

ЧТО МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ ТРОМБОЗУ ИНФРАИНГВИНАЛЬНЫХ ШУНТОВ?

Хворик Ф. Д.

Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И. И. Мечникова

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Иванов М. А.

Актуальность. Сохраняется потребность в осуществлении традиционных (открытых) реконструктивных вмешательств при атеросклеротическом поражении бедренно-подколенного сегмента. Механические и анатомические обстоятельства риска тромбозов инфраингвинальных шунтов хорошо изучены [1]. Менее понятны причины тромбоза шунтов у пациентов, не имеющих столь очевидных факторов, определяющих развитие периоперационного тромбоза. Большинство специалистов считает, что в основе раннего послеоперационного тромбоза лежит эпизод коагулопатии, возникшей в процессе артериальной реконструкции [2].

Цель. Определение обстоятельств риска периоперационных тромбозов инфраингвинального сегмента у пациентов с периферическим атеросклерозом.

Методы исследования. В основу работы легли наблюдения за 171 пациентом, которым осуществлялось инфраингвинальное аутовенозное шунтирование *in situ* или реверсированной веной. У 32 пациентов (основная группа) в раннем послеоперационном периоде (первые 30 суток) развился тромбоз шунта. В 139 наблюдениях данное осложнение отмечено не было (контроль). Проспективно регистрировали и ретроспективно анализировали особенности коморбидности и атеросклеротического поражения, приток и отток, выраженность ишемии, объем кровопотери, значения гемодинамики, варианты повторных вмешательств, неблагоприятные периоперационные кардиоваскулярные события. В отдаленные сроки (до 5 лет после операции) регистрировалась первичная проходимость оперированного сегмента.

Результаты и их обсуждение. Нами было установлено, что сахарный диабет 2-го типа в стадии декомпенсации, гипертоническая болезнь и стенокардия 2-3 функционального класса (ФК) не являются обстоятельством риска тромбоза шунтов инфраингвинального сегмента. В свою очередь, хроническая сердечная недостаточность III ФК увеличивала частоту тромбозов оперированного сегмента (45.9%). Гипергликемия у пациентов с тромбозом была отмечена в 37,5% случаев, без тромбоза – в 18%, $p < 0,05$. К тромбозу предрасполагала интраоперационная кровопотеря более 500 мл, что зарегистрировано в 60,9% случаев пациентов с развитием тромбозов (против 42,5% без них, $p < 0,05$). Экстренные шунтирующие

операции осложнялись тромбозом шунта в три раза чаще, чем плановые (10,3% vs 29,4% соответственно, $p < 0,05$). В плане перспективности профилактических мероприятий на лидирующие позиции выдвигаются иные причины тромбозов шунтов, в т.ч. коррекция гемодинамической нестабильности в периоперационном периоде, учет снижения сердечного выброса и профилактика гиперкоагуляционных состояний [3].

Выводы. Существенную роль в генезе тромбообразования играют гиперкоагуляционные сдвиги, влияющие на функционирование шунта, в т.ч. агрессивное течение атеросклероза, кровопотеря и периоперационная нестабильность гемодинамики. К одним из значимых обстоятельств риска тромбоза инфраингвинального шунта относятся исходные нарушения метаболизма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Abu Rahma, A. When endovascular and open bypass treatments preferred for femoropopliteal occlusive disease? / A. Abu Rahma // Ann. Vasc. Dis. – 2018. – Vol. 11, № 1. – P. 25–40.
2. Метаболические нарушения и итоги реконструктивных вмешательств у больных периферическим атеросклерозом / Н.И. Глушков [и др.] // Вестник СЗГМУ им. И.И. Мечникова. – 2019. – Т. 11, №3. – С. 33–40.
3. Annex, B. New directions in therapeutic angiogenesis and arteriogenesis in peripheral arterial disease / B. Annex, J. Cooke // Circ. Res. – 2021. – Vol. 128, № 12. – P. 1944–1957.

КАК КАРОТИДНАЯ ЭНДАРТЕРЭКТОМИЯ ВЛИЯЕТ НА ДИНАМИКУ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ СТЕНОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Хворик Ф. Д.

Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И. И. Мечникова

Актуальность. Стенотические поражения церебральных артерий атеросклеротического генеза могут влиять на развитие когнитивных расстройств; особую роль в указанных нарушениях играет критический каротидный стеноз [1]. В то же время, у значительного числа пациентов с яркими проявлениями цереброваскулярной болезни критического каротидного стеноза не выявляется; у многих пациентов стеноз сонных артерий регистрируется, а ментальных нарушений нет [2]. Все это заставляет уточнить показания к устранению каротидного стеноза.