



АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ

МАТЕРИАЛЫ

Межрегиональной научно-практической конференции



ФОРМИРОВАНИЕ ПОСТОЯННОГО СОСУДИСТОГО ДОСТУПА ПРИ ХПН

А. Д. Асланов, А. К. Жигунов, О. Е. Логвина, Л. Н. Исхак, А. И. Билимихов г. Нальчик

Цель работы. Формирование постоянного сосудистого доступа у больных, находящихся на программном гемодиализе.

Объект исследования. В отделение хирургии сосудов Республиканской клинической больницы за период с 2005-го по 2008 г. госпитализировано 94 больных с хронической почечной недостаточностью и находящихся на программном гемодиализе, для формирования постоянного сосудистого доступа.

Больным были произведены следующие операции:

Подмышечно-плечевое аутовенозное шунтирование (п=25). При этом аутовенозный шунт после наложения дистального анастомоза с плечевой артерией по типу конец в бок, проводился подкожно в сформированном туннеле, после чего накладывался проксимальный анастомоз, также по типу конец в бок.

Формирование АВ-фистулы на верхних конечностях (п=28).

Производилось формирование анастомоза между артерией и веной по типу бок в бок, АВ-фистулы чаще формировали на уровне локтевой ямки и нижней трети предплечья.

Ретроградная артериализация большой подкожной вены (п=3). Выделялась большая подкожная вена на уровне медиальной лодыжки, дистальный конец лигировался, проксимальный мобилизовали и через туннель проводили к задней берцовой артерии, где накладывался анастомоз по типу конец в бок. Этот метод не оправдал себя, так как после неоднократных пункций развивались гематомы, сдавливающие вену и приводящие к ее тромбозу и, как правило, развивающаяся объемная скорость была недостаточна для проведения гемодиализа.

- Ретроградная артериализация большой подкожной вены на уровне бедра (n=38). Выделялась на уровне средней трети бедра большая подкожная вена, дистальный конец и впадающие в проксимальный участок коллатерали лигировались, проксимальный конец проводился к поверхностной бедренной артерии и формировался анастомоз по типу конец в бок.

Результаты исследования. Как известно, для гемодиализа необходима высокая объемная скорость кровотока. При формировании АВ-фистул на уровне нижней трети предплечья, такой скорости кровотока не достигается, и данный метод операции больше направлен на развитие собственной венозной сети.

Хорошая объемная скорость кровотока достигается при формировании АВ-фистул с широким анастомозом на уровне локтевой ямки, при формировании артерио-артериальных шунтов и артериализации большой подкожной вены. Однако, при формировании артерио-артериальных шунтов, проблемой являются большие гематомы, появляющиеся после прокалывания шунта, на фоне гепаринотерапии. Гематомы достигают больших размеров, уплотняются, что затрудняет в дальнейшем пункцию шунта.

При ретроградной артериализации большой подкожной вены на уровне лодыжки, есть опасность развития тромбоза фистулы, так как после неоднократных пункций развиваются гематомы, сдавливающие артериализированную подкожную вену.

При ретроградной артериализации большой подкожной вены на уровне бедра, достигается хорошая объемная скорость кровотока по большой подкожной вене, анастомоз находится достаточно глубоко и защищен мышечным массивом. После пункции не образуются большие гематомы, но и этот метод не лишен недостатков - отмечается выраженное увеличение венозного возврата к сердцу, что требует постоянное наблюдение кардиолога.

Выводы:

Создание постоянного сосудистого доступа облегчает проведение периферической катетеризации венозной системы.

Среди используемых нами методик оптимальной является ретроградная артериализация большой подкожной вены на уровне бедра.

Формирование АВ-фистулы требует наблюдения и коррекции лечения у кардиолога, с учетом увеличенного притока крови к сердцу.

Бережное отношение при пункции к шунтам и протезам, адекватное придавливание после изъятия иглы предотвращают развитие гематом.

АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ КАК ПРИЧИНА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

А. Д. Асланов, Л. И. Таукенова, Л. Н. Исхак, А. К. Нагоева, М. И. Гидаев

г. Нальчик

Цель исследования. Снижение числа гастроудоденальных кровотечений у

сосудистых больных на # фоне применения антикоагулянтов.

Объект исследования. Проведен ретроспективный анализ 176 историй болезней больных с сосудистой патологией нижних конечностей, находившихся на стационарном лечении в отделении хирургии сосудов РКБ за период с 2000-го по 2009 г.

Все больные нуждались в применении антикоагулянтов. Из них 94 больным произведены различные реконструктивные операции.

Больные были разделены на 2 группы.

В первую группу вошли 68 больных, находившихся на лечении до 2005 г. Из них 42 больным произведены различные реконструктивные операции на артериях, другие 26 больных находились на лечении по поводу острого тромбоза глубокой венозной системы конечностей.

Во 2-ю группу вошли 108 больных, находившихся на лечении с 2005-го по 2009 г.

Всем больным 2-й группы произведена ФЭГДС. Получены следующие результаты.

