

ISSN 1814-1471

научно-практический журнал
реконструктивной
и пластической

Вопросы ХИРУРГИИ

Том 18, № 4 (55)
декабрь'2015



УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ И КРАТКИХ СООБЩЕНИЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЖУРНАЛЕ ЗА 2015 г.

№ 1 (52) март

Слово редактора	4
ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ	
Артемьев А.А., Бытдаев З.М., Мариничева И.Г., Абакиров М.Д., Сысоев И.А., Мадер А.Е. Медиализация дистального фрагмента большеберцовой кости при коррекции варусной деформации голеней	5
Голубев И.О., Юлов Р.В. Эволюция костной аутопластики в лечении ложных суставов ладьевидной кости запястья (обзор литературы)	12
Лонская Е.А., Дробышев А.Ю., Куракин К.А., Дробышева Н.С. Обоснование применения костно-мышечного подбородочного шва для улучшения эстетических результатов остеотомии подбородка	23
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ	
Дружинина Т.В., Бочкин В.В., Виденин В.Н., Климентьев А.А., Попов В.П. Замещение костной ткани у животных с использованием биодеградируемого материала на основе гидроксиапатита	32
Каюмходжаев А.А., Расулов Ж.Д., Оганесян В.Р., Низамходжаев Ш.З., Бутаев А.Х., Шарапов Н.У., Алоханов Л.Б. Экспериментальное обоснование способа предварительного формирования сложно-составного лоскута для реконструкции обширных дефектов трахеи	39
Селянинов К.В., Байтингер А.В., Байтингер В.Ф. Роль <i>vasa nervorum</i> в кровоснабжении кожи микрохирургических лоскутов	44
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ	
Воробьев А.А., Соловьев О.Л., Соловьев А.О., Попова И.С., Литвина Е.В. Анатомическая реконструкция промежности при ректоцеле	57
КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ	
Челнокова Н.О., Островский Н.В., Голядкина А.А., Кириллова И.В., Гришина О.А., Албутов А.С. Компьютерное 3D про странственно-ориентированное моделирование гемодинамики венечных артерий при их атеросклеротическом поражении и реконструктивных вмешательствах	64
ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ	
Байтингер В.Ф., Курочкина О.С., Knowlson J. К 90-летию со дня рождения австралийского микрохирурга Бернарда Маккарти О'Брайена (1924–1993)	75
ИНФОРМАЦИЯ	
Барселонский Консенсус по супермикрохирургии	85
ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ	91

№ 2 (53) июнь

Слово редактора	4
ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ	
Артемьев А.А., Загородний Н.В., Мариничева И.Г., Ахпашев А.А., Абросимов М.Н., Артемьева Н.В., Керимов У.Ш. Особенности коррекции вальгусной деформации коленного сустава у взрослых	5
Малыхина И.Ф., Неробеев А.И., Добродеев А.С., Вербо Е.В., Гарелик Е.И., Салихов К.С. Тканевая оксиметрия: оценка жизнеспособности свободных лоскутов при реконструкции головы и шеи	11
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ	
Калантырская В.А., Ключевский В.В., Перова В.А., Пискун М.С. Реконструктивная и пластическая хирургия в лечении повреждений локтевого сустава	25
Мигуleva И.Ю., Савотченко А.М., Петухова М.Н., Папанинов А.С., Клюкин И.Ю., Кислицына О.С., Сластишин В.В. Две новые модели экспериментального дефекта кости на голени крысы для исследования регенерации костной ткани после пластики различными материалами	34
Слизовский Г.В., Ситко Л.А., Кужеливский И.И. Экспериментально-морфологическое исследование остеокондуктивных и остеоиндуктивных свойств биосовместимых композиционных материалов из никелида титана	46
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ	
Воробьев А.А., Петрухин А.В., Засыпкина О.А., Кривоножкина П. С. Экзоскелет – новые возможности абилитации и реабилитации (аналитический обзор)	51

Полуэктов В.Л., Долгих В.Т., Рейс А.Б., Морозов С.В., Ериков А.В. Новые технологии в диагностике, реконструктивные операции в лечении и профилактике постнекротических кист и свищей поджелудочной железы.....63

