

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

В.С. Савельевым, основана на стадийности процесса. В качестве основания деления авторами предлагаются этапы РС: окклюзионный (острая непроходимость), реперфузии (рециркуляции), постреперфузионный (пострециркуляторный) этапы.

Цель исследования: оценка влияния вида реваскуляризирующего оперативного вмешательства на скорость развития РС у пациентов с критической ишемией нижних конечностей (КИНК).

Материалы и методы исследования. В отделении сосудистой хирургии УЗ «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ» в период с января по июнь 2018 г. было прооперировано 29 пациентов с клиникой КИНК. Все пациенты были мужского пола. Средний возраст пациентов составил 63 ± 5 лет. Для оценки степени тяжести ишемии конечности использовалась классификация П.В. Покровского. КИНК верифицирована на основании критериев Российского консенсуса. Для диагностики и дообследования всем пациентам проводилось измерение ЛПИ, исходный уровень которого составил менее 0,4, выполнялось ультразвуковое дуплексное сканирование, рентгенконтрастная компьютерная томография и ангиография, а также применялась инфракрасная термометрия. На основании данных ультразвукового дуплексного сканирования измерялся диаметр аутовенозного шунта и поверхностной бедренной артерии. По данным обследований, у всех пациентов подтверждено наличие КИНК на фоне окклюзионно-стенотического поражения артерий ниже паховой связки, требующее проведения реконструктивных операций. Хирургическое вмешательство в виде бедренно-подколенного шунтирования аутовеной (1 группа) выполнено у 11 пациентов (48%) и эндартерэктомии из ГБА с профундопластикой (2 группа) у 18 пациентов (62%). Показатели, характеризующие развитие РС в послеоперационном периоде, такие как объем конечности и ее температура, измерялись сегментно, в дооперационном периоде, через 1 час, 12, 24 и 48 часов.

Результаты и обсуждение. Результаты влияния вида оперативного вмешательства на скорость развития РС мы

оценивали на основании степени изменения используемых нами показателей, таких как значение ЛПИ, температура и окружность конечности в разных сегментах. У всех пациентов в послеоперационном периоде наблюдалось купирование клиники КИНК, которое оценивалось исчезновением болей в покое и ростом ЛПИ($\geq 0,6$). Средние значения длины аутовенозного шунта составило 29 ± 4 см, диаметр- $3,7 \pm 0,6$ мм. ЛПИ в первой группе составил $0,9 \pm 0,1$, во второй – $0,75 \pm 0,5$. У 11 пациентов, которым выполнялось БПШ, выявлен средний прирост окружности конечности на 2,1 см, у 18 пациентов после ЭАЭ с профундопластикой прирост составил 1 см. При термометрии конечности средний прирост температуры после БПШ составил 6°C , после ЭАЭ с профундопластикой - $4,8^{\circ}\text{C}$. В ходе динамического наблюдения за пациентами в послеоперационном периоде отмечалось более длительное сохранение постишемического отека в 1 группе.

Выводы:

1. Вид реваскуляризации у пациентов с КИНК влияет на степень выраженности реперфузионного синдрома.
2. Прогнозирование развития РС позволяет заблаговременно начать его медикаментозную коррекцию.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ПРИ ОАСНК У ЖЕНЩИН

Федоренко С. В.², Корик В. Е.¹, Жидков А. С.¹, Ключко Д. А.¹,
Мелконян Н. Д.², Терентьева М. С.², Разводовский К. О.²

¹ УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
военно-медицинский факультет, кафедра военно-полевой хирургии

² УЗ «2-я городская клиническая больница г. Минска»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Внедрение новых методов фармакологической коррекции липидного профиля и углеводного обмена за последние несколько лет позволило снизить уровень смертности от облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей (ОАСНК) в развитых странах. Несмотря на это, высокий процент