

данной тактики ведения послеоперационного периода создает иллюзию благополучия в плане тромбозных осложнений, а массивная тромбоэмболия легочной артерии, регистрируемая у 20 – 30 пациентов в год воспринимается как фатальная неизбежность послеоперационного периода.

ВЫВОДЫ

Без обязательного ультразвукового скрининга асимптомного венозного тромбоза в послеоперационном периоде у больных с высоким и средним риском венозных тромбозных осложнений невозможно снижение летальности от ТЭЛА в многопрофильном стационаре.

Д.Н. Семенов, В.Г. Игнатъев, Н.М. Гоголев, В.С. Гусаревич

ЛЕЧЕНИЕ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ГБУ РС (Я) РБ № 2 ЦЭМП (Якутск)

Актуальность проблемы лечения критической ишемии нижних конечностей определяется поздней обращаемостью больных, тяжестью исходного состояния, наличием тяжелой сопутствующей патологии. Проблема болезней сосудов нижних конечностей, несмотря на развитие медицины, до сих пор не решена. Лечение болезней сосудов в подготовке врачей общей практики уделяется недостаточно внимания. Многие врачи плохо ориентируются в диагностике сосудистых поражений и передают пациентов сосудистому хирургу в запущенной стадии. Основные заболевания, ведущие к критической ишемии это – атеросклероз, тромбангиит и эндартериит (воспаление артерий), диабетическое поражение сосудов. Наиболее тяжелыми и трудными в лечении критической ишемии являются воспалительные и диабетические поражения. Точной информации о частоте встречаемости критической ишемии нижних конечностей нет. Результаты национального исследования, проведенного Vascular Society of Great Britain, говорят о 400 больных на 1 млн населения в год. Если учесть, что 3 % населения страдают перемежающейся хромотой и у 5 % из них в течение 5 лет может развиться критическая ишемия, то частота ее встречаемости равна 300 случаям на 1 млн. населения в год. Около 90 % всех ампутаций выполняются по поводу выраженной ишемии нижних конечностей и у 25 % пациентов с критической ишемией потребуются ампутация голени или бедра, отсюда частота критической ишемии будет равна 500 – 1000 пациентов на 1 млн. населения в год. У диабетиков критическая ишемия наблюдается примерно в пять раз чаще, трофические нарушения развиваются у 10 % пациентов с сахарным диабетом в пожилом возрасте.

Сахарный диабет является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний и носит характер неинфекционной эпидемии. В настоящее время около 200 млн. человек в мире страдают сахарным диабетом, при этом количество больных ежегодно увеличивается на 5 – 7 % и каждые 15 лет удваивается. По прогнозам экспертов ВОЗ, их число к 2025 г. достигнет 325 млн. человек, а у 410 млн. человек будет определяться нарушенная толерантность к глюкозе. Сахарный диабет характеризуется ранней инвалидизацией и высокой смертностью больных вследствие развития поздних сосудистых осложнений. Это обстоятельство ставит сахарный диабет в ряд социально значимых заболеваний.

КЛИНИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ И ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

За 3-летний период (2009 – 2011 гг.) в отделении гнойной хирургии 124 (80,5 %) пациента получили оперативное лечение по поводу критической ишемии нижних конечностей, из них ампутации нижних конечностей выполнены у 77 (50 %) больных. Средний возраст составил 60 лет. Самому молодому было 37 лет, самому пожилому 84 года. Мужчин было – 79 человек, женщин – 75. Атеросклероз артерий нижних конечностей имел место у 67 (43,5 %) больных (42 мужчины и 25 женщин). Сочетание атеросклероза и диабета наблюдалось у 81 (52,6 %) больного (31 мужчина и 50 женщин). Болезнь Бюргера имела место у 2-х (1,3 %) больных и облитерирующий эндартериит – у 4 (2,6 %).

Тяжесть состояния больных определялась тяжелой патологией и клинической картиной тяжелой эндогенной интоксикации. Ишемической болезнью сердца страдали 74 (48 %) человека, постинфарктный кардиосклероз имелся у 15 (9,7 %) больных, мерцательная аритмия у 6 (3,9 %) пациентов, гипертоническая болезнь выявлена у 86 (55,8 %). Острые мозговые нарушения в анамнезе зафиксированы у 2-х (1,3 %) больных. Помимо клинических показателей и биохимических анализов крови тяжесть состояния подтверждалась уровнем мочевины и креатинина в плазме, эритроцитов и белка в моче.