ИНФОРМАЦИЯ

Григорьев Е. Г., Машкин А. М., Дыдыкин С. С., Щербюк А. Н., Коваленко А. А. Московская студенческая хирургическая олимпиада им. Академика М. И. Перельмана и Российское общество хирургов – первая ступень школы хирургии.....68
5-я Международная научная конференция «Новые оперативные технологии» 29–30 сентября 2015 г. г. Томск73

ЭТО ИНТЕРЕСНО

Как готовят хирургов в Японии76
ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ77

№ 3 (54) сентябрь

Слово редактора.....4

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

Артемьев А.А., Иванов П.А., Мариничева И.Г., Сысоев И.А., Плетнев В.В., Мадер А.Е. Особенности укорачивающих операций при лечении инфицированных дефектов большеберцовой кости5
Байтингер В.Ф., Камолов Ф.Ф. Опыт хирургического лечения подкожного повреждения сухожилия длинного разгибателя I пальца кисти12
Баринов Н.А., Масляков В.В. Улучшение результатов лечения пациентов с травмами нервов и сухожилий путем объективизации выбора способа их восстановления с учетом индивидуальных биомеханических свойств.....18
Егоров В.А., Лехнер А.В., Савельев Е.И. Предоперационное планирование при коррекции асимметрии молочных желез25
Сергеев И.В., Пучков К.В., Файзуллин Т.Р. Анatomические вариации и асимметрия контура передней стенки грудной клетки у женщин32

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

Аксельров М.А., Ситко Л.А., Кужелинский И.И. Пластика грудино-реберного комплекса с использованием титановых имплантов при деформации грудной клетки у детей и подростков36
Байтингер В.Ф., Селянинов К.В., Байтингер А.В., Курочкина О.С., Малиновский С.В. Вторичная ишемия в микрососудистых лоскутах и возможные пути ее профилактики и коррекции39

КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

Косянчук Н.М., Черных А.В., Гусева Т.В. Значение ретрощитовидных отростков в диагностике и хирургии щитовидной железы48

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Большаков И.Н., Сергиенко В.И., Киселёв С. А., Лагарькова М.А., Ремигайло А.А., Михайлов А.А., Прокопенко С.В. Новые тканеинженерные продукты в лечении позвоночно-спинномозговой травмы53

МЕДИЦИНСКИЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Дудников А.В., Смирнов Н.Ю., Белоzerцева А.А., Байтингер А.В., Кудяков Л.А. Предпосылки реализации концепции Total Breast Reconstruction в условиях Томской области. Шаг 262

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

Каитова З.С., Смирнова Э.Д., Протасов А.В. Академик Игорь Дмитриевич Кирпатовский и его научное наследие74

ИНФОРМАЦИЯ

Дыдыкин С.С. Участие Первого МГМУ в международных симпозиумах 2015 г.....79
Европейский консенсус по реабилитации81
Acland R. D., Sabapathy S. R. Практические советы для успешного выполнения микрососудистого анастомоза.....82
ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ83

№ 4 (55), декабрь

Слово редактора.....5

ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

Кошелев А.П., Клюков С.С., Степин Д.А. Особенности проведения реабилитационных мероприятий в раннем послеоперационном периоде у пациентов после операции на желудке7

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Фаев А.А. Результаты применения единого лапароскопического доступа в неотложной хирургии.....14
Алексеев Н.А., Баранов А.И., Снигирев Ю.В. Интраоперационная антеградная эндоскопическая папиллосфинктеротомия в лечении осложненной желчно-каменной болезни.....21

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Батискин С.А., Золоев Г.К. Ампутация голени у больных с заболеваниями периферических артерий и с синдромом диабетической стопы.....	27
Неймарк А.И., Луциникова Е.Л., Вершинина А.А., Ильинская Е.В., Исаченко С.И. Ретроперитонеоскопический метод в лечении острого калькулезного обструктивного пиелонефрита.....	33
Золоев Д.Г., Баранов А.И. Лечение больных с ишемией культи бедра.....	37
Быстров С.В., Горх П.И., Чирьев А.И., Алипов В.В., Ивченко А.О., Ивченко О.А., Гавришин Е.В. Морфологические особенности течения хронического холецистита при желчнокаменной болезни.....	43
Набиев Ф.Х., Добродеев А.С., Либин П.В., Котов И.И., Овсянников А.Г. Комплексная оценка зубочелюстной аномалии класса 2 по классификации Энгеля с сопутствующим синдромом обструктивного апноэ во сне.....	47

