

ления гнойной хирургии для лечения больных с осложнениями сахарного диабета.

Несмотря на наличие у большей части пациентов поражения магистральных артерий нижних конечностей зачастую из-за наличия гнойно-некротических расстройств, больные госпитализировались в отделение гнойной хирургии первично, не получая специализированной помощи у сосудистого хирурга. В связи с этим сохранялся высокий уровень выполнения "больших" ампутаций (18%), а после выполнения "малых" ампутаций (в пределах стопы – 22%) и локальных некрэктомий наблюдалось медленное заживление ран либо тенденции к эпителизации не было вовсе. Таким образом, эти пациенты требовали частых повторных госпитализаций для выполнения реампутаций, а средняя длительность пребывания в стационаре превышала 14 койко-дней.

В сентябре 2013 г. в ГКБ № 68 было организовано отделение сосудистой хирургии на 20 коек, что позволило оказывать всестороннюю специализированную помощь больным с критической ишемией (КИ) нижних конечностей в стенах одного стационара. Алгоритм действий выглядел следующим образом: всем больным с КИ выполнялось ультразвуковое исследование артерий (УЗДС), при подтверждении наличия поражения магистральных артерий незамедлительно осуществлялась консультация сосудистого хирурга и далее, при отсутствии абсолютных противопоказаний больного переводили в отделение сосудистой хирургии, и ему в срочном порядке выполнялась ангиография артерий нижних конечностей с одномоментной попыткой эндоваскулярного восстановления кровотока. В случае успеха чрескожного вмешательства (ЧКВ) больного по необходимости либо переводили для долечивания обратно в гнойную хирургию, либо выписывали на амбулаторное долечивание и реабилитацию. При отсутствии успеха ЧКВ и наличии условий для "открытого" вмешательства больным выполнялась реконструктивная операция на артериях. Пациентам с наличием активного гнойного процесса на стопе перед переводом в отделение сосудистой хирургии первым этапом выполнялась санация гнойного очага.

Результаты. За период с 10 сентября 2013 по 10 декабря 2013 г. по поводу КИ конечностей выполнено 66 реваскуляризирующих операций 65 пациентам. Больных, перенесших ЧКВ, было 50% (33 человека), остальные были оперированы открытым путем. В результате применения активной тактики хирургического восстановления кровотока из 18 больных с поражением магистральных артерий, которым планировалось выполнение ампутации бедра или голени (IV–V степень по Wagner), у 8 удалось избежать ампутации и ограничиться локальной некрэктомией, у 5 пациентов удалось ограничиться "малой" ампутацией стопы, двоим больным уровень ампутации был снижен, и лишь у 3 больных восстановление кровотока было безуспешным. У 48 пациентов с КИ, которым планировалась или уже была выполнена некрэктомиа или "малая" ампутация, в большинстве случаев (83%) удалось добиться регресса ишемических расстройств в виде эпителизации или стойкой тенденции к заживлению трофических язв и ран культи, и только у 8 больных хирургическое восстановление кровотока было неудачным или неэффективным.

В результате в общей группе больных с гнойно-некротическими расстройствами стоп, поступивших в ГКБ № 68 с сентября по декабрь 2013 г., удалось снизить уровень "больших" ампутаций до 12%, общее число "малых" ампутаций сохранилось на прежнем уровне (22%), средняя длительность пребывания больных КИ в стационаре снизилась до 10,5 койко-дня.

Выводы. Лечение больных с критической ишемией нижних конечностей при наличии гнойно-некротических поражений стопы требует мультидисциплинарного подхода и должно оказываться в многопрофильном стационаре при тесном взаимодействии специалистов отделений гнойной и сосудистой хирургии, а также ангиографии, ультразвуковых методов диагностики, эндокринологии, реабилитации. Данный подход обеспечивает не только улучшение клинических показателей, но и позволяет добиться значительного экономического эффекта за счет уменьшения продолжительности стационарного

лечения и числа повторных госпитализаций, снижения затрат на использование лекарственных средств и объема трудозатрат лечебного персонала.

