

ки при лечении инфицированных сосудистых трансплантатов в зависимости от распространенности инфекции по протезу.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находились 40 пациентов с поздним инфицированием сосудистых протезов. Инфицирование протезов развилось в течение первого года после операции у 24 больных, через три года — у 11 больных, через шесть лет — у 5 пациентов. После аорто-бифеморального шунтирования нагноение протеза развилось у 27 больных, после одностороннего аорто-бедренного шунтирования — у 13 пациентов.

Для установления вовлеченности сосудистого трансплантата в инфекционный процесс и определения типа инфицирования протеза нами использовалась ультразвуковая диагностика. УЗ-исследование проводилось на аппарате Aloka 650 с конвективными и секторальными датчиками с рабочей частотой 3,5 и 5,7 МГц. При исследовании определяли тканевые структуры, прилежащие к аллопротезу, выявляли наличие парапротезного «канала», его протяженность вдоль бранши протеза и отношение к пупартовой связке. При УЗ-исследовании в области дистальных анастомозов акцентировали внимание на наличие жидкостных полостей и их позицию относительно собственной фасции бедра. Эти исследования позволили выделить три типа инфицирования сосудистых протезов: локальное — при инфицировании только дистального анастомоза ниже пупартовой связки — 15 больных; субтотальное — инфицирование дистального анастомоза и бранши протеза выше пупартовой связки, но без проксимального анастомоза — 8 больных; тотальное — протез с дистальным и проксимальным анастомозами — 17 больных.

Все больные были оперированы. Во время операции проводилось экспресс бактериологическое

обследование явно инфицированного участка протеза и протеза без признаков воспаления. Бактериологические исследования подтвердили данные ультразвуковой диагностики распространения инфицирования сосудистого протеза. Заключение ультразвукового и бактериологического обследований позволили выбрать наиболее щадящий вид оперативного вмешательства с резекцией только инфицированной части протеза.

При локальном инфицировании в пределах одного дистального анастомоза выполнялась перевязка бранши протеза через небольшой разрез выше пупартовой связки.

Протез пересекался, а дистальная его часть удалялась через рану на бедре. Гнойная рана дренировалась.

При субтотальном инфицировании выполнялась резекция бифуркационного протеза с оставлением одного неинфицированного дистального анастомоза. При тотальном инфицировании удалялся протез полностью.

Восстановление кровотока осуществлялось одномоментно с удалением инфицированного протеза, либо вторым этапом — отсроченным протезированием.

Выбор того или иного способа реваскуляризации зависел от характера высеянной из раны микробной флоры, состояния ретроградного и антеградного кровотока по подвздошным и бедренным артериям.

ВЫВОДЫ

Таким образом, на основании ультразвукового и интраоперационного бактериологического экспресс-обследования были выделены три типа инфицирования сосудистых протезов. Это позволило в каждом конкретном случае выбрать наиболее щадящий хирургический доступ и оптимальный способ сохранения конечности после удаления инфицированного протеза.

Ю.А. Коновец, А.А. Мазуренко, Р.Б. Колотова, П.В. Толпыгин

ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ АОРТО-ПОВЗДОШНО-БЕДРЕННЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ

*Амурская областная клиническая больница (Благовещенск)
Амурская государственная медицинская академия (Благовещенск)*

Окклюзионные поражения аорто-подвздошного сегмента до настоящего времени являлись одной из главных причин госпитализации в сосудистый стационар. Операции по поводу синдрома Лериша составляют от 7—12 % хирургического объема отделений сосудистой хирургии. Операцией выбора, несмотря на развитие современных технологий, остается подвздошно- или аорто-бедренное шунтирование синтетическими протезами.

Отделение сосудистой хирургии Амурской областной клинической больницы располагает опытом 312 реконструкций в аорто-подвздошно-бедренном сегменте с применением синтетических эксплантатов, проведенных за последние 10 лет. Основной причиной поражения явился атеросклероз — 82 %; аортоартериит составил 8 %; аневризма инфраренальной аорты — 10 %. Все больные в дооперационном периоде прошли стандартное обследование —