ТЕЗИСЫ IV МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ» (Г. ТОМСК, 20.11.2015)

Азанов А.З. Анализ результатов хирургического и комбинированного лечения распространенных форм колоректального рака.....	57
Алексеев Н.А., Баранов А.И., Снигирев Ю.В. Возможности интраоперационной антеградной эндоскопической папилло-финктеротомии в лечении больных холецистохоледохолитиазом.....	58
Алексеев В.А., Рыжова Е.А., Сиухина С.А. Экспериментальное обоснование нового способа лечения ахалазии кардии II-III степени.....	59
Батискин С.А., Золоев Д.Г. Влияние лодыжечно-arterиального давления на заживление раны первичным натяжением после ампутации нижней конечности на уровне голени.....	60
Быстров С.В., Горх П.И., Ивченко А.О., Чирьев А.И., Алипов В.В., Гавришин Е.В. Морфологические особенности течения хронического холецистита при желчнокаменной болезни.....	61
Воробьев В.М., Кошель А.П., Клюков С.С., Кучерова Т.Я., Копанчук А.В. Этапная реабилитация пациентов после операции по поводу гастродуodenального кровотечения	63
Жарников А.В., Плеханов А.Н. Применение продленной спинальной анестезии с использованием ропивакaina гидрохлорида у пациентов пожилого и старческого возраста.....	63
Золоев Д.Г., Баранов А.И. Факторы, влияющие на возникновение ишемии культи бедра в позднем периоде после ампутации.....	64
Кокорев О.В., Ходоренко В.Н., Дамбаев Г.Ц., Гюнтер В.Э. Противоопухолевая активность аллогенных клеток костного мозга, иммобилизованных в пористо-проницаемом инкубаторе из никелида титана	65
Кошель А.П., Клюков С.С., Воробьев В.М., Нустиаев Р.С., Авхименко В.А. Особенности проведения реабилитационных мероприятий в раннем послеоперационном периоде у пациентов после хирургического лечения по поводу заболеваний желудка	67
Кошель А.П., Копанчук А. В., Клюков С.С. К вопросу профилактики и коррекции моторно-эвакуаторных нарушений у пациентов в ранние сроки после операции на желудке	68
Кошель А.П., Кучерова Т.Я., Кошель Е.А., Нустиаев Р.С. Этапная реабилитация больных после операции по поводу гастродуodenальных язв.....	69
Плеханов А.Н., Дашиев Ц.Д. Опыт оказания хирургической помощи больным с кровотечениями из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка у больных циррозом печени.....	69
Полузктов В.Л., Игнатьев Ю.Т. Сравнительная характеристика оптической и виртуальной колоноскопии в диагностике полипоза толстой кишки	70
Ручкин Д.В., Назарьев П.И. Тактика радикального хирургического лечения adenокарциномы пищеводно-желудочного перехода	70
Ручкин Д.В., Раевская М.Б., Сизов В.А. Протокол периоперационного обеспечения эзофагэктомии	71
Ручкин Д.В., Рымаев О.А. Комбинированные операции в хирургическом лечении злокачественных новообразований желудка	73
Якушевский А.Б., Плеханов А.Н. Применение методики высокой спинальной анестезии при операциях на верхнем этаже брюшной полости	74
ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ	76
Указатель статей и кратких сообщений, опубликованных в журнале за 2015 г.	81
Именной указатель 18-го тома	84

Д. Г. Золоев, А. И. Баранов

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЕЙ КУЛЬТИ БЕДРА

D. G. Zoloyev, A. I. Baranov

TREATMENT OF PATIENTS WITH ISCHEMIA OF HIP STUMP

ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России, г. Новокузнецк
 ГБОУДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей»
 Минздрава России, г. Новокузнецк

Проведен анализ лечения 196 пациентов с наличием культи бедра, страдающих атеросклерозом, осложнениями сахарного диабета и облитерирующим тромбангиитом. У 45 больных имелись признаки ишемии культи (наличие болей в покое, язв, некрозов), и реампутация выполнялась значительно реже, чем у больных без признаков ишемии. У пациентов, которым выполняли реконструкцию внутренней подвздошной артерии, показатели выживаемости существенно не отличались от таковых в контрольной группе. Установлено, что в развитии ишемии культи бедра важное значение имеет нарушение проходимости подвздошного сегмента. Обоснован способ пластики внутренней подвздошной артерии с использованием аутоартериального трансплантата.