У 78 больных выявлена язвенная болезнь желудка и/или 12-перстной кишки. Этой группе больных производилось введение кваматела в/в капельно, гастроцепина в/м, омепразола внутрь, сукрольфата внутрь. Параллельно описанной терапии, проводилась необходимая для больных антикоагулянтная терапия.

Результаты.

В 1-й группе из 68 больных, при анализе медицинской документации, ФГДС произведена 29 больным. Из них язвенная болезнь желудка и/или 12-перстной кишки выявлена у 15 больных.

На фоне применения антикоагулянтов в первой группе у 19 больных развилось желудочно-кишечное кровотечение, вследствие которого приходилось отменять антикоагулянтную терапию, назначать гемо- статическую терапию, при этом у 6 больных развился ретромбоз глубоких вен на фоне приема гемостатиков.

У всех больных с гастродуоденальным кровотечением длительность госпитализации составила 21-24 кой-кодня.

Среди 108 больных 2-й группы желудочно-кишечное кровотечение не встречалось. Кроме того, на контрольной ФЭГДС отмечалась положительная динамика у больных с язвенной болезнью желудка и/или 12-перстной кишки.

Больные получали антикоагулянтную терапию в полном объеме, длительность госпитализации составила 14-16 койкодней.

Выводы:

у больных, требующих применения антикоагулянтов по поводу сосудистой патологии, часто выявляется язвенная болезнь желудка и/или 12-перстной кишки;

всем больным, нуждающимся в применении антикоагулянтов, необходимо проведение ФЭГДС;

всем больным, которым предполагается антикоагулянтная терапия (без результатов ФЭГДС), показана консервативная терапия по описанной схеме для профилактики гастродуоденальных кровотечений;

при комплексном применении антикоагулянтной и противоязвенной терапии длительность госпитализации укорачивается на 6-8 койкодней, вследствие профилактики венозного ретромбоза и гастродуоденального кровотечения.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

А. Д. Асланов, О. Е. Логвина, Н. А. Капшукова, Л. Н. Исхак, М. А. Готыжев, З. М. Черкесова г. Нальчик

Цель исследования. Разработка методов профилактики ишемических повреждений головного мозга на фоне атеросклероза.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 35 больных, находившихся на стационарном лечении в сосудистом отделении Республиканской клинической больницы в период с 2007-го по 2009 г.

Возраст больных колебался от 50 до 80 лет. Среди них мужчин - 26, женщин - 9.

При этом у 86 % больных в анамнезе имели место нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу, а у остальных пациентов имелись приходящие ишемические атаки.

Больные в отделении обследованы клинически и лабораторно. Проведена компьютерная ангиография дуги аорты и брахиоцефального бассейна.

Выявлены следующие поражения:

сегментарная окклюзия подключичной артерии в проксимальной трети правой верхней конечности у 16 больных;

атеросклеротическая бляшка с изъязвлением общей сонной артерии у 18 больных;

окклюзия общей сонной артерии с переходом на наружную сонную артерию у 1 больного;

У больных с окклюзией подключичной артерии наблюдался синдром позвоночно-подключичного обкрадывания с приступами недостаточности в вертебро-базиллярном бассейне (6 больных); ишемия верхней конечности (15 больных), критическая ишемия верхней конечности (2 больных).

Больные были прооперированы.

Анестезиологическое сопровождение проводилось с использованием антигипоксантов для защиты головного мозга от ишемического повреждения.

Произведены следующие оперативные вмешательства:

общесонно-подключичное протезирование - в 16 случаях;

коротидная тромбинтимиэктомия - в 18 случаях;

коротидная тромбинтимиэктомия с аутовенозной пластикой внутренней сонной артерии - в 1 случае.

Результаты лечения. 34 пациента выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. Больные после операции в течении трех суток находились в реанимационном отделении, где наблюдались сосудистым хирургом, кардиологом, неврологом и реаниматологом. У всех больных, страдавших синдромом позвоночно-подключичного обкрадывания, клиника недостаточности в вертебро-базиллярном бассейне была купирована, больные отмечали улучшение общего состояния и регресс ишемии конечности уже ко 2-м суткам послеоперационного периода. После перевода больных в отделение продолжались антибактериальная, ангиотропная и симптоматическая терапии, назначался длительный прием непрямых антикоагулянтов.

У одного больного после общесонно-подключичного протезирования на 3-е сутки на фоне полного благополучия развился острый инфаркт миокарда, вследствие чего больной умер в реанимационном отделении.

Выводы:

у больных с окклюзиями подключичной артерии развивается синдром позвоночно-подключичного обкрадывания с развитием атак недостаточности в вертебро-базиллярном бассейне (синдром Робин Гуда);

коротидная тромбинтимэктомия является эффективной профилактической мерой, предотвращающей повторные нарушения мозгового кровообращения;

атеросклеротическому поражению чаще подвержена проксимальная часть подключичной артерии, при этом оптимальным методом пособия является общесонно-подключичное протезирование.