

является оптимальным консервативным комплексом ведения периоперационного периода при реконструктивных флебологических операциях.

УДК 616.13-004.6-089
DOI 10.22448/AMJ.2018.3.92-92

М.Н. Кудыкин, Р.А. Дерябин,
А.Н. Васягин, В.В. Бесчастнов, М.Г. Рябков,
Г.Е. Шейко, И.В. Маклахов

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России (университетская клиника)
г. Нижний Новгород, Россия

ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНЫХ И ВТОРИЧНЫХ АМПУТАЦИЙ

Цель исследования: оценить выживаемость после ампутации у больных с критической ишемией нижних конечностей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ выживаемости 171 пациента с критической ишемией нижних конечностей после выполненной ампутации на различных уровнях.

Первая группа включает 88 пациентов, которым выполнена первичная ампутация. Гангрена конечности, а также невозможность выполнения ревазкуляризирующей операции являлись показанием к проведению ампутации. Все больные получали лечение в общехирургических стационарах и были консультированы сосудистым хирургом на предмет возможности выполнения восстанавливающего кровотока хирургического вмешательства. У всех больных выявлено распространенное поражение с мультифокальными окклюзиями артерий бедра и голени, что в целом соответствовало типу D поражения по классификации TASCII (2007).

Вторая группа включала 83 пациента, которым была выполнена вторичная ампутация после проведения попытки хирургической ревазкуляризации нижних конечностей. Показания к ампутации у этой группы больных определялись в соответствии с TASCII.

В зависимости от объема выполненной ампутации больных распределяли на три подгруппы: пациенты, которым выполнена надколенная ампутация; пациенты, которым выполнялась ампутация на уровне голени; пациенты с малыми ампутациями, у которых операция ограничивалась вмешательством на стопе. Пациенты двух групп статистически значимо не отличались по большинству основных клинико-демографических показателей, за исключением распространенности сахарного диабета, который чаще встречался во второй группе. Оценивалась продолжительность жизни после ампутации. Опрос пациентов или их родственников проходил в период от 24 до 48 месяцев после выполнения ампутации. При выявлении факта смерти больного в послеоперационном периоде предпринималась попытка выяснения причин смерти.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы Statistica 6.0. Для оценки статистической значимости различий при сравнении групп по качественному признаку применяли точный критерий Фишера. Анализ выживания осуществляли методом Каплана-Мейера, сопоставление групп больных по времени до наступления изучаемого исхода проводили при помощи лог-рангового критерия. Критическое значение уровня значимости принимали равным 5% ($p \leq 0,05$).
92

Результаты и обсуждение. Через 18 месяцев после выписки из стационара в живых осталось только 42 (47,7%) больных, перенесших первичную ампутацию, что статистически значимо меньше ($p < 0,05$), чем во второй группе ($n=59$; 71,1% больных), где выполнялась вторичная ампутация. В обеих группах отмечено снижение продолжительности жизни, однако выявленные различия по этому признаку между группами были статистически значимы ($p=0,0023$) в пользу вторичных ампутаций. Обращает на себя внимание тот факт, что в первой группе причиной смерти чаще являлось нарушение мозгового кровообращения, а во второй группе превалировала кардиальная патология.

Установлено, что выполнение первичной ампутации статистически значимо сокращает продолжительность жизни в послеоперационном периоде по сравнению с проведенной вторичной ампутацией. Отсутствует четкая взаимосвязь между наличием сопутствующей патологии и продолжительностью жизни в послеампутационном периоде. Через 18 месяцев после выписки из стационара смертность в 1 группе составила 52%, во 2 группе – 29% ($p < 0,05$).

Выводы. Первичная ампутация у больных с критической ишемией нижних конечностей (КИНК) не приводит к увеличению продолжительности жизни, тогда как вторично выполненная ампутация (после неудавшейся попытки ревазкуляризации, тромбозе шунта, повторной окклюзии другого генеза с прогрессированием ишемии и развитием гангрены) ведет к увеличению продолжительности жизни и снижению уровня и объема ампутации.

При решении вопроса о первичной ампутации наличие сопутствующей патологии не оказывает существенного влияния на продолжительность жизни после операции и не должно рассматриваться как определяющее в принятии решений.

УДК 616.12 DOI 10.22448/AMJ.2018.3.92-93

Г.Е. Шейко, М.Н. Кудыкин, А.Н. Белова,
Н.В. Лоскутова, Р.А. Дерябин, А.Н. Васягин,
Л.М. Целюсова

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России (университетская клиника)
г. Нижний Новгород, Россия

ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЯ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ КУПИРОВАНИЯ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ

Актуальность. Диагностика купирования критической ишемии нижней конечности (КИНК) после проведенной ревазкуляризации представляет собой актуальную проблему. Существующие методы диагностики отличаются либо высокой стоимостью и малой доступностью, либо ограничены низкой чувствительностью и специфичностью. При этом восстановление магистрального кровотока не гарантирует купирования КИНК. Это побуждает искать доступные, распространенные способы оценки состояния тканей при КИНК, дающие объективное представление об эффективности купирования артериальной недостаточности при выполнении ревазкуляризирующего вмешательства и/или проведения консервативных терапевтических мероприятий.

Цель работы: определить чувствительность и специфичность изменения скорости распространения возбуждения (CPB) по двигательным во
Амурский медицинский журнал №3 (23) 2018