

#103

ОЦЕНКА КОМОРБИДНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И СТЕПЕНИ СТЕНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Лузина Т. В.¹, Уралцева И. А.², Ефимова Л. П.³, Алмазова Е. Г.⁴¹БУ ХМАО-Югры ОКД Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии; ²БУ Окружной кардиологический диспансер «Центр Диагностики и Сердечно-Сосудистой Хирургии, Медицинский институт; ³Кафедра кардиологии, Медицинский институт БУ ВО Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет»; ⁴Сургутский государственный университет кафедра ИВТ (Сургут, Россия)

Цель. Коморбидность является распространенным и актуальным, но недостаточно изученным явлением. Целью данного исследования является оценка коморбидности в зависимости от пола и степени стеноза у пациентов с атеросклеротическим поражением БЦА.

Материалы и методы. В исследование включены данные амбулаторного наблюдения пациентов в БУ ОКД «ЦД и ССХ» с атеросклерозом брахиоцефальных артерий БЦА с неврологической симптоматикой и отягощенной коморбидностью: мужчины 55 человек, женщины 45 человек. Группы наблюдения разделены соответственно наличию клинических симптомов заболевания и степени стеноза брахиоцефальных артерий по данным цветного дуплексного сканирования: Первая группа – асимптомные стенозы более 70%; вторая группа – симптомные стенозы более 50%; третья группа – симптомные стенозы менее 50% при наличии нестабильных бляшек; четвертая группа – симптомные стенозы более 40%; пятая группа – симптомные стенозы более 20%; шестая группа – прооперированные больные. Средний возраст общей группы 57 ± 7. Оценка коморбидности производилась с помощью индексов коморбидности и оценочных шкал: CIRS (Cumulative Illness Rating Scale), индекс Карла-Фейнштейна, индекса Charlson, индекса коморбидности (ИК), тест MMSE.

Полученные результаты. Первая группа (N=17, ж-4, м-14): CIRS 14,47±3,69 (средние значения у женщин на 28% больше; индекс Карла-Фейнштейн 11,47±3,26 (средние значения у женщин на 36% больше); ИК 1,5±1,22 (средние значения у женщин на 10% меньше); MMSE 20,82±1,77 (средние значения у женщин на 30% меньше); Вторая группа (N=17, ж-7, м-10): CIRS 15,06±3,79; индекс Карла-Фейнштейн 12,76±3,09 (средние значения у женщин на 6% меньше); индекс Charlson 6,94±2,9; ИК 1,6±1,25; MMSE 20,28±1,61. Третья группа (N=30, ж-18, м-12): CIRS 12,60±3,66; индекс Карла-Фейнштейн 10,41±3,99, индекс Charlson 5,13±2,9; ИК 1,5±1,17; MMSE 22,17±2,02. Четвертая группа (N=16, ж-16, м-8): CIRS 14,69±3,79 индекс Карла-Фейнштейн 11,31±3,05 индекс Charlson 5,25±2,02; ИК 1,5±1,25; MMSE 21,25±2,29. Пятая группа (N=13, ж-8, м-5): CIRS 16,08±3,57; индекс Карла-Фейнштейн 11,33±2,68; индекс Charlson 6,67±1,83; ИК 1,5±1,22; MMSE 19,83±1,17.

Выводы. Полученные результаты оценки коморбидности с помощью вышеуказанных индексов коморбидности и оценочных шкал не имеют зависимости от степени стеноза брахиоцефальных артерий, а определяются наличием имеющихся коморбидных заболеваний. Выявлены достоверные отличия по полу в первой группе по критерию Пирсона Хи-квадрат (p<0,05) и в шестой группе по критерию Фишера (p<0,01).

#136

КЛИНИЧЕСКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ НИЗКИХ ПОКАЗАТЕЛЯХ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУСЛА ОТТОКА

Казаков Ю. И., Лукин И. Б., Жук Д. В.

ГБОУ ВПО Тверская ГМУ (Тверь, Россия)

Критическая ишемия нижних конечностей остается нерешенным вопросом современной сосудистой хирургии, которая сопровождается высоким уровнем инвалидизации и летальности пациентов. Согласно исследованию BASIL, вопрос: «что лучше для больного с критической ишемией: первичная ампутация или многократные неудачные сосудистые реконструкции?» остается открытым.