С целью уточнения уровня поражения артериального русла была выполнена селективная ангиография артерий нижних конечностей в экстренном порядке у 12 (7,8 %) человек, ультразвуковая доплерография проведена у 37 (24 %) больных. К сожалению, выполнить ангиографию и дуплексное сканирование в экстренном порядке не всегда возможно. Вероятно, что применение ангиографии и/или ультразву-

ковых методов исследования в экстренном порядке позволило бы ангиохирургам выработать наиболее оптимальную хирургическую тактику.

Трем больным (2 %) с сухим некрозом мягких тканей нижних конечностей предприняли попытку шунтирования бедренно-подколенного сегмента с хорошим клиническим результатом. 47 (30,5%) пациентам проведены малые хирургические вмешательства такие как: экзартикуляция пальцев и некрэктомия. Данной группе больных, дальнейших операций не потребовалось, и они были выписаны на амбулаторное лечение.

У 77 (50 %) больных единственным методом лечения была ампутация конечности. У 8 человек предшествовал ряд малых операций (экзартикуляция, некрэктомия), но в связи с прогрессированием критической ишемии конечностей, им были проведены высокие ампутации. Ампутация на уровне стопы проведена 12 больным, на уровне голени 7 больным, 58 человек перенесли высокую ампутацию. Консервативной терапии, без операций, подверглись 30 (19,5 %) больных. Умерло 11 больных, летальность составила 7,1 %.

Причиной неблагоприятных исходов стали у 7 больных прогрессирующая сердечно-сосудистая недостаточность, у 1 — острый инфаркт миокарда, у 3-х — развитие сепсиса.

ВЫВОДЫ

1. У больных, поступивших в стационар с критической артериальной непроходимостью, как правило, имеется комплекс тяжелой сердечно-сосудистой патологии, который является одной из важных причин возникновения нарушения проходимости магистральных артерий.

2. Увеличилось количество больных с сочетанием атеросклероза артерий нижних конечностей и сахарного диабета 81 больной (52,6 %). Среди них увеличилось удельное количество женщин — 50 (61,7 %).

3. При критической ишемии нижних конечностей необходимо применение ангиографии и/или дуплексного сканирования в экстренных случаях, что позволит оптимизировать тактику ангиохирурга и улучшить результат. Основным эффективным методом лечения ишемии нижних конечностей является аутовенозное микрошунтирование, либо применение эндоваскулярных методов лечения с применением баллонной ангиопластики или стентирования артерий нижних конечностей.

4. Летальность составила 7,1 %. В каждом конкретном клиническом случае критической ишемии нижних конечностей необходим критический анализ. С учетом давности и степени артериальной непроходимости необходимо тщательно взвешивать, что для больного наиболее оптимально: экстренная реконструктивная операция или выжидательная хирургическая тактика с проведением рациональной инфузионной терапии; либо же нужна высокая ампутация конечности.

А.Н. Сидоров, А.Г. Захаров, П.А. Неустроев, А.Д. Макаров, И.Е. Бодунов, Д.Х. Тимирдяев

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПЕРИАМПУЛЯРНОЙ ЗОНЫ

*Хирургическое отделение № 1, РБ № 1 – НЦМ (Якутск)
Медицинский институт ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова»
Министерства образования и науки РФ (Якутск)*

В хирургической онкологии поджелудочной железы ведущую роль занимают опухолевые поражения головки и периампулярной области. За последние 30 лет заболеваемость раком поджелудочной железы в России возросла на 30 %.

В хирургическом отделении № 1 Национального центра медицины за период с 2005 по 2011 гг. находились на лечении 61 пациент с опухолью панкреатодуоденальной области; у 48 (79 %) был рак головки поджелудочной железы, у 2-х (3 %) — рак тела и хвоста поджелудочной железы, у 8 (13 %) — рак большого дуоденального сосочка, у 3-х (5 %) — рак дистального отдела общего желчного протока. Преобладали пациенты в возрасте старше 50 лет (47 пациентов, 77 %). У 55 (90 %) пациентов при поступлении была картина механической желтухи. Морфологическая верификация в большинстве случаев (35 больных, 57 %) была произведена только после интраоперационной экспресс-биопсии. По нашим данным, преобладающий морфологический вариант опухоли — аденокарцинома различной степени дифференцировки (38 пациентов, 62 %), протоковый рак поджелудочной железы — 2 (3 %), бластома холедоха — 1 (1,6 %), холангиоцеллюлярный рак — 1 (1,6 %), карциноидная опухоль — 1 (1,6 %), солидный псевдопапиллярный рак — 1 (1,6 %).

С 2005 по 2011 г. выполнено 10 панкреатодуоденальных резекций (1-я группа больных), по поводу рака головки поджелудочной железы — у 5 пациентов и большого дуоденального сосочка — 5. В 2-х случаях операция завершилась формированием панкреатоеюноанастомоза на каркасном дренаже и выведением