Ключевые слова: ишемия культи бедра, методы лечения, выживаемость, пластика внутренней подвздошной артерии.

Analysis of treatment of 196 patients with hip stump, atherosclerosis, complications of diabetes and obliterative thrombangiitis was performed. Among these patients there were signs of ischemia of the stump in 45 patients (rest pain, ulcers, necrosis), and no signs of ischemia of the hip stump in 151 patients who had undergone conservative treatment or the hip reamputation was statistically significantly lower, than in patients without signs of ischemia. There was no significant difference between survival indexes of the patients who had undergone a reconstruction of internal iliac artery and those in control set. It was found that obstruction of the iliac segment is crucial in the development of the ischemia of the hip stump. A method of laceration of the internal iliac artery with the usage of autoarterial transplant was developed.

Keywords: hip stump ischemia, treatment methods, survival, laceration of the internal iliac artery.

УДК 617.582-089.873-06:616-005.4-08
 doi 10.17223/1814147/55/6

ВВЕДЕНИЕ

В большинстве экономически развитых стран число ампутаций нижних конечностей составляет 25–28 случаев на 100 тыс. населения [1], что способствует увеличению инвалидизации и смертности [2]. Большая часть ампутаций проводится на уровне бедра [3], что сокращает шансы кумулятивной выживаемости пациентов по сравнению с транстибимальными ампутациями [2, 3]. Половина больных, перенесших трансфеморальную ампутацию, погибает в течение двух лет после операции усечения конечности [4, 5]. При этом тяжелые осложнения возникают не только в раннем, но и в позднем периоде после ампутации. Ишемия культи бедра в отдаленном периоде после трансфеморальной ампутации является крайне тяжелой патологией, не только ухудшающей условия реабилитации, но и существенно повышающей риск смерти больных [2].

Однако многие аспекты этой проблемы, в том числе выбор тактики и методов лечения, остаются недостаточно изученными.

Цель исследования: обосновать оптимальную тактику и методы лечения ишемии культи бедра.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ историй болезни 45 больных, поступивших в клинику ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России (г. Новокузнецк) в период с 1 января 1998 г. по 31 декабря 2013 г., с наличием ишемии культи бедра, которая наступила в течение трех и более месяцев после ампутации (основная группа). Из них 20 пациентам ампутация бедра выполнена в клинике ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России, 25 пациентам – в других хирургических стационарах; 24 пациента – жители г. Новокузнецка, 21 – других населенных пунктов Кемеровской области.

Контрольную группу составил 151 пациент с наличием культи бедра без признаков ее ишемии, поступивший на проведение реабилитационных и лечебных мероприятий в тот же период времени (все – жители г. Новокузнецка).

Критерии включения в выборку: наличие постампутационной культи бедра, указание в медицинских документах о том, что причиной ампутации бедра явилось заболевание периферических артерий. Критерии исключения: несответствие перечисленным выше критериям включения в выборку.

При изучении параметров пятилетней выживаемости «точкой включения» в исследование считали для больных основной группы первую госпитализацию в клинику с симптомами ишемии культи, для пациентов контрольной группы – первую госпитализацию с наличием постампутационной культи бедра; в качестве «конечных точек» исследования считали дату смерти или дату достижения пятилетнего дожития от «точки включения». Информацию об исходах у 175 пациентов – жителей г. Новокузнецка (24 – основной и 151 – контрольной групп) получали из базы данных «Смертность» Кустового медицинского информационно-аналитического центра Управления здравоохранения г. Новокузнецка; у 21 больного (все – из основной группы) – жителей других населенных пунктов Кемеровской области – путем информации от родственников или по данным последней госпитализации в клинику.