Состояние трудоспособности пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST и реперфузионную терапию

Гальцова О.А., Романенко В.В.

БелМАПО, кафедра клинической фармакологии и терапии, г. Минск, Республика Беларусь

Цель: оценить состояние медико-социальной экспертизы и реабилитации пациентов, перенесших ОИМнST и ЧКВ или ТЛТ.

Материал и методы. Обследован в отдаленном периоде 121 пациент мужского пола, перенесший ОИМнST и ЧКВ или ТЛТ. 65 (53,7%) пациентам было проведено ЧКВ (средний возраст $53,8 \pm 1,1$ года) и 56 (46,3%) пациентов подверглись ТЛТ (средний возраст – $51,1 \pm 1,0$ года). Пациенты после проведения ЧКВ были обследованы в среднем через $17,2 \pm 1,2$ месяца и после ТЛТ в среднем через $28,8 \pm 2,2$ мес. ЭхоКГ с определением фракции выброса левого желудочка (ФВ) в M-режиме выполняли в отдаленном периоде на ультразвуковой установке VIVID – 7 PRO (фирма General Electric).

Определение NT-proBNP проводили методом иммунофлюоресцентного анализа на аппарате mini-VIDAS с помощью реактивов mini-VIDAS (фирма BioMerieux, Франция). За норму принимали показатели < 125 пг/мл.

Т6Х осуществляли в соответствии со стандартным протоколом с регистрацией пройденного расстояния.

Пациентам проводилось ХМ-ЭКГ по стандартной методике с помощью аппарата ЭКГ "Кардиотехника" (фирма "Кардиан", Санкт-Петербург). В ходе мониторинга ЭКГ пациенты соблюдали необходимый двигательный режим и вели дневник самоконтроля.

Сведения по оценке состояния трудоспособности и участия в трудовой деятельности пациентов, перенесших ОИМнST и реперфузионную терапию, были получены посредством анализа документов врачебно-консультативной комиссии (ВКК) при направлении на медико-реабилитационную экспертную комиссию (МРЭК) и из актов медосвидетельствования МРЭК.

Результаты. Среди перенесших ОИМнST мужчин преобладали лица в возрасте до 60 лет (81%), имеющие высшее и среднее специальное образование (76%), что свидетельствует о большой социально-экономической значимости проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации пациентов с данным заболеванием.

Пациенты после ЧКВ в возрасте до 60 лет (72,3%) значительно чаще были признаны трудоспособными в раннем и отдаленном периодах, чем в возрасте старше 60 лет (27,7%). Пациенты после ТЛТ в возрасте до 60 лет (91,1%) в раннем и отдаленном периодах чаще признавались инвалидами II–III групп, чем трудоспособными в 72,5 против 27,5% ($p < 0,05$) и 72,5 против 27,5% соответственно ($p < 0,05$). Уровень NTproBNP < 125 пг/мл, который принят за норму, определялся в отдаленном периоде у пациентов после ЧКВ и ТЛТ, признанных инвалидами II группы в 40,9 и 57,9% соответственно и признанных инвалидами III группы в 28,6 и 60% соответственно.

Заключение. Если принять во внимание то, что II группа инвалидности определяется при наличии резко выраженных функциональных нарушений (XCH III–IV ФК (NYHA) или CH III–IV ФК), то обоснованным является ее определение в отдаленном периоде в 48% после ЧКВ и в 28% после ТЛТ. Не вполне обоснованным во всех случаях выглядит определение III группы инвалидности в отдаленном периоде, так как и после ЧКВ, и после ТЛТ она определялась на фоне XCH I–II ФК, при которых доступно выполнение практических всех видов интеллектуального труда и легкого физического труда.

