

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНФИЦИРОВАННЫМ ИСКУССТВЕННЫМ СОСУДИСТЫМ ПРОТЕЗОМ В АОРТО-ПОДВЗДОШНО-БЕДРЕННОЙ ПОЗИЦИИ

*Дорошко Е.Ю., Лызиков А.Н. Каплан М.Л., Лызиков А.А., Призенцов А.А.,  
Артюшков Е.Л., Куликович Ю.К., Соловьев Т. Ю.*

*УО «Гомельский государственный медицинский университет»,  
У «Гомельский областной клинический кардиологический центр»,  
г. Гомель, Республика Беларусь*

**Введение.** Инфицирование искусственных сосудистых протезов после реконструктивных сосудистых операций встречается достаточно редко (от 0,5% до 6%), но последствия протезной инфекции зачастую носят драматичный характер, приводя к гибели или инвалидизации пациента. К факторам риска протезной инфекции у пациентов относятся: пожилой возраст, тяжесть состояния, сопутствующие заболевания, интраоперационная кровопотеря, разрез в паховой области, экстренные операции, длительные, повторные операции, симультанные хирургические вмешательства, повреждение лимфатических узлов, раневая инфекция, гематома и другие. Главная задача изучения влияния факторов риска заключается в том, что они позволяют определить направления профилактики и прогноз по исходу лечения сосудистых заболеваний.

**Цель.** Проанализировать результаты лечения пациентов с инфицированным искусственным сосудистым протезом в аорто-подвздошно-бедренной позиции.

**Материал и методы.** Исследование походило на базе У «Гомельский областной клинический кардиологический центр». Был проведен ретроспективный анализ 25 медицинских карт пациентов, которые находились на лечении в отделении сосудистой хирургии с инфицированными искусственными протезами (3-5 степени по классификации R. Samson) после реконструктивных сосудистых вмешательств на аорто-подвздошно-бедренном сегменте в объеме шунтирования или протезирования пораженного участка искусственным сосудистым протезом в период с января 2015 года по декабрь 2020 года. В исследовании принимали участие 25 мужчин, что составляет 100% от общей выборки исследования. Возрастная фокус-группа была от 46 до 70 лет. По результатам лечения в стационаре пациенты были разделены на две группы: выписанные (n=20) и умершие в стационаре (n=5). Был проведен статистический анализ между группами с использованием программы Statistica 10.0. Количественные признаки представлены в виде медианы и интерквартильного размаха (Me (Q<sub>1</sub>; Q<sub>3</sub>)). При изучении корреляции количественных данных использовали U-критерий Манна-Уитни. Статистически значимыми считали различия при p<0,05.

**Результаты и обсуждение.** В результате лечения пациентов в стационаре с инфицированными сосудистыми протезами один пациент умер в стационаре

без проведения повторного хирургического лечения, а у четырех пациентов зафиксирован летальный исход после повторной операции. Таким образом, частота летального исхода пациентов с протезной инфекцией достигает 20 % (5 из 25 пациентов). Следует отметить, что 24 пациентам после реконструктивных сосудистых вмешательств был удален инфицированный протез полностью или частично, а затем выполнено аорто-бедренное (14 пациентов), подвздошно-бедренное (1 пациент), перекрестное бедренно-бедренное (1 пациент) рещунтирование (репротезирование) аутовеной, аутоартериальное репротезирование) выполнено 4 пациентам, перевязка сосудов и ампутация нижней конечности (4 пациента). Стоит отметить, что одному пациенту ампутация нижней конечности была выполнена после аорто-бедренного репротезирования аутовеной.

Возраст выписанных из стационара составил 56 (54; 61,5) лет, а умерших в стационаре 70 (63; 71) лет. Различия статистически значимы ( $U=13$ ;  $p=0,013$ ). Также различия статистически значимы ( $U=12$ ;  $p=0,03$ ) по возрасту выписанных из стационара (56 (54; 61,5)) лет и умерших в стационаре после повторного хирургического лечения (66,5 (60,5; 73)) лет. Таким образом, на результаты лечения в стационаре пациентов с протезной инфекцией и повторного хирургического лечения оказывает влияние возраст пациента – риск смерти выше у пациентов более старшего возраста.

Объем интраоперационной кровопотери у выписанных пациентов после хирургического лечения составил 500 (450; 650) мл, а у умерших пациентов после хирургического лечения 500 (450; 500) мл. Различия статистически не значимы ( $U=36$ ;  $p=0,359$ ). Таким образом, не установлено статистически значимых закономерностей влияния объема кровопотери на результат хирургического лечения пациентов с протезной инфекцией

Количество дней госпитализации умерших пациентов с протезной инфекцией после хирургического лечения составило 10 (6; 28) дней, а выписанных пациентов после хирургического лечения 23 (12; 40,5) дней. Статистических различий между группами исследования не выявлено ( $U=24,5$ ;  $p=0,09$ ).

Выводы. Частота летального исхода у пациентов с протезной инфекцией достигает 20 %. Статистически значимо ( $p<0,05$ ) умершие в стационаре пациенты с протезной инфекцией старше выписанных из стационара. Результаты исследования указывают на отсутствие статистически значимых закономерностей влияния объема интраоперационной кровопотери ( $p<0,05$ ) и количества проведенных пациентом дней в стационаре на исход повторного реконструктивного хирургического лечения ( $p<0,05$ ).