

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

посттромботичної хвороби (М.Р. Jaff, 2016 р.). При використанні лише консервативної терапії ТГВ частота летальних ТЕЛА складає 0,2% випадків, летальних – 1,3% (Куклин А.Г., 2004 г.), що обумовлює пошук нових (гібридна оперативна тромбектомія, L.Rodrigues, 2016 р.) та вдосконалення існуючих методів хірургічної профілактики тромбемболічних ускладнень при лікуванні ТГВ.

Мета: Проаналізувати безпосередні результати хірургічного лікування тромбозу глибоких вен та деталізувати показання до хірургічної венозної тромбектомії як методу профілактики тромбемболічних ускладнень.

Матеріали та методи: За період 2016–2017 роки досліджено 229 хворих, госпіталізованих у Центр судинної та ендovasкулярної хірургії Запорізької обласної клінічної лікарні з ТГВ. Для оцінки ризику ТЕЛА в групі досліджених в 2014 році 98 пацієнтів використовували діагностичний індекс «Geneva» (European Society of Cardiology, 2014). За даними УЗДС вен верифіковано локалізацію тромбу та визначено характер тромбозу (пристінковий, оклюзійний або флотуючий). На основі аналізу розробленого протоколу УЗДС визначались критерії ембологенного флотуючого тромбу та показання до венозної тромбектомії (довжина більш ніж 40 мм в незалежності від його діаметру та строків захворювання).

Серед хірургічних методів лікування виконували: відкриту венозну тромбектомію / тромбектомію з одномоментною перев'язкою або сегментарною резекцією поверхневої стегнової вени (ПСВ) чи перев'язку ПСВ дистальніше біфуркації загальної стегнової вени без тромбектомії.

Результати. За діагностичним індексом «Geneva» у 2014 році визначено: низький ризик ТЕЛА – у 2 (2%), проміжний – у 86 (88%), високий – у 10 (10%) хворих. Наявність флотуючого тромбу верифіковано у 17 (17%) пацієнтів, з них – 14 випадків – загальної стегнової вени, 3 – ПСВ.

Протягом 2014 року виконано: венозних тромбектомій – 12, перев'язок ПСВ без тромбектомії – 3; за 2015 рік – тромбектомій – 9, перев'язок ПСВ – 2. В післяопераційному періоді Тромбемболічних ускладнень не було.

Таким чином, механічна венозна тромбектомія у хворих на ТГВ при верифікованому ембологенному флотуючому тромбі є достатньо ефективним методом хірургічної профілактики тромбемболічних ускладнень.

Нестандартные ситуации в хирургии аневризм брюшной аорты

А. С. Никоненко¹, Е. В. Ермолаев², А. А. Никоненко¹, И. В. Перцов¹

¹Запорожский государственный медицинский университет,

²Запорожская медицинская академия последипломного образования

Подходы в хирургическом лечении аневризм брюшной аорты (АБА) претерпевают изменения в связи с развитием эндоваскулярных технологий. Однако, открытые операции не утратили свое значение. На результаты лечения АБА влияет комплекс факторов: коморбидный фон, наличие осложнений (разрыв) и т.д. Также, на частоту негативных результатов могут существенно влиять клиничко-анатомические особенности АБА, которые повышают риск технической неудачи или развития периоперационных осложнений.

С 2013 по 2017 гг. в центре сосудистой и эндоваскулярной хирургии Запорожской

областной клинической больницы находилось на лечении 104 пациента с АБА. В 58 (55,8%) случаях оперативное лечение было плановым, 46 (44,2%) пациентов хирургическая операция выполнялась в ургентном порядке в связи с клиникой разрыва АБА. Мужчин было – 95 (91,3%), женщин – 9 (8,7%). Средний возраст пациентов составил 68,1(11,4±) лет. Для верификации диагноза и хирургической тактике (в т.ч. у больных с разрывом АБА) отдавали предпочтение мультиспиральной компьютерной томографии. При ретроспективном анализе выделена группа больных с клиническими и анатомическими особенностями АБА, которые требовали индивидуального подхода и принятия нестандартных решений – 29 (27,9%) пациентов.

Группу пациентов с «нестандартными» АБА, условно, разделили на подгруппы в зависимости от характера клинко-анатомических особенностей.

а) Больные с особенностями анатомии АБА: «гигантская» АБА (n–5); сочетание АБА и «гигантской» аневризмой подвздошной артерии (n–2); юкстаренальная АБА (n–2); воспалительная АБА (n–6); истинная АБА в отдаленном периоде после аорто–бедренного шунтирования (n–1); АБА в стадии хронического разрыва с наличием ложной дочерней аневризмы (n–1)

б) Сочетание АБА с анатомическими особенностями или заболеванием окружающих органов: ретроаортальное расположение левой почечной вены (n–2); аномалия (расположение слева от аорты) нижней полой вены (n–1); сочетание АБА и «подковообразной» почки (n–2); сочетание АБА и «гигантской» кисты почки.

в) Сочетание АБА и значимого поражение других сосудистых бассейнов требующих хирургической коррекции: (каротидный стеноз (n–2); ИБС (n–1); окклюзионное поражение периферических артерий нижних конечностей с неудовлетворительными «путями оттока» (n–1).

г) АБА с редкими формами разрыва: аорто–дуоденальный свищ (n–1); аорто–кавальный свищ (n–2).

Диагностированные особенности АБА во время операции корригировались дополнительными хирургическими приемами, модификацией хирургического доступа и этапности операции. Больным выполнялась резекция АБА, аллопротезирование аорты. Среднее пребывание на койке интенсивной терапии после операции составила 3,2 (1,4±) суток. Летальность при плановой резекции АБА была – 1,7%, при разрыве АБА – 42%.

Хирургия аневризм брюшной аорты остается одним из сложных разделов сосудистой хирургии. Для улучшения результатов хирургического лечения АБА и снижения риска периоперационных осложнений необходимо учитывать возможные особенности течения заболевания.

Интраоперационный сонографический мониторинг при каротидной эндартерэктомии

А. С. Никоненко¹, Е. В. Ермолаев², В. В. Якименко²

¹Запорожский государственный медицинский университет,

²Запорожская медицинская академия последипломного образования

От 35 до 50% ишемических инсультов развиваются по эмболическому или гемодинамическому механизму. Атеросклеротические стенозы внутренней сонной артерии (ВСА) приводят, как к гемодинамической гипоперфузии, так и к атерэмболическим