

Оперативная активность составила 72 %, прооперировано в экстренном и срочном порядке 345 больных. Характер оперативных вмешательств и послеоперационные осложнения представлены в таблице 1.

Таблица 1

Характер оперативных вмешательств и послеоперационные осложнения

Группы больных	Число операций	Вид холецистэктомий			Послеоперационные осложнения	Летальность
		открытая	лапароскопическая	мини-доступ		
16–35 лет	42	10 (24 %)	27 (64 %)	5 (12 %)	2 (5,7 %)	0 (0 %)
36–60 лет	235	133 (56 %)	100 (43 %)	2 (0,9 %)	27 (11,6 %)	3 (1,3 %)
61–90 лет	68	46 (67,7 %)	12 (17,6 %)	10 (14,7 %)	15 (22 %)	9 (13 %)
Всего	345	189 (54,8 %)	139 (40,3 %)	17 (5 %)	44 (12,8 %)	12 (3,5 %)

Группа больных молодого возраста при любых видах оперативного вмешательства характеризовалась минимальным процентом послеоперационных осложнений и отсутствием летальности. Холецистэктомия из мини-лапаротомного доступа, выполненная у 17 больных в разных возрастных группах, практически не сопровождалась серьезными осложнениями и летальностью, однако малое число операций не позволяет сделать достоверные и полноценные выводы. При лапароскопической холецистэктомии у 139 пациентов послеоперационные осложнения (кровотечение, желчеистечение в брюшную полость) наблюдались в 3 % случаев, что потребовало релапароскопии с целью устранения осложнений. Летальных исходов не было. Показатель конверсии – 12 %. Наибольший процент осложнений (22 %) и летальности (13 %) при остром деструктивном холецистите наблюдается в группе больных пожилого и старческого возраста, что диктует необходимость дальнейшей разработки оптимальных методик анестезиологического обеспечения и оперативных вмешательств у данного контингента больных.

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

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ**

*ОГУЗ «Амурская областная клиническая больница» (г. Благовещенск)
ГОУ ВПО АГМА (г. Благовещенск)*

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ непосредственных результатов лечения пациентов с острой артериальной непроходимостью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В отделении сосудистой хирургии Амурской областной клинической больницы в период с 2004 по 2006 гг. оперировано 77 больных с острой артериальной непроходимостью. Из них мужчин было – 43 (44,1 %), женщин – 34 (55,8 %). Средний возраст пациентов – 62,4. Преобладали пациенты с ишемической болезнью сердца – 55. Из них с нарушением сердечного ритма – 49, с аневризмой левого желудочка – 5, ревматической болезнью сердца – 4. Ишемию конечностей при поступлении оценивали по классификации В.С. Савельева. По степени ишемии распределение было следующим: ишемия напряжения – 1 (1,1 %) пациент, 1А – 1 (1,1 %), 1Б – 12 (13,9 %), 2А – 18 (20,9 %), 2Б – 26 (30,2 %), 3А – 26 (30,2 %), 3В – 2 (2,3 %). С острой артериальной непроходимостью артерий верхних конечностей – 23 (26,4 %), нижних конечностей – 63 (72,4 %), 1 (1,1%) – висцеральных сосудов. Всего выполнено 98 операций, из них первично 88. Характер выполненных оперативных пособий: в 29 (32,9 %) случаях выполнялась тромбэктомия, в 55 (62,5 %) тромбэмбоэктомия, 2 (2,3 %) – ампутация конечности, 2 (2,3 %) – аутовенозное бедренно-подколенное шунтирование *in situ*. У 26 пациентов операцию восстановления кровотока дополняли фасциотомией.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Кровоток был восстановлен первичной операцией в 74 (96,1 %) случаях. В двух случаях (2,6 %) была сделана первичная ампутация конечности на уровне верхней трети бедра в виду запредельной ишемии. Повторно оперировано 11 (14,3 %) пациентов. При этом в 6 (54,5 %) случаях удалось восстановить кровоток, а в 5 (45,5 %) пришлось ампутировать конечность. Пациенту с тромбозом верхней брыжеечной артерии проведена тромбэмбоэктомия из основного ствола, после чего произведена резекция нежизнеспособного участка тонкой кишки. У 2 (18,1 %) пациентов с тромбозом бедренной артерии

восстановить кровоток путем тромбэктомии не удалось, но выполненное аутовенозное бедренно-подколенное шунтирование *in situ* позволило его восстановить.