У больных обеих групп изучены параметры, предполагаемые в качестве факторов риска возникновения ишемии культи бедра: пол, возраст, место жительства (Новокузнецк или другой населенный пункт), вид нозологии (атеросклероз, осложнения сахарного диабета, тромбангиит), исходная (до ампутации) степень ишемии конечности (ишемия III или IV степени), исходная (до ампутации) тяжесть нарушений кровообращения (ЛАД < 50 мм рт. ст.; ЛАД > 50 мм рт. ст.), вид ампутации (первичная или вторичная), исходная (до ампутации) локализация облитерирующего поражения артерий (проксимальная или дистальная), наличие постампутационного дефекта с контрлатеральной стороны.

У 26 больных основной группы (28 культей) и 69 (72 культуры) контрольной группы изучены показатели дуплексного сканирования артерий. Фиксировали наличие окклюзии или гемодинамически значимого стеноза по сегментам артериального русла со стороны культуры бедра. Гемодинамически значимым стенозом считали уменьшение просвета артерии не менее 65 %.

Для обоснования метода пластики внутренней подвздошной артерии (ВПА) проведены патологоанатомические исследования на трупах 6 мужчин и 2 женщин.

Больным основной группы проводились следующие виды лечения, направленного на купирование ишемии культуры бедра. В 11 случаях выполнялась только консервативная терапия: инфузия декстранов, пентоксифиллина, даларгина, простаноидов (подгруппа больных «с консервативной терапией»). У 26 больных на фоне проводимой терапии выполнены хирургические вмешательства в виде реампутаций бедра или некрэктомии. Данная подгруппа условно обозначена как «больные с реампутацией». Хирургические вмешательства у этих больных выполнены под эпидуральной анестезией. Восьми пациентам в качестве основного вида лечения предпринята артериальная реконструкция (АР) подвздошных артерий (подгруппа «больные с АР»). Во всех случаях хирургическое вмешательство выполнено под эндотрахеальным наркозом. Описание метода АР приведено далее.

Открытая пластика подвздошных артерий осуществляется последовательным рассечением общей (ОПА) и внутренней подвздошной артерии (ВПА) для адекватной эвакуации атеросклеротических бляшек и резекции наружной подвздошной артерии (НПА) с целью формирования аутоартериального трансплантата. Выполняют разрез по латеральной поверхности ВПА на 2,5–3 см ниже угла, образованного НПА и ВПА. Затем формируют аутоартериальный лоскут из НПА и выкраивают заплату для пластики ВПА до отхождения первой из крупных ветвей НПА (*a. epigastrica inferior*, *a. circumflexa ilium profunda*) в области пупартовой связки. Выполняют артериотомию НПА по ее передне-медиальной поверхности. Затем разрез продолжают в обратном направлении по задней поверхности НПА параллельно линии разреза передней поверхности НПА и завершают в области угла бифуркации ОПА. Далее выполняют артериотомию ОПА от нижнего угла устья ВПА на длину всей протяженности окклюзированного участка. Выполняют эвакуацию атеросклеротических масс. Подготовка аутоартериальной заплаты осуществляется путем рассечения цилиндра (фрагмент НПА) продольно вдоль, получается один пятиугольный или два четырехугольных фрагмента заплаты, при дополнительном рассекании продольно вдоль длинной. Четырехугольные фрагменты можно соединить и получить заплату большей длины. Выполняют пластику ВПА аутоартериальным лоскутом, сшивая задний край разреза ВПА и задний край заплаты из НПА, не доходя 0,5–1,0 см до нижнего угла бифуркации артерий. Накладывают аутоартериальную заплату острым углом вниз на ВПА, а прямоугольную ее часть на ОПА. Начинают вшивать в разрез

ОПА, при этом в случае артериотомии ОПА большой протяженности аутоартериальную заплату составляют из двух четырехугольных фрагментов, в этом случае появляется возможность закрытия дефекта артерии длиной 12–14 см.