общеклиническое, ультразвуковую ангиографию, рентгеноконтрастную ангиографию. Большинство пациентов оперировано под общим обезболиванием — 280 (90 %), проводниковая анестезия — 31 (10 %). В отделении применяется стандартная техника операции. Использовались доступ забрюшинный по Робу или поперечный, для аортальных реконструкций и Н.И. Пирогова для подвздошно-бедренных, моностеральных. В 11 наблюдениях был применен авторский минимально инвазивный трансректальный, параумбиликальный, переменный, ретроперитонеальный доступ (до 5 см) с применением миниассистента «Лига-7». Проксимальный анастомоз всегда накладываем «конец в бок» при шунтировании, в большинстве своем над устьем нижней брыжеечной артерии. При операциях по поводу аневризм аорты — «конец в конец» с пересеченной аортой. Дистальные анастомозы всегда накладываем «конец в бок» с общей бедренной артерией над глубокой артерией бедра. Средняя длительность операции составила 2 часа 55 минут, со значительным уменьшением за последние 5 лет в среднем до 1 часа 40 минут. Бифеморальные реконструкции выполнены в 70 % наблюдений. В подавляющем большинстве для реконструкции использованы отечественные синтетические протезы «Север» — 275 (87 %), протезы НПО «Экофлон» — 12 (3,8 %), протезы «Vascutek» — 23 (7,4 %), «Gore-Tech» — 2 (0,6 %). Послеоперационный курс интенсивной терапии стандартен у большинства больных и обязательно включает антибактериальные препараты широкого спектра в основном цефалоспорины.

Нагноение протеза отмечено у 17 (5,5%) пациентов, у 6 — в раннем послеоперационном периоде в

стационаре, у остальных в более позднее время. По типу протеза использовались «Север» в 14 случаях, «Vascutek» — в 2, НПО «Экофлон» — в 1. Клиническая картина забрюшинной флегмоны отмечена у 4 пациентов, у остальных нагноение проявлялось тромбозом бранши протеза — 6, у 7 больных имели место гнойные свищи в области послеоперационных рубцов. Реоперированы 15 больных, дважды — 6, трижды и более — 3. Повторные операции включали в себя: эксплантацию протеза — 12, экстраанатомическое шунтирование — 5, из них 2 — подключично-бедренное, ампутации конечностей выполнены у 8 пациентов. Нетрадиционные шунтирующие операции (аорто-бедренное аутовенозное, перекрестное шунтирование) выполнены у 5 пациентов. 10 (3,2 % в общей и 59 % в группе нагноений) пациентов погибли в дальнейшем. Основные причины смерти: прогрессирование гнойного процесса — 2, аррозивное кровотечение из проксимального и дистального анастомозов — 4, прогрессирование ишемии культи, анаэробная флегмона — 4 случая. Полностью реабилитировать с сохранением конечности удалось 5 пациентам. Результаты лечения этих пациентов отслежены в сроки более года.

Операции шунтирования аорто-подвздошного сегмента — одни из наиболее распространенных в сосудистой хирургии и являются по сути рутинными. Наиболее тяжелое осложнение этих операций — нагноение протеза, очень затруднено в плане выбора тактики лечения, метода сохранения конечности и сопровождается высокой летальностью. Необходимо более широкое использование протезов с покрытием и поиск новых альтернативных путей лечения данной сложной группы пациентов.

Г.Е. Соколов, В.А. Бауэр, А.Ф. Хафизова, И.О. Гибадулина, А.Х. Габитов

ПРИМЕНЕНИЕ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОККЛЮЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Томский военно-медицинский институт (Томск)
Сибирский государственный медицинский университет (Томск)
МЛПМУ Поликлиника № 10 (Томск)*

Несмотря на определенные успехи последних лет в области ангиологии и ангиохирургии, хронические окклюзионные заболевания артерий нижних конечностей (ХОЗАНК) являются одной из главных причин длительной утраты трудоспособности и инвалидизации населения.

При этом, если уровень оказания специализированной хирургической помощи больным ХОЗАНК можно расценивать как достаточно высокий, то многие вопросы ранней диагностики, адекватной консервативной терапии и реабилитации этих больных еще далеки от разрешения. Практически без внимания врачей остаются этиология и патогенез вторичных нарушений кровообращения в ише-

мизированных конечностях, обусловленных лимфогенозной недостаточностью, без учета которых невозможно выработать рациональные методы диагностики, лечения и профилактики.

По-прежнему, остаются без внимания проблемы регуляции адекватного оттока крови и транскапиллярного обмена. Как правило, обеспечение усиленного притока к ишемизированным тканям является основной задачей ангиологов, при этом такие компоненты в патогенезе ХОЗАНК как лимфогенозная недостаточность и нарушение микроциркуляции остаются без внимания, сводя практически к нулю не только медикаментозную терапию, но и результаты оперативного лечения.