ВЫВОД

Своевременное и адекватное оперативное пособие позволяет восстановить кровоток и сохранить конечность.

В.Н. Кононенко, Ю.В. Желтовский, А.В. Дудник, С.А. Кыштымов

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

ГУ НЦРВХ СО РАМН (г. Иркутск)

ГОУ ВПО ИГМУ (г. Иркутск)

ГКЗ «Иркутская государственная областная клиническая больница» (г. Иркутск)

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний занимает первое место с большим отрывом от других причин (травм и отравлений, новообразований и т.д.) и имеет тенденцию к неуклонному росту. При этом ОНМК занимает одно из первых мест среди причин смертности и инвалидизации населения. Удельная частота инсультов составляет 2 – 5 человек на 1 тыс. населения в год. В США происходит около 700 тыс. инсультов, а в России около 400 тыс. инсультов ежегодно. По имеющимся статистическим данным летальность при инсульте составляет в среднем 30 %, а через 5 лет в живых остается только 43 %.

Ежегодный риск развития инсульта после транзиторной ишемической атаки (ТИА) составляет 10 % в первый год и 5 % в дальнейшем. Если же человек перенес инсульт, то ежегодный риск повторного инсульта составляет от 10 % до 30 %. При этом огромная социально-экономическая значимость инсультов определяется не только высокой летальностью, но и инвалидизацией населения, которая достигает 60 %, при этом доля нуждающихся в постоянной помощи составляет около 40 %.

Доля ишемических инсультов составляет 85 %. Практически очень важно то, что среди ишемических инсультов доля эмболических причин составляет 95 %, и лишь около 5 % приходится на острый тромбоз. При этом на долю артерио-артериальных эмболий приходится около 75 – 80 %, в этой группе наиболее частой причиной инсультов является атеросклероз начального сегмента внутренней сонной артерии (95 %). Кардиогенные эмболии являются причиной ишемических инсультов в 20 – 25 % случаев. При этом считается, что около 20 % всех ишемических инсультов связаны с фибрилляцией предсердий. Эти факты имеют огромное практическое значение в связи с тем, что обе основные причины ишемических инсультов (эмбологенная атеросклеротическая бляшка внутренней сонной артерии и фибрилляция предсердий) потенциально устранимы!

Каротидная эндартерэктомия (КЭЭ) является операцией, в отношении которой абсолютно доказан протекторный эффект в отношении ишемических инсультов. Наиболее показательным явилось исследование эффективности КЭЭ NASCET, которое было прекращено досрочно по этическим соображениям в связи с очевидными преимуществами хирургического лечения.

Самой эффективной технологией радикального лечения фибрилляции предсердий на сегодняшний день следует считать методику радиочастотных операций на левом предсердии с использованием системы трехмерной навигации CARTO. Система позволяет строить трехмерную виртуальную анатомическую карту, запоминать локальное время активации, вольтаж, импеданс и другие характеристики в каждой точке, что позволяет в дальнейшем (после присвоения полученным значениям цветового эквивалента) выстраивать цветные активационные, вольтажные и т.д. карты. Помимо этого система «запоминает» каждую точку, в которой проводилась абляция, что позволяет последовательно (точка за точкой) создавать абляционные линии. С помощью программного обеспечения CARTO Merge возможно интегрирование в систему данных мультиспиральной компьютерной томографии, что позволяет максимально приблизить выстраиваемые карты к реальной анатомии пациента. Создаваемые в ходе вмешательства абляционные линии при фибрилляции предсердий являются барьерами для волн макрорентри. Таким образом, это по своей сути малоинвазивная катетерная процедура «Лабиринт».

На основании изложенного предлагается комплексная программа профилактики инсультов, основным компонентом которой является значительное увеличение количества выполняемых каротидных эндартерэктомий, а также внедрение и выполнение в большом количестве радикальных интервенционных процедур у больных с фибрилляцией предсердий.

При оценке экономического эффекта от реализации программы следует учитывать прекрасные отдаленные результаты (в плане профилактики инсультов) каротидной эндартерэктомии и операции «Лабиринт» (ее радиочастотного варианта), протекторный эффект которых сохраняется десятилетиями.