Выполнение описательной статистики проводилось вычислением среднего арифметического значения M в качестве характеристики центральной тенденции выборки; для оценки меры рассеивания вычисляли среднее квадратичное отклонение δ и стандартную ошибку среднего m . Сравнение двух независимых групп по одному признаку проводили с использованием t -критерия Стьюдента. Нуевую гипотезу отвергали в случае $p < 0,05$. Для проверки статистических гипотез о различиях абсолютных и относительных частот, долей и отношений в двух независимых выборках использовался критерий χ^2 Пирсона. Логистический регрессионный анализ использовали для прогнозирования ишемии культи бедра, которая в данном исследовании являлась зависимой переменной. Для определения независимых предикторов ишемии культи бедра проводили процедуру пошагового включения предикторов, ранжированных по значению χ^2 . Предикторы включали в модель, если увеличивалась доля верного предсказания ишемии культи бедра. Анализ выживаемости проводили в период до 60 мес. Для построения «таблиц дожития» были выбраны следующие временные интервалы: 0–1 мес; 1–3; 3–6; 6–9; 9–12; 12–18; 18–24; 24–30; 30–36; 36–42; 42–48; 48–54; 54–60 мес. Статистическая значимость различий в группах определялась с помощью log-rank критерия.

Вычисления проводились с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Изучение показателей пятилетней выживаемости позволило установить, что в группе больных с наличием клинических признаков ишемии культи бедра они были в 1,6 раза ниже, чем у пациентов без ишемии (33,3 и 51,7%, соответственно; $p < 0,05$).

При изучении предполагаемых факторов риска развития ишемии культи бедра установлено, что пациенты с ишемией культи бедра статистически значимо чаще, чем пациенты без ишемии ($p < 0,05$) принадлежат к мужскому полу (93,3 и 80,1% соответственно), больны атеросклерозом (85,1 и 66,2%) соответственно, имеют культи бедра с контрлатеральной стороны (38,3 и 2,7%). В отношении остальных изучаемых параметров статистически значимых различий между группами не отмечено.

Признаки, в отношении которых были установлены статистически значимые различия между группами больных, были подвергнуты многофакторному логистическому анализу. Данные, представленные в табл. 1, свидетельствуют о том, что максимальные шансы ишемии бедра имеют пациенты с парными культурами бедра вследствие облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей.

Таблица 1
Результаты многофакторного логистического анализа. Переменные в уравнении регрессии для прогноза ишемии культи бедра у пациентов с ЗПА

Фактор	p	Отношение шансов (95%-й ДИ)
Наличие парных культей бедра	0,000	13,5 (4,1–44,5)
Атеросклероз артерий нижних конечностей	0,056	2,6 (1,0–6,9)
Мужской пол	0,277	2,03 (0,6–7,3)

По данным дуплексного сканирования артерий (табл. 2) аорто-подвздошно-бедренного сегмента, у большинства пациентов контрольной группы имелась хорошая проходимость инфраrenalного отдела аорты и ОПА. Напротив, лишь у трети больных с ишемией культи отмечена проходимость ОПА.

Таблица 2
Данные проведения дуплексного сканирования аорты и артерий со стороны культи бедра у пациентов с клиническими признаками (1-я группа) и без клинических признаков (2-я группа) ишемии культи

Артериальный сегмент	Группа больных								p	
	1-я группа				2-я группа					
	n	n_1	x_1	m_1	n	n_2	x_2	m_2		
Аорта	26	17	65,4	9,3	69	65	94,2	2,8	<0,05	
ОПА	28	9	32,1	8,8	72	65	90,3	3,5	<0,05	
ОБА	28	5	17,9	7,2	72	38	52,8	5,9	<0,05	
ГБА	28	5	17,9	7,2	72	44	61,1	5,8	<0,05	
ПБА	28	0	0,0	0,2	72	6	8,3	3,3	<0,05	

Примечание. n – число больных (для аорты) или культей бедра в каждой группе; n_1 и n_2 – число случаев проходимости сегмента артерий в соответствующей группе; x_1 и x_2 – проходимость сегмента артерий в соответствующей группе, %; m_1 и m_2 – средняя ошибка относительной величины в соответствующей группе; p – уровень статистической значимости различий показателей 1-й и 2-й групп больных.