Цель: дать оценку клиническо-экономической эффективности лечения больных с атеросклеротической окклюзией инфраингвинального сегмента и критической ишемией при низких показателях состоятельности русла оттока.

Методы: Ретроспективно изучены результаты лечения 46 пациентов мужского пола с критической ишемией нижних конечностей при низких показателях состоятельности русла оттока. 32 (69,57%) больным была выполнена первичная артериальная реконструкция (открытая или эндоваскулярная). При диагностированном тромбозе зоны реконструкции 10 пациентам выполнена повторная артериальная реконструкция (открытая или эндоваскулярная). Больные разделены на три группы: в первую группу (n=16) вошли больные с сохранностью конечности менее 12 месяцев, во вторую (n=16) – от 12 до 24 месяцев (т.е. в течении указанного срока всем больным выполнялась ампутация нижней конечности). Третью группу (n=14) составили больные с крайне низкими показателями состоятельности русла оттока, которым выполнялась первичная ампутация нижней конечности. Оценивались общая выживаемость больных и экономические затраты на стационарное лечение. Срок наблюдения – 2 года.

Результаты: В первой группе общая выживаемость через 2 года составила 68,75 % (n=11). Затраты на лечение больного при выполнении ему открытой реконструкции составили 87,626,13 рублей, при эндоваскулярной – 152,221,55 рублей. В случае ампутации – затраты на лечение 1 больного составили 27,679,94 рублей. Так как каждому больному в данной группе была выполнена первичная артериальная реконструкция, а затем в течении года ампутации, то затраты на лечение одного пациента составляют 115,306,07 рублей в случае первичной открытой реконструкции, а затем ампутации; и 179,901,49 рублей в случае первичной эндоваскулярной реваскуляризации, а затем ампутации. Во второй группе общая выживаемость через 2 года составила 87,50 % (n=14). Затраты на лечение пациентов были аналогичными первой группе: каждому больному в данной группе была выполнена первичная артериальная реконструкция, а затем в течении 2 лет – ампутация. В третьей группе общая выживаемость через 2 года составила 78,57 % (n=11). Средние затраты на стационарное лечение одного больного составили 27,679,94 рублей.

Выводы: у больных с атеросклеротическим поражением бедренно-подколенного-тибиаляльного сегмента и критической ишемией крайне важно наиболее точно оценить состояние русла оттока и тяжесть сопутствующей патологии, что в итоге дает возможность сделать правильный выбор: выполнить первичную ампутацию или артериальную реконструкцию.

#177

АНЕВРИЗМЫ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ: ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Аракелян В. С.¹, Букачелло Р. Г.²¹ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева»; ²ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» (Москва, Россия)

Аневризмы висцеральных артерий редкая патология с высокой частотой спонтанных разрывов (до 22%) и летальностью (до 8,5%). Это диктует необходимость агрессивного хирургического подхода при определенных показателях к операции. Сложность анатомии висцерального бассейна, полиэтиологичность и характерологические особенности аневризм делают актуальным выбор предпочтительного варианта лечения: хирургического или эндоваскулярного.

Цель исследования: анализ результатов лечения аневризм мезентериальных артерий.

Материал исследования: С 1991г. по 2017г. в НЦССХ им.А.Н.Бакулева оперировано 9 пациентов. Соотношение мужчин и женщин составило 1:8, средний возраст – 41,1±17,5 лет. Для определения анатомии поражения использовались: ультразвуковое ангиосканирование (УЗАС), компьютерная томография с контрастированием и стандартная ангиография. Основной жалобой у 8 (88,9 %) пациентов были боли в животе, в 1 (11,1%) случае наличие аневризм заподозрено при скрининговом УЗДГААС. Локализация аневризм была следующей: аневризмы селезеночной артерии выявлены в 5 (55,6%) случаях, аневризма чревной артерии – 2 (22,2%), аневризма верхней брыжечной артерии – 1 (11,1%), аневризма печеночной артерии – 1 (11,1%). В качестве этиологического фактора у 4-х анамнестически ятрогенный вариант посттравматическая трансформация (у 4-х анамнестически ятрогенный вариант повреждения, у 3 – бытовая травма), 1 случай – аневризма имела истинный характер на фоне дегенерации стенок, фибромышечная дисплазия – 1 случай. Средний диаметр аневризм составил 4,3±1,6 см (диапазон 2,4-7,7 см). Спектр реконструктивных вмешательств был следующим: 5 (55,6%) пациентам выполнена аневризматическая аутоартериальная пластикой, у 2 (22,2%) – резекция аневризмы с анастомозом «конец в конец», у 1 (11,1%) – выключение аневризмы, у 1 (11,1%) – имплантация эндографта. В отдаленном периоде результаты прослежены у 7 (88,7%) пациентов. Средний период наблюдения составил 6,9± 5,1лет (6-216 месяцев). Оценка эффективности лечения выполнена по таким критериям, как летальность и частота ранних послеоперационных осложнений, выживаемость, проходимость реконструкции в отдаленном периоде.

