

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
Асоціація хірургів України
ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова" НАМН України



XXIV З'їзд хірургів України,

присвячений 100-річчю з дня народження
академіка О. О. Шалімова

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

2018

26 -28 вересня
м. Київ

його подальшим поширеним ушиванням. Повністю ендovasкулярне ендopротезування аорти у всіх хворих проводилося під місцевим знечуленням.

Результати, їх обговорення. У 15 випадках (88,2%) з 17 процес ушивання був успішним і досягався ефективний гемостаз. У двох випадках була виконана конверсія і місце пункції вшивали відкритим способом. В обох випадках відбувся обрив нитки при зав'язуванні другого вузла, що було зумовлено наявністю нестенозуючого кальцінозу артерії. Клінічно значуща міжм'язова гематома, що не потребувала хірургічного лікування була діагностована у однієї пацієнтки, яка отримувала подвійну антиагрегантну терапію. Пацієнтів активізували через 12–18 годин після операції. В післяопераційному періоді було потрібно менше знеболюючих препаратів. Значно скоротився час доступу і закриття пункційного доступу: при відкритій методиці цей час для одного доступу складав в середньому 46,5 хвилин, при використанні зашиваючого пристрою – в середньому 12,3 хвилин. Крововтрата при проведенні повністю ендovasкулярного ендopротезування аорти склала в середньому 20 мл за процедуру.

Висновки. Повністю ендovasкулярне ендopротезування інфраренального відділу аорти істотно скорочує час втручання, тривалість перебування пацієнта в стаціонарі, дозволяючи відновити повний обсяг рухів в кульшових суглобах в першу ж добу після операції, створює додатковий комфорт пацієнтові та хірургу. Ускладнень, що загрожували життю або погіршували його якість при проведенні даної процедури у наших хворих не було.

Віддалені результати ендovasкулярних методів лікування пацієнтів з атеросклеротичним ураженням стегново–підколінного сегменту

О. М. Волошин, А. О. Никоненко, А. М. Матерухін, В. О. Губка,
С. М. Мачуський

Запорізький державний медичний університет

Атеросклеротичне ураження стегново–підколінного сегменту, є найбільш частою причиною переміжної кульгавості і хронічної критичної ішемії нижніх кінцівок (ХІНК). Ендovasкулярні методи лікування ХІНК поступово витісняють «відкриті» операції, проте віддалені результати таких втручань залишаються недостатньо вивченими та дискусійними.

Мета – оцінити віддалені результати ендovasкулярних методів лікування пацієнтів з атеросклеротичним ураженням стегново–підколінного сегменту.

Об'єкт і методи дослідження. Проведено проспективний аналіз результатів ендovasкулярного лікування 69 пацієнтів з атеросклеротичним ураженням стегново–підколінного сегменту. Середній вік хворих склав $61 \pm 3,4$ року, чоловіків було 56, жінок 13. За класифікацією ураження артеріального русла TASC 2, хворі розподілилися наступним чином: тип А у 18 хворих, тип В у 27, тип С у 13 і тип D в 11 випадках. У 50 пацієнтів (72,5%) превалювала оклюзійна форма ураження стегново–підколінного сегменту, у 19 (27,5%) пацієнтів стенотична. За ступенем хронічної ішемії нижніх кінцівок, хворі розподілилися наступним чином: 2Бст. – у 11 пацієнтів, 3ст. – у 16 і 4 ступінь – у 42 хворих. Всім хворим було проведено одноетапне ендovasкулярне втручання, у 40 хворих виконана ізольована балонна ангіопластика, у 29 пацієнтів стентування ураженої ділянки

артерії. Оцінка результатів ендovasкулярного лікування проводилася через 12 та 36 місяців, на підставі клінічних даних, вимірювання дистанції безбольової ходи, показників ультразвукового дуплексного сканування з вимірюванням кісточно-плечового індексу (КПІ), також для оцінки якості життя пацієнтів використовували «судинний» опитувальник VascuQol 26.

Результати та їх обговорення. В результаті проведених ендovasкулярних операцій у всіх хворих вдалося відновити прохідність магістральних артерій нижніх кінцівок. При контрольному огляді через 12 місяців у 60 пацієнтів (86,9%) зона ендovasкулярної реканалізації була прохідна. Чотири пацієнти перенесли тромбоз, одному хворому виконано стегново-підколінне шунтування, один пацієнт помер, з трьома пацієнтами був «загублений контакт». Показники ЛПІ в спокої через 12 місяців після ендovasкулярних операцій в середньому збільшилися на 37%, з вихідного 0,41 до 0,78, у більшості хворих відзначена нормалізація градієнта тиску в зоні ангіопластики більш 1,2. Аналізуючи показники якості життя пацієнтів через 12 місяців після ендovasкулярних операцій за результатами судинного опитувальника VascuQol 26, отримані наступні дані: фізичне здоров'я пацієнтів покращилося на 36,1%, симптоми ХІНК зменшилися на 35,7%, інтенсивність больового синдрому зменшилась на 37,2%, емоційний стан хворих в середньому покращився на 39,1%, соціальна активність збільшилася на 37,4%. При оцінці віддалених результатів лікування через 3 роки після ендovasкулярних втручань, в живих з двома кінцівками залишилося 52 пацієнта (75,4%). З них у 8 (15,4%) хворих верифікована посттромботична оклюзія зони стентування, при цьому дистанція безбольової ходи склала більше 100 метрів, два (3,8%) пацієнти перенесли ішемічний інсульт. У 25 (48,1%) хворих дистанція безбольової ходи склала більше 200 метрів. У 17 хворих верифікована 2Б ступінь хронічної ішемії. У 6 (11,5%) хворих зберігалися болі у спокої і у 4 (7,6%) хворих відзначені трофічні зміни на стопі. Необхідне проведення подальших клінічних досліджень присвячених оцінці віддалених результатів хірургічного лікування пацієнтів з ХІНК.

Висновки. Ендovasкулярні операції є ефективним методом лікування пацієнтів з стено-оклюзійним ураженням стегново-підколінного сегменту, що дозволяє поліпшити якість життя пацієнтів, знизити тривалість перебування хворого в стаціонарі, збільшити дистанцію безбольової ходи, а також зберегти кінцівку в 75,4% випадків ХІНК у віддаленому періоді через 36 місяців.

Гібридна операція як метод повної реваскуляризації міокарду у пацієнтів з атеросклеротичним ураженням коронарних судин

А. В. Габрієлян., Т. М. Доманський., О. І. Миронюк

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О.Шалімова НАМН України

Вступ. Клінічним проявом багатосудинного ураження коронарних артерій (КА) часто є стабільна чи нестабільна стенокардія. Зазвичай таким пацієнтам показана реваскуляризація міокарда з використанням традиційних методик черезшкірного коронарного втручання (PCI), або коронарним шунтування (CABG). Проте не завжди є можливим виконати повну реваскуляризацію однією з методик. Цьому сприяє ряд причин таких як