Поражение бедренных артерий было установлено у значительного числа больных обеих групп, при этом в группе больных с ишемией

культы показатели частоты случаев проходимости артерий были статистически значимо ниже, чем у пациентов второй группы. Поражение ПБА имело место у 92% пациентов без ишемии и у 100% – с ишемией культуры, ОБА – у половины пациентов без ишемии и у 82% больных – с ишемией культуры бедра.

Изучение параметров пятилетней выживаемости больных в зависимости от вида лечения позволило установить следующее.

В контрольной группе больных без признаков ишемии выживаемость составила 51,7%. Показатель пятилетней выживаемости у больных с ишемией культуры бедра, которым проводили только консервативное лечение (11 пациентов), составил 18,2% ($p < 0,05$), у 26 пациентов с реампутацией бедра он был статистически значимо ниже по сравнению с контрольной группой ($p > 0,05$) и составил 30,8%. Показатель выживаемости больных, которым выполнена реконструкция внутренней подвздошной артерии, составил 62,5%, существенно не отличаясь от соответствующих параметров в контрольной группе ($p > 0,05$) и, напротив, по отношению к показателям у остальных больных с ишемией культуры (консервативное лечение, некрэктомия, реампутация, $n = 37$), отличия были на грани статистически значимых ($p = 0,056$).

Методические особенности предложенного способа пластики ВПА не представляют сложностей для проведения аутоартериальной пластики. Способ может быть осуществлен с помощью общепринятого забрюшинного (параректального) доступа к подвздошным артериям, как это традиционно применяется при проведении открытых артериальных реконструкций подвздошных артерий. Во всех случаях выкроенные заплаты из НПА позволили без технических трудностей закрыть артериотомические дефекты как ВПА, так и ОПА.

ОБСУЖДЕНИЕ

В современной литературе имеются лишь единичные сообщения, касающиеся изучения теоретических и клинических аспектов ишемии культуры бедра, возникающей в позднем периоде после трансфеморальной ампутации. Тем не менее, они позволяют полагать, что это не только достаточно редкая, но и крайне тяжелая патология, угрожающая жизни больного и исключающая возможность эффективной двигательной реабилитации [2]. Последнее подтверждают и приведенные в настоящей работе данные, которые показали существенное снижение пятилетней выживаемости у больных с ишемией культуры бедра.

Основным методом лечения ишемии культуры бедра остается консервативная терапия, а при

наличии обширного язвенно-некротического процесса – также некрэктомия и реампутация культуры бедра. Однако эффективность их невысока и, как свидетельствуют результаты проведенных исследований, показатели выживаемости больных при использовании этих методов значительно ниже значений в группе пациентов без ишемии культуры.

Вопросы реваскуляризации культуры бедра при ее ишемии остаются малоизученной областью хирургии. В двух сообщениях о четырех случаях открытых АР [6] и четырех случаях применения эндоваскулярных процедур [7] по поводу ишемии культуры бедра приводятся данные о реваскуляризации культуры бедра через ГБА. Указанные публикации посвящены результатам лечения больных с прогрессирующей ишемией культуры бедра в ближайшие сроки после трансфеморального усечения конечности. Однако эти принципы неприемлемы в отношении АР при ишемии культуры в отдаленном периоде после усечения конечности.

Еще в начале 1990-х гг. в клинике ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России у 5 больных были предприняты попытки реваскуляризации ишемизированной культуры бедра в отдаленные сроки после усечения конечности путем реконструкции бедренных артерий: ни в одном случае не удалось выполнить АР ввиду диффузного поражения ГБА [2]. Крайне низкие перспективы прямой реваскуляризации культуры бедра при ее ишемии в отдаленные сроки после трансфеморальной ампутации через бедренные артерии подтверждают и результаты настоящего исследования: лишь у 17,9% больных с ишемией культуры имела место отчетливая проходимость ГБА и у такого же числа пациентов – ОБА. Что касается роли ПБА в кровоснабжении культуры, то она полностью теряет свое значение после ампутации бедра; отсутствие ее проходимости отмечено у подавляющего большинства больных как с ишемией, так и без ишемии культуры.