Результаты исследования: Общая частота послеоперационных осложнений составила 22,2%; геморрагические – 11,1%, гастроинтестинальные – 11,1%, купированы консервативными мероприятиями. Раневых осложнений и летальных исходов не было. 5-летняя проходимость реконструкций составила 85,7%, на момент проведения анализа все пациенты живы. Болевой синдром купирован во всех случаях.

Заключение: Частой причиной формирования аневризм мезентериальных артерий является травма с преимущественной локализацией в бассейне селезеночной артерии. Выбор варианта реконструктивных операций зависит от этиологии, сегмента поражения и мобильности висцеральных ветвей. Хирургическая коррекция характеризуется высокими клинической эффективностью и отдаленными результатами. Эндоваскулярное вмешательство показано при отягощенном коморбидном фоне и подходящей анатомии поражения.

#205

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМЫ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ

Аракелян В. С., Демидова О. А., Бортикова Н. В.

ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России (Москва, Россия)

Аневризма почечной артерии – редкое сосудистое заболевание: встречаемость в общей популяции составляет до 0,01%, в большинстве случаев – это находка при УЗИ, КТ или МРТ органов брюшной полости. Логическим завершением развития аневризмы почечной артерии является ее разрыв с внутренним кровоизлиянием и, нередко, летальным исходом, поэтому наиболее актуальным является их хирургическое лечение.

Цель работы. Анализ эффективности хирургического лечения пациентов с аневризмой почечной артерии.

Материалы и методы. Отделение хирургии артериальной патологии накопило сравнительно большой опыт оперативного лечения аневризм почечных артерий и ее ветвей различной этиологии – всего оперировано 103 пациента. Большинство аневризм было истинных (94%) различного генеза (врожденные, возникшие на фоне аортита, атеросклеротические), реже (6 %) – ложных травматического генеза. Средний возраст пациентов составил 41,2 ± 10,4 года. Основным клиническим проявлением патологии являлась артериальная гипертензия (отмечена в 100% случаев), являвшаяся причиной проведения поискового обследования пациентов, при котором (чаще УЗДС почечных артерий) и выявлялась аневризма почечной артерии. Жалобы на боли в поясничной области или животе отмечали 19 % больных, макро- или микрогематурию – 28 %. Средний диаметр оперированных аневризм составил 24,1± 6,8 мм, кальциноз стенок аневризм отмечен в 64% случаев. Все оперированные аневризмы почечной артерии располагались вне почки. Выбор метода реконструктивных операций зависел от этиологии поражения, локализации и размеров аневризм. Пластика почечной артерии выполнена в 52% случаев, протезирование – в 31%, реплантация – в 17 % случаев. Кальциноз стенок аневризм послужил причиной выбора протезирования артерии лишь в 34 % случаев. Результаты лечения оценивали по регрессу симптоматики заболевания. В комплекс контрольного обследования входили УЗИ оперированной почки, дуплексное сканирование, реконструированной почечной артерии и оценкой кровотока по артерии и ее ветвям и суточное мониторирование АД.

Результаты. Гематурия и характерные боли купированы в 100 % наблюдений. Хороший результат оперативного лечения (нормализация АД и исчезновение других симптомов заболевания) отмечен у 89 % пациентов, удовлетворительный (АД выше нормы, но ниже исходных цифр, и подающиеся гипотензивной терапией) – у 10 %, и лишь в одном случае эффект операции был неудовлетворительный (отсутствие положительной динамики в цифрах АД).

Выводы: Хирургическое лечение аневризм почечной артерии является радикальным и эффективным методом лечения данной патологии и профилактики возможных осложнений (инфаркт почки, разрыв аневризм, осложнения артериальной гипертензии). У большинства пациентов происходит купирование симптомов заболевания, с тем числе – нормализация АД или снижение степени артериальной гипертензии.