

Таким образом, представители этнических групп, переселившиеся в Амурскую область из государств Средней Азии и Кавказа, относятся к категории повышенного риска по развитию заболеваний сердечно-сосудистой системы. Данный контингент должен подвергаться кардиологическому скринингу, углубленному кардиологическому наблюдению, дальнейшему диспансерному наблюдению и своевременной коррекции имеющихся патологических изменений. Кроме того, необходимо совершенствовать меры первичной профилактики дислипидемий и атеросклероза в обозначенных группах населения.

В теоретическом плане данная проблема актуальна в аспекте дальнейшего уточнения механизмов нарушений липидного обмена в обозначенных клинических группах.

Статья поступила в редакцию 17.04.2018

Координаты для связи

Вахненко Юлия Викторовна, к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии с курсом фармакологии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России. E-mail: gen-45@rambler.ru

Шкарбан Светлана Владимировна, врач-кардиолог клиники кардиохирургии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России.

Белоглазова Ирина Геннадьевна, врач-лаборант клиники кардиохирургии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России.

Почтовый адрес ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России: 675000, г. Благовещенск, ул. Горького, 95. E-mail: science.prorector@AmurSMA.su

Тезисы

УДК 616.14 DOI 10.22448/AMJ.2018.3.91-92

А.Э. Клецкин

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» (кафедра хирургии ФДПО)
г. Нижний Новгород, Россия

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ БЕДРА КАК ПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА В СОВРЕМЕННОЙ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ФЛЕБОЛОГИИ

Цель работы – доказать целесообразность применения большой подкожной вены бедра как пластического материала в современной реконструктивной флебологии для восстановления функции клапанов бедренных вен при их деструкции. Задачи – изучить отдаленные результаты проведенного исследования.

Материалы и методы. За 20 лет показания к реконструкции определены в 93 случаях у 90 пациентов 5 и 6 класса CEAP (классификация хронических заболеваний вен) с сохраненной БПВ (большая подкожная вена). Средний возраст во всей группе $44,1 \pm 0,4$ года ($P < 0,001$). Все имели длительно незаживающие трофические язвы как показание к реконструкции клапанов вен подвздошно-бедренного сегмента. Обследование - дуплексное сканирование (ДС) и контрастная флебография. Для оптимизации гемодинамики в зоне операции предложен «Способ сшивания сосудов разного диаметра» (патент РФ № 2177260 от 17 октября 2000 г.), при котором достигается абсолютная идентичность срезов сшиваемых сосудов.

С применением указанной методики произведено 93 операции, из них 28 типа Пальма – Эсперона, 65 линейных аутовенозных сафено-фemorальных шунтов in situ типа «Хюсни». Принципиально важным компонентом периоперационного периода считаем пневмомассаж нижних конечностей с давлением в сегментах до 140 см Hg, ношение трикотажа «Меди» 2 и 3 классов компрессии, прием диосминсодержащих флеботропных препаратов. При появлении на этапе исследования препарата «ФЛЕБОДИА-600» отдаем ему предпочтение.

Результаты: в сроках от 4 до 20 лет по данным ультразвукового ангиосканирования сосудов и флебографии прослежены в 21 из 28 случаев (75%) после операции Пальма, 50 из 65 (77%) после одностороннего шунтирования in situ. Сохраненные клапаны функционируют в 15 перекрестных (71%) и в 42 линейных (83%) шунтах.

Выводы

1. Применение большой подкожной вены бедра как пластического материала в современной реконструктивной флебологии целесообразно и показано при строгом соблюдении технических критериев проведения операции.
2. Большая подкожная вена с сохраненными клапанами позволяет выполнять реконструктивные флебологические операции без нарушения сафено-фemorального соустья у основной массы больных с деструкцией клапанов илиофemorального сегмента.
3. Перемежающаяся пневмокомпрессия, прием флеботропных диосминсодержащих препаратов и ношение компрессионного трикотажа «Меди» КК2

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 реваскуляризирующей 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 реваскуляризации 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 реваскуляризации, 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 реваскуляризации 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 реваскуляризирующего вмешательства и/или проведения консервативных терапевтических мероприятий.

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