наблюдались: верхний передний и задний – 4, тотальный задний – 3, тотальный передний и задний – 2, передний верхний – 2, задний верхний – 2, тотальный передний – 1, нижний задний – 1. Сроки поступления с момента начала заболевания составили от 1 до 11 суток, в среднем $4,7 \pm 0,2$ дня. Большинство пациентов поступили в срок 5 и более суток с момента начала заболевания. Аррозивные кровотечения возникали в сроки 3 – 39 суток от начала болезни. Источниками кровотечения явились: нисходящая аорта – 5, наружная сонная артерия – 4, внутренняя яремная вена – 2, сосуды средостения – 2, правая плечеголовная вена – 1, вены пищевода – 1. Оперированы – 12. Виды операций – перевязка наружной сонной артерии – 4, перевязка правой внутренней яремной вены после резекции грудинного конца ключицы – 1, шов раны внутренней яремной вены с укреплением порцией кивателя – 1, сосудистый шов правой плечеголовной вены после резекции грудинного конца ключицы и I ребра – 1, торакотомия, прошивание кровоточащих сосудов – 3, чресшейная ремедиастинотомия, хирургический гемостаз – 2. Рецидивы кровотечения отмечены у 6 пациентов, которые потребовали повторных оперативных вмешательств. Умерло 9, выжило 6. Летальность 60%. При аррозивном кровотечении из аорты 100%.

Выводы: 1) Аррозивные кровотечения чаще возникают при вторичных медиастинитах. 2) Своевременная диагностика гнойного медиастинита, раннее хирургическое вмешательство уменьшают частоту возникновения аррозивных кровотечений. 3) В лечении аррозивных кровотечений решающее значение имеет активная хирургическая тактика. аблицы и графики не загружаются, формат тезисов не позволяет это сделать!

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БИОЛОГИЧЕСКОГО И СИНТЕТИЧЕСКОГО ПРОТЕЗОВ ПРИ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОМ ШУНТИРОВАНИИ НИЖЕ ЩЕЛИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Суковатых Б.С.¹, Беликов Л.Н.¹, Сидоров Д.В.²

¹ Курский Государственный медицинский университет, г. Курск

² Орловская областная клиническая больница, г. Орел

Цель: сравнить результаты применения синтетического и биологического «Кемангиопротеза» из внутренней грудной артерии быка при бедренно-подколенном шунтировании ниже щели коленного сустава.

Материалы и методы: проанализированы результаты комплексного обследования и хирургического лечения 60 пациентов с симптомами критической ишемии на фоне облитерирующего атеросклероза сосудов инфраингвинальной зоны. Мужчин было 44, женщин – 16. Средний возраст составил $65,4 \pm 3,2$. Диагностическая программа включала реовазографию, фотоплетизмографию, оценку «путей оттока» по классификации R.Rutherford, ультразвуковое ангиосканирование и ангиографию нижних конечностей. Кроме этого в предоперационном и в раннем послеоперационном периодах оценивался диаметр большой подкожной вены и объемный кровоток по шунту.

Пациенты были разделены на 2 группы по 30 человек в каждой. В 1 группе выполнялось бедренно-подколенное дистальное шунтирование с использованием синтетического

политетрафторэтиленового протеза. Во 2 группе в качестве шунта был использован биологический протез из внутренней грудной артерии быка, диаметром 6 мм в проксимальном отделе, 4 мм в дистальном отделе, длиной 50 ± 6 см.

Результаты: динамика показателей макрогемодинамики и микроциркуляции представлена в таблице.

Диагностические критерии	Группа 1 (n=30)		Группа 2 (n=30)	
	До операции	После операции	До операции	После операции
Реографический индекс	$0,25 \pm 0,05$	$0,74 \pm 0,04$	$0,22 \pm 0,06$	$0,80 \pm 0,05^*$
Лодыжечно-плечевой индекс	$0,31 \pm 0,06$	$0,6 \pm 0,05$	$0,39 \pm 0,04$	$0,65 \pm 0,05^*$
Фотоплетизмографический индекс, %	$30 \pm 5\%$	$65 \pm 5\%$	$25 \pm 7\%$	$60 \pm 6\%^*$
Объемной кровотока по шунту, мл/мин	-	140 ± 10	-	$135 \pm 5^*$
Оценка «путей оттока» по R.Rutherford	-	$5,94 \pm 1,92$	-	$6,15 \pm 1,85^*$

* $p < 0,05$ по сравнению с первой группой после операции

В раннем послеоперационном периоде специфических осложнений в обеих группах не выявлено. Поздние тромбозы, в сроке до 2 лет, в первой группе возникли у 21 (70%) пациентов. У 15 (50%) пациентов критическая ишемия не рецидивировала, конечность удалось сохранить. У 6 (20%) больных ишемия нарастала, что потребовало выполнение ампутации конечности. У 9 (30%) шунты функционировали. Во второй группе поздние тромбозы шунта возникли у 13 (43,3%) пациентов. У 10 (33,3%) пациентов ишемия не прогрессировала, у 3 (10%) больных ишемия рецидивировала, что потребовало выполнение ампутации конечности. У 17 (56,7 %) больных протезы продолжают функционировать.

Обсуждение: при применении синтетического протеза, поздние тромбозы в сроке до 2 лет, развиваются в 1 группе на 26,7% чаще, что свидетельствует о большей биосовместимости биологического протеза.

Выводы: в случае невозможности выполнения аутовенозного бедренно-подколенного дистального шунтирования рекомендуется использовать биологический протез в качестве трансплантата.

ПРИМЕНЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ ПРИ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОМ ШУНТИРОВАНИИ НИЖЕ ЩЕЛИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Суковатых Б.С.¹, Беликов Л.Н.¹, Сидоров Д.В.²

¹ Курский Государственный медицинский университет, г. Курск

² Орловская областная клиническая больница, г. Орел

Цель: оценить эффективность биологических протезов при бедренно-подколенном шунтировании ниже щели коленного сустава.

Материалы и методы: ретроспективно проведен анализ комплексного обследования и хирургического лечения 60 пациентов с критической ишемией нижних конечностей на почве атеросклеротического поражения бедренно-подколенного сегмента артериального русла нижних конечностей. Мужчин 48, женщин – 12. Средний возраст составил $62,3 \pm 6,4$. Диагностическая программа включала реовазографию, фотоплетизмографию, оценку «путей оттока» по классификации R.Rutherford, ультразвуковое ангиосканирование и ангиографию нижних конечностей. Кроме этого в