Для повышения качества медико-социальной экспертизы и реабилитации пациентов, перенесших ОИМнST и реваскуляризационную терапию, рекомендуется использование ЭхоКГ и показателей NTproBNP для определения наличия и выражен-

ности ХСН, одного из основных критериев в оценке состояния трудоспособности пациентов с данными заболеваниями.

Применение бифуркационного стент-графта "Aorfix" в лечении пациентов с аневризмой абдоминального отдела аорты

Генералов М.И.¹, Майстренко Д.Н.¹, Таразов П.Г.¹, Дударев В.Е.², Ситников Г.И.², Губенко А.В.², Максимов А.В.³, Плотноков М.В.³, Семитко С.П.⁴

¹ ФГБУ "Российский научный центр радиологии и хирургических технологий", г. Санкт-Петербург

² БУЗ Омской области "Областная клиническая больница", г. Казань

³ ГАУЗ "Республиканская клиническая больница", г. Казань

⁴ БУЗ "ГКБ №8, ДЗ г. Москвы"

Цель: изучить технические аспекты и клинические результаты эндоваскулярного лечения пациентов с аневризмой абдоминального отдела аорты (ААА).

Материал и методы. С декабря 2008 по декабрь 2012 г. в четырех медицинских центрах осуществлено лечение 91 пациента (77 мужчин и 14 женщин, средний возраст – 68,3 ± 5,4 года) с диагнозом ААА.

Для имплантации использовали модульный бифуркационный эндопротез AORFIX (Lombard Medical, Великобритания). Операцию осуществляли в рентгенооперационной под субарахноидальной (n = 71) или общей (n = 20) анестезией с использованием инвазивного мониторинга гемодинамики. Имплантацию модулей эндопротеза выполняли через выделенные общие бедренные артерии.

Пройодимость эндоваскулярной конструкции оценивалась методом ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС) и МСКТ через 1,6 и 12 мес после операции, далее один раз в год.

Результаты. Технический успех отмечен в 100% наблюдений. Интраоперационно были выявлены 37 специфических осложнений. При контрольной аортографии отмечалось "подтекание" Ia типа в шести, Ib типа в семи наблюдениях, которые были устранены повторной усадкой проксимальной или дистальной частей эндопротеза баллонным катетером. "Подтекание" IV типа наблюдалось в 24 случаях и не нуждалось в дополнительной коррекции.

Послеоперационное течение было гладким, пациенты были выписаны на 7–14-е сутки. К настоящему времени живы 79 из 90 больных (87,7%) в сроки от 4 до 63 мес (в среднем 28,9 ± 3,3 мес). По данным контрольных МКАТ аневризмы исключены из кровотока, признаков "подтекания" нет. В 34 наблюдениях отмечено уменьшение размеров аневризматического мешка.

Через 3–17 мес после эндоваскулярного протезирования по причинам, не связанными с разрывом ААА, погибли 11 пациентов: острый инфаркт миокарда (n = 7), злокачественное новообразование (n = 3), острое нарушение мозгового кровообращения (n = 1).

Заключение. Технический успех установки модульного бифуркационного стент-графта AORFIX был в 100% наблюдений. Отдаленные результаты позволяют рассматривать метод эндоваскулярного протезирования ААА как эффективную альтернативу традиционному оперативному вмешательству.

Значение артериовенозных конфликтов в генезе варикоцеле. Алгоритмы диагностики и лечения

Гарбузов Р.В., Поляев Ю.А., Мильников А.А., Голенищев А.И., Нарбутов А.Г.

ФГБУ "РДКБ" МЗ РФ, г. Москва

Цель: определить влияние артериовенозных конфликтов в генезе варикоцеле. Выявить варианты нарушения регионарной гемодинамики в тестикулярном венозном бассейне и составить алгоритм лечения варикоцеле.

Материал и методы. Критериями включения в исследование явился возраст от 13 до 18 лет с варикоцеле слева II–III степени, без тяжелой сопутствующей патологии, всего 200 пациентов. Всем пациентам проведена ренотестикулография слева с измерением градиента давления между левой почечной ве-

ной и нижней полой веной (ЛПВ–НПВ). Далее проводилась илиофлебография слева.

