

ТРОМБОЗЫ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ И КРИТИЧЕСКАЯ ИШЕМИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кузьмин Ю. В., Попченко А. Л., Церах А. В.

*Кафедра военно-полевой хирургии,
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Дударев Д. В., Панченко М. А.

*УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н. Е. Савченко»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. Проблема болезней сосудов нижних конечностей, несмотря на прогресс мировой медицинской мысли, до сих пор не реше-

на. Тромбозы магистральных артерий и развитие критической ишемии нижних конечностей (КИНК) очень распространены в индустриальных странах. По данным ВОЗ КИНК страдает 5 % населения планеты. Результаты национального исследования, проведенного Vascular Society of Great Britain, говорят о 400 больных КИНК на 1 млн. населения в год.

Цель. Показать необходимость восстановления артериального русла в сочетании с коррекцией реологических свойств крови для достижения удовлетворительных результатов лечения у пациентов с КИНК.

Задачи. Изучить причины развития КИНК у пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей, а также лабораторные показатели и исходы лечения данной патологии.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 171 пациента с КИНК за 2013–2014 год в УЗ «4-я ГКБ им. Н. Е. Савченко» г. Минск. Среди пролеченных было 107 мужчин, 64 женщины, имевших тромбоз различных сегментов артерий нижних конечностей. Возраст от 43 до 93 лет. Средний возраст – $70 \pm 6,7$ года. Большинство пациентов были оперированы по поводу первичных тромбозов или тромбоемболий – 149 человек (87,1 %). Тромбоз шунта или протеза имели место у 22 пациентов (12,9 %).

Результаты и их обсуждения. Ишемия всей конечности наблюдалась у 62 пациентов (36,3 %), ишемия стопы у 63 пациентов (36,8 %), ишемия голени совместно с ишемией стопы 46 пациентов (26,9 %).

Декомпенсированная ишемия была выявлена у большинства пациентов: 118 (69,1 %), субкомпенсированная ишемия – у 53 пациентов (30,9 %).

Тромбэктомии из артерий выполнены 117 пациентам (68,8 %), из тромбированной бранши протеза – у 6 (3,5 %), остальным больным (54 – 31,5 %) выполнены реконструктивные операции из-за окклюзирующего тромбоза артерии. Повторные операции из-за ретромбоза выполнены 23 пациентам (15,6 %).

Изучались также показатели гемостазиограммы – фибриноген, АЧТВ, МНО до и после операции.

При изучении исходов лечения было установлено, что костно-пластической ампутацией закончилось лечение 28 пациентов, что составило 16,4 %, из них 17 имели в послеоперационном периоде фибриноген выше нормы, что говорило о прогрессировании воспалительного процесса с риском развития некроза тканей; АЧТВ менее 24 сек у 21 пациента, МНО менее 0,8 у 23 пациентов. Все это указывало недостаточную коррекцию показателей гемостазиограммы. Лактат более 1,4 ммоль/л был выявлен у 17 пациентов, что указывало на поддержание гипоксии тканей в послеоперационном периоде. Летальным исходом закончилось лечение 16 пациентов (9,4 %). Причиной смерти в 69 % случаев явилась тромбоемболия легочной артерии. Остальные пациенты умерли от сердечной патологии. Выписаны в удовлетворительном состоянии – 127 пациентов (74,3 %).

Выводы:

1. Наличие высоких показателей гемостазиограммы и КОС и недостаточная их коррекция приводит к ретромбозам и высоким ампутациям в 16,4 % случаев.

2. Своевременное восстановление проходимости магистральных артерий и адекватная коррекция реологических показателей крови позволяет сохранить конечность и жизнь пациента в 74,3 % случаев.