

изолированной реваскуляризации в условиях работающего сердца.

2. В среднесрочном периоде в группе пациентов с «пограничными показаниями» к хирургии МК продолжал наблюдаться позитивный эффект КШ (в условиях р/с) на показатели МР; что обусловлено достоверным улучшением сократительной способности миокарда как по сравнению с дооперационными, так и с ранними послеоперационными показателями.

3. Необходимо изучение отдаленных результатов изолированной реваскуляризации миокарда у группы пациентов с «пограничными показаниями» относительно развития МР и долгосрочной выживаемости.

СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ РЕСТЕНОЗА МАГИСТРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ ПОСЛЕ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ КОРРЕКЦИИ КРОВОТОКА

Чур С. Н., Адзерихо И. Э., Королев А. В., Жих О. Д.

ГУО «Белорусский государственный медицинский университет»
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
УЗ «Минская областная клиническая больница»
УЗ 10-я ГКБ, г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Ближайший послеоперационный результат рентгенэндоваскулярных вмешательств (РЭВ) на магистральных артериях нижних конечностей (МАНК) у пациентов с атеросклерозом и сахарным диабетом (СД) выглядит обнадеживающим. Отмечено, что уже через полгода-год зачастую наступает ухудшение кровотока по причине развития рестеноза в зоне интереса. Основной причиной таких изменений после РЭВ, по нашему мнению, является развитие интимальной гиперплазии, возникающей в ответ на асептическое воспаление вследствие травмы сосудистой стенки и/или имплантации инородного тела. Воспалительный ответ более выражен в

артериях мышечного типа, к которым относятся бедренная артерия и ее главные ветви.

Цель: изучить отдаленные результаты ультразвуковой РЭВ с воздействием на зону дилатированной сосудистой стенки высокоинтенсивного и низкочастотного ультразвука (УЗ) для предотвращения рестенозирования в комплексном лечении пациентов с атеросклерозом и диабетической ангиопатией (ДА).

Материал и методы. В УЗ МОКБ, УЗ 10 ГКБ г. Минска за период с 2015 по 2017 гг. прооперированы 23 пациента с ДА и 14 пациентов с атеросклеротическими изменениями МАНК.

Те пациенты, которым выполнялись РЭВ, включающие УЗ-реканализацию, баллонную ангиопластику с воздействием на зону дилатированной сосудистой стенки высокоинтенсивного и низкочастотного УЗ с целью улучшения эластичности последней с последующим стентированием озвученного участка магистральной артерии, составили основную группу исследования. В указанную группу вошли 8 пациентов с атеросклерозом (57,1%), и страдающих ДА – 13, или 56,5% пациентов. В контрольную группу нами были включены 6 пациентов (42,9%) с атеросклерозом и 10 пациентов с ангиопатией на фоне СД. Пациентам из этой группы выполнялись УЗ-реканализация, баллонная ангиопластика и стентирование МАНК. Озвучивание дилатированного участка МАНК в этой группе пациентов не выполнялось.

Ампутаций в послеоперационном периоде на протяжении всего периода наблюдения у пациентов обеих групп не было. Дополнительные или повторные пластические операции на стопе и голени пациентам не потребовались.

Перед выполнением РЭВ пациентам обеих групп назначался клопидогрель в дозе 300 мг 1 раз однократно, после операции назначались низкомолекулярные гепарины в дозировке (0,05 мг\кг) подкожно 2 раза в сутки в течение 5-6 дней, клопидогрель 75 мг 1 раз в день. В последующем осуществляется переход на комбинированную антиагрегантную терапию по схеме: ацетилсалициловая кислота в дозе 75 мг 1 раз в сутки, клопидогрель в дозе 75 мг 1 раз в сутки. Комбинированная терапия показана на протяжении 6 месяцев, а затем пациенты

принимали только клопидогрель в дозе 75 мг 1 раз в сутки.

В краткосрочном (до 6 месяцев) послеоперационном периоде результаты РЭВ в обеих группах были практически одинаковыми: тромбозов и эмболии не было, процент рестеноза в основной группе составлял в среднем 20-25%, причем значимых различий между пациентами с атеросклерозом и диабетической ангиопатией не отмечено, а в контрольной группе этот показатель был выше – 20-40%.

Через 12 месяцев результаты РЭВ на фоне обязательной комбинированной антиагрегантной терапии таблетированными препаратами были несколько иными. Так, процент рестеноза, как основной критерий эффективности проведенного лечения, составил 30-39% (в среднем 36%) в основной и 55-77% (в среднем 66%) в контрольной группах. Важно отметить, что у пациентов с атеросклерозом процент рестеноза был ниже, чем при ДА, в среднем на 13% и составлял 31%. 9 пациентам (56,3%) контрольной группы потребовалось повторное РЭВ с установкой «стента внутрь стента», причем 7 из них страдали СД.

Отдаленный 24-месячный результат оценен у 12 пациентов основной и 8 пациентов контрольной групп. Оценка выполнялась на основании клинического успеха (перемежающаяся хромота, пульсация на периферических артериях, ультразвуковые скоростные показатели на уровне стеноза) и ангиографического успеха (степень стеноза в зоне дооперационной окклюзии и его длину, минимальный просвет сосуда в зоне операции).

Ангиографические результаты были следующими. Так, процент рестеноза в основной группе не превышал 60% у пациентов с ДА и 52% у пациентов с атеросклерозом, в то время как у пациентов контрольной группы этот показатель составлял 75-100% (в среднем 84%) от просвета артерии. Наибольший процент рестеноза наблюдался у пациентов с ДА (85-100%). РЭВ потребовались 12 (75%) пациентам: 8 пациентам с СД и 4, страдающим атеросклерозом, в 2 (12,5%) случаях, по причине протяженной окклюзии бедренной артерии, пациентам с ДА контрольной группы выполнено шунтирование *in situ*.

Выводы. Применение УЗ-реканализации с воздействием на зону дилатированной сосудистой стенки высокоинтенсивного и

низкочастотного ультразвука с целью улучшения эластичности последней с последующим стентированием озвученного участка магистральной артерии в долгосрочном периоде носит обнадеживающий характер для лечения окклюзий магистральных артерий у пациентов с ДА. Важно отметить, что со стороны стентированного участка рестеноз в основной группе исследования через 2 года не превышал 60% просвета артерии как у пациентов с ДА, так и с атеросклерозом, в то время как в контрольной группе потребовалось повторное РЭВ практически у всех пациентов с СД.

НОВЫЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТКАНЕВОЙ ОКСИГЕНАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Шкурин С. В., Шулейко А. Ч.

Белорусская медицинская академия последипломного образования,
кафедра хирургии
Минская областная клиническая больница, г. Минск, Республика Беларусь

Введение. При выборе уровня ампутации нижних конечностей при критической ишемии важным остается вопрос жизнеспособности тканей. Сохраняется высокий процент осложнений, повторных операций и летальности. В структуре осложнений около 50% составляет ишемический некроз культи, связанный с неадекватным определением уровня ампутации. Для оценки жизнеспособности тканей могут использоваться разные методы: реовазография, ультразвуковая доплерография, гистохимические методы, термография, ангиография, методы транскутанного определения оксигенации и др. Однако большинство используемых методов исследования жизнеспособности тканей остаются недостаточно достоверными, являются трудоемкими и зачастую инвазивными.

Цель: улучшение результатов лечения пациентов с высокими ампутациями нижних конечностей при критической ишемии путём разработки метода оценки жизнеспособности