Поиск решения этой проблемы позволил обосновать положение, согласно которому реваскуляризация культуры бедра при ее критической ишемии может быть проведена путем восстановления кровотока через ВПА [2]. Данные исследований, представленные в настоящей работе, показали, что пластика ВПА позволяет достичь не только хороших ближайших, но и стойких отдаленных результатов лечения больных с данной патологией. Параметры пятилетней выживаемости больных, перенесших АР, были выше, чем в группах пациентов, которым проводилось консервативное лечение, некрэктомия или реампутация, и существенно не отличаются от таковых у больных без ишемии культуры.

Во всех случаях АР, приведенных в настоящем исследовании, применена открытая эндартер-

эктомия с последующей пластикой артерий аутоартеральной заплатой; синтетические трансплантаты не использовались. Учитывая наличие обширного язвенно-некротического процесса в области торца культи, т.е. в непосредственной близости от зоны операции, это обстоятельство имеет важное значение, поскольку способствует снижению риска инфекционных осложнений в послеоперационном периоде. Результаты проведенных исследований позволили установить, что, по данным дуплексного сканирования артерий, более чем у 65% больных с ишемией культи имело место выраженное снижение проходимости ОПА, которая является артерией притока при реваскуляризации культи через ВПА. Изучение факторов риска возникновения ишемии культи бедра показали, что таковыми являются нозологический фактор (атеросклероз, как причина облитерирующего поражения артерий) и фактор наличия культи бедра (но не голени) с контрлатеральной стороны. Вместе с тем, это именно те факторы, которые способствуют активизации развития окклюзирующе-стенозирующего процесса в проксимальном (аортоподвздошном) сегменте артериального русла конечности [2].

Полученные данные дают основание полагать, что у значительной части больных с ишемией культи бедра, которые могут рассматриваться как потенциальные претенденты на реваскуляризующее вмешательство, может потребоваться не только пластика ВПА, но и реконструкция ОПА. Проведенные патологоанатомические исследования с изучением длины и

диаметра фрагмента НПА от внутреннего угла бифуркации ОПА до отхождения первых крупных ветвей НПА позволили обосновать оптимальную геометрию разрезов ОПА, ВПА, НПА. Последнее стало обоснованием предложенного нами способа пластики подвздошных артерий (Золоев Д.Г. и др. Патент № RU 02433793 С2). Эти данные позволили определить максимальную длину свободного фрагмента НПА для выкраивания заплаты и закрытия артериотомического дефекта не только ВПА, но и ОПА на значительном протяжении, не ухудшая при этом условий коллатерального кровообращения.

На сегодняшний день ввиду крайне небольшого объема теоретических знаний и опыта мировой клинической практики в области лечения ишемии культи бедра отсутствуют и конкретные рекомендации относительно показаний, выбора рациональной тактики и оптимальных методов лечения этой крайне тяжелой патологии. Представленные в настоящей работе данные расширяют существующие знания в этой области медицины.

ВЫВОДЫ

1. В развитии ишемии культи бедра важное значение имеют нарушения проходимости подвздошно-бедренного сегмента артериального русла.

2. Хирургические вмешательства с восстановлением кровотока через внутреннюю подвздошную артерию являются перспективным методом лечения ишемии культи бедра.

ЛИТЕРАТУРА

1. TASC Working Group Trans-Atlantic Inter-Society Consensus Management of Peripheral Arterial Disease // International Angiology. – 2000. – V. 19 (Suppl. 1), № 1. – P. 1–304.
2. Золоев Г. К. Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей. – М.: Медицина, 2004. – 432 с.
3. TASC Working Group Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arteria disease (TASC II) // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 2007. – V. 33 (Suppl. 1).
4. Ploeg A.J., Lardenoye J. W., Vrancken F. M. et al. Contemporary series of morbidity and mortality after lower limb amputation // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 2005. – V. 29, № 6. – P. 633–637.
5. Васильченко Е. М., Золоев Г. К. Показатели выживаемости пациентов с заболеваниями периферических артерий недиабетического генеза после ампутации нижней конечности. Популяционное исследование // Анналы хирургии. – 2012. – № 3 – с 48–53.
6. Manouguian S. Profundare vaskularisation bei Stumpfischamie nach Oberschenkelamputation // Zentralbl. Chir. – 2001. – V. 126, № 2. – P. 157–160.
7