

прогрессирующих некротических изменений тканей пришлось выполнить ампутацию (1 пациент в последующем умер от сопутствующей патологии). В 1 случае, у пациента с выраженным варикозом подкожных вен нижних конечностей, для протезирования подколенной артерии использован синтетический протез. Через 6 месяцев пациент обратился с критической ишемией на фоне тромбоза протеза.

Таким образом, несмотря на успешную реваскуляризацию подколенно-берцового сегмента, частота ранних ампутаций составила 15,4%, летальность 7,7%.

Выводы:

1. Аневризмы подколенной артерии ставят сложную диагностическую и лечебную задачу, связанную с особенностями локализации и анатомического строения подколенной области.

2. Амбулаторная диагностика атеросклеротических поражений требует более детального обследования подколенного сегмента с целью повышения доли плановых вмешательств при аневризмах подколенной артерии.

3. Активная хирургическая тактика в отношении аневризм периферических артерий оправдана вследствие высокого риска развития осложнений.

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

Сурсаева Д. С., Бонцевич Д. Н.

«Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ»,
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение. Мультифокальные поражения аорты и магистральных артерий с нарушением кровообращения одновременно в нескольких бассейнах артериального русла — одна из актуальных проблем современной ангиологии и ангиохирургии. Одним из основных этиологических факторов является атеросклероз, что 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.

Поражения брахиоцефальных артерий были обнаружены у 60% пациентов с окклюзирующими поражениями аорты и артерий нижних конечностей. Почти у 40% пациентов с поражением брахиоцефальных артерий имело место сочетанное поражение коронарных артерий и артерий нижних конечностей. Клиника зависит от уровня и объема окклюзионно-стенотического поражения артерий. Нередко встречается и асимптомное течение поражения артерий брахиоцефального ствола. Также известно, что интраоперационно или в ближайшем послеоперационном периоде могут возникать нарушения центральной гемодинамики, которые нередко приводят к срыву компенсаторных механизмов коллатерального кровотока, усугубляя циркуляторные расстройства и способствуя развитию тяжелых осложнений в артериальных бассейнах с некорригированными поражениями. Учитывая это, необходимо включать в комплекс диагностических мероприятий исследования по изучению состояния артериального русла на разных уровнях, независимо от места поражения артерий. Исходя из полученных данных и оценки их результатов, должен определяться план хирургического лечения.

Цель исследования: определить тактику лечения пациентов с клиникой критической ишемии нижних конечностей и стенозами сонных артерий.

Материал и методы. В отделении сосудистой хирургии прединсультных состояний и неотложной нейрохирургической помощи УЗ «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ» с 2015 по 2018 гг. прооперированы 20 пациентов с гемодинамически значимыми стенозами сонных артерий и клиникой критической ишемии нижних конечностей.

подавляющим большинством пациентов были мужчины - 17 пациентов (85%), женщин было 3 (15%). Средний возраст оперированных пациентов составил $67 \pm 2,6$ года.

У всех пациентов этиологическим фактором являлся

атеросклероз, в 7 случаях в сочетании с сахарным диабетом второго типа.

Все пациенты поступали в отделение в связи с критической ишемией нижних конечностей. Проводили стандартное обследование с обязательным осмотром неврологом. На основании данных клинических исследований определяли объем операции и последовательность операций.

У всех пациентов был выявлен стеноз сонных артерий более 70%, а критический стеноз ($\geq 80\%$) сонных артерий выявлен у 7 пациентов. У 17 пациентов установлено двустороннее поражение сонных артерий, в трех случаях оно было односторонним.

На первом этапе выполнялась каротидная эндартерэктомия под местной инфильтративной анестезией с целью профилактики ОНМК в послеоперационном периоде. Симптоматический стеноз сонных артерий отмечен у 4 пациентов (ОНМК в анамнезе), асимптомный – у 16 пациентов. На втором этапе выполнялись реконструктивные реваскуляризирующие операции на артериях нижних конечностей (в среднем на 11 сутки). Показанием для выполнения реконструктивных операций была критическая ишемия нижних конечностей ЛПИ (менее 0,4).

В 2 случаях выполнялись одномоментные коррекции кровотока в 2 артериальных бассейнах, в 18 случаях выполняли этапные операции.

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

Осложнений в послеоперационном периоде не было.

У 7 пациентов после выполнения КЭАЭ симптомы перемежающей хромоты возникали при значительной большей физической нагрузке. «Переход» пациента из 3 стадии ХАН во 2б стадию отмечен в группе пациентов, где имелся стеноз сонных артерий на стороне критической ишемии нижней конечности.

Выводы:

1. Всем пациентам с критической ишемией нижних конечностей и выявленным гемодинамически значимым

стенозом сонных артерий необходимо выполнять каротидную эндартерэктомию 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.

3. Для определения четкой тактики хирургического лечения пациентов с критической ишемией и времени выполнения второго этапа хирургического лечения – реваскуляризации артерий нижних конечностей – необходимо проведение рандомизированных исследований.

ВЛИЯНИЕ ВИДА РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩЕГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА СКОРОСТЬ РАЗВИТИЯ РЕПЕРФУЗИОННОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Толканица А. Ю., Сурсаева Д. С., Бонцевич Д. Н.

Учреждение «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ»,
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение. Реперфузионный синдром (РС) - состояние, хорошо известное в хирургии. Наиболее общим является определение реперфузионного синдрома как возрастание тяжести ишемии после ее врачебной коррекции. В 1999 г. F.W. Blaisdell в своей работе «Патофизиология ишемии скелетных мышц и реперфузионного синдрома» подробно рассмотрел изменения, происходящие в ишемизированных мышцах, и их связь с развитием осложнений и уровнем летальности вследствие восстановления кровотока конечности. Он отнес к РС совокупность осложнений, следующих за восстановлением кровотока в ранее ишемизированных органах и тканях. Выделяют два компонента РС: местный, в результате которого усугубляется местное повреждение, и системный, проявляющийся во вторичной недостаточности органов и тканей, удаленных от ишемизированных. Классификация, предложенная профессором