

ВЛИЯНИЯ ВИДА РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩЕГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА СКОРОСТЬ РАЗВИТИЯ РЕПЕРФУЗИОННОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Сурсаева Д.С., Толканица А.Ю.

*Учреждение здравоохранения «Минская областная клиническая
больница», отделение хирургии сосудов, г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Реперфузионный синдром — состояние, хорошо известное в хирургии. Наиболее общим является определение реперфузионного синдрома как возрастание тяжести ишемии после ее врачебной коррекции. В 1999 г. F.W. Blaisdell в своей работе «Патофизиология ишемии скелетных мышц и реперфузионного синдрома» подробно рассмотрел изменения, происходящие в ишемизированных мышцах, и их связь с развитием осложнений и уровнем летальности вследствие восстановления кровотока конечности. Он отнес к реперфузионному синдрому совокупность осложнений, следующих за восстановлением кровотока в ранее ишемизированных органах и тканях. Выделяют два компонента реперфузионного синдрома: местный, в результате которого усугубляется местное повреждение, и системный, проявляющийся во вторичной недостаточности органов и тканей, удаленных от ишемизированных. Классификация, предложенная профессором В.С. Савельевым основана на стадийности процесса. В качестве основания деления авторами предлагаются этапы реперфузионного синдрома: окклюзионный (острая непроходимость), реперфузии (рециркуляции), постреперфузионный (пострециркуляторный) этапы.

Цель. Оценка влияния вида ревазуляризирующего оперативного вмешательства на скорость развития реперфузионного синдрома у пациентов с КИНК.

Материалы и методы. В отделении сосудистой хирургии У «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ» в период с января по июнь 2018 года было прооперировано 29 пациентов с клиникой критической ишемии нижних конечностей. Все пациенты были мужского пола. Средний возраст пациентов составил (63±5) года. Для оценки степени тяжести ишемии конечности использовалась классификация П.В. Покровского. КИНК верифицирована на основании критериев Российского консенсуса. Для диагностики и дообследования всем пациентам проводилось измерение ЛПИ, исходный уровень которого составил менее 0,4, выполнялось УЗД, рентгенконтрастная компьютерная томография и ангиография, а также применялась инафракрасная термометрия. На основании данных ультразвукового дуплексного сканирования измерялся диаметр аутовенозного шунта и поверхностной бедренной артерии. По данным обследований у всех пациентов подтверждено наличие КИНК, на фоне окклюзионно–стенотического поражения артерий

ниже паховой связки, требующее проведения реконструктивных операций. Хирургическое вмешательство в виде бедренно-подколенного шунтирования аутовеной (1 группа) выполнено у 11 пациентов(48%) и эндартерэктомии из ГБА с профундопластикой (2 группа) у 18 пациентов (62%). Показатели, характеризующие развитие реперфузионного синдрома в послеоперационном периоде, такие как объем конечности и ее температура измерялись посегментно, в дооперационном периоде, через 1 час, 12, 24 и 48 часов.

Результаты. Результаты влияния вида оперативного вмешательства на скорость развития РС мы оценивали на основании степени изменения используемых нами показателей, таких как значение ЛПИ, температура и окружность конечности в различных сегментах. У всех пациентов в послеоперационном периоде наблюдалось купирование клиники КИНК, которое оценивалось исчезновением болей в покое и ростом ЛПИ($\geq 0,6$). Средние значения длины аутовенозного шунта составило 29 ± 4 см, диаметр- $3,7\pm 0,6$ мм. ЛПИ в первой группе составил $0,9\pm 0,1$, во второй $0,75\pm 0,5$. У 11 пациентов которым выполнялось БПШ выявлен средний прирост окружности конечности на 2,1 см, у 18 пациентов после ЭАЭ с профундопластикой прирост составил 1 см. При термометрии конечности средний прирост температуры после БПШ составил 6°C , после ЭАЭ с профундопластикой $-4,8^{\circ}\text{C}$. В ходе динамического наблюдения за пациентами в послеоперационном периоде отмечалось более длительное сохранение посттравматического отека в 1 группе.

Выводы.

1 Вид реваскуляризации у пациентов с КИНК влияет на степень выраженности реперфузионного синдрома.

2 Прогнозирование развития реперфузионного синдрома позволяет заблаговременно начать его медикаментозную коррекцию.

Литература:

1 Acute limb ischemia / C. Gilliland [et al.] // Tech. Vasc. Interv. Radiol. – 2017 Dec. – Vol. 20, N 4. – P. 274–280.

2 Засимович, В. Н. Реперфузионно-реоксигенационный синдром как проблема реконструктивной хирургии артерий при хронической ишемии нижних конечностей атеросклеротического генеза / В. Н. Засимович, Н. Н. Иоскевич // Новости хирургии. – 2017. – Т. 25, № 6. – С. 632-642.

3 Blaisdell, F. W. The pathophysiology of skeletal muscle ischemia and the reperfusion syndrome: a review / F. W. Blaisdell // Cardiovasc. Surg. – 2002 Dec. – Vol. 10, N 6. – P. 620-630.