Результаты. Выявлено четыре варианта нарушения регионарной гемодинамики в тестикулярном венозном бассейне. Первый вариант: градиент давления между ЛПВ–НПВ не более 10 мм Hg, синдрома Мей-Турнер (МТС), то есть компрессии левой общей подвздошной вены между правой общей подвздошной артерией и телом L₅ нет, – 63% (126) случаев. Второй вариант: градиент давления между ЛПВ–НПВ не более 10 мм Hg, определяются признаки МТС, – 28% (56) случаев. Третий вариант: градиент давления между ЛПВ–НПВ более 10 мм Hg (аортomezентериальная компрессия), синдрома МТС нет, – 5% (10) случаев. Четвертый вариант: сочетание аортomezентериальной компрессии и МТС, – 4% (8) случаев.

Заключение. Наиболее частым вариантом нарушения регионарной гемодинамики в тестикулярном венозном бассейне является клапанная недостаточность внутренней тестикулярной вены без признаков артериовенозных конфликтов (аортomezентериальной или подвздошно-позвоночной компрессии). При диагностировании первого варианта оправданно проведение эндоваскулярной окклюзии тестикулярной вены. В генезе варикоцеле большое значение имеет МТС, определяется почти у трети всех пациентов. Во второй группе также необходимо устранить рефлюкс по тестикулярной вене для снижения тазовой флегмогипертензии. В третьей группе пациентов с варикоцеле наиболее оправданными будут хирургические вмешательства, разгружающие бассейн левой почечной вены, в частности тестикуло-илиакальный анастомоз. Четвертый вариант нарушения регионарной гемодинамики с наличием артериomezентериальной компрессии и МТС (двойной блок) является наиболее сложным для проведения хирургической коррекции и требует дальнейшего изучения.

Результаты эндоваскулярного лечения пациентов с рестенозом голометаллических стентов и стентов с лекарственным покрытием

Герасимов А.М., Меркулов Е.В., Самко А.Н.

ФГБУ "Российский кардиологический научно-производственный комплекс" МЗ РФ

Цель: оценить отдаленные результаты (в течение 1 года) и выявить клинические и ангиографические факторы риска развития рестеноза после эндоваскулярного лечения пациентов с рестенозами непокрытых стентов и стентов с лекарственным покрытием.

Методы и результаты. В исследование было включено 496 больных. Из них 280 пациентов с рестенозами непокрытых стентов и 215 пациентов с рестенозами стентов с лекарственным покрытием. В группе пациентов с рестенозом голометаллического стента 164 пациентам была выполнена баллонная ангиопластика, 116 пациентам был имплантирован стент с лекарственным покрытием. А в группе с рестентом стента с лекарственным покрытием 124 пациентам была выполнена баллонная ангиопластика, а 92 пациентам был имплантирован второй стент с лекарственным покрытием. Конечной точкой исследования являлось повторное появление рестеноза в обеих группах. В обеих группах были определены клинические и ангиографические факторы риска развития рестеноза. В группе пациентов, у которых был имплантирован непокрытый стент, рестеноз встречался чаще, чем в группе с рестенозом стента с лекарственным покрытием (35,3 и 15,9% p < 0,05). В группе рестеноза стента с лекарственным покрытием чаще встречалась краевая форма рестеноза (33,6 и 12,9% p < 0,05). В группе с рестенозом голометаллического стента повторный рестеноз развивался после баллонной ангиопластики, чем при стентировании стентом с лекарственным покрытием (25,3 и 7,2% p < 0,05), и большинством пациентов с проведенной баллонной ангиопластикой требовалось повторное эндоваскулярное лечение (28,1 и 12,9% p < 0,05). В группе с рестенозом стента с лекарственным покрытием не было выявлено достоверного различия между баллонной ангиопластикой и повторным стентированием стентом с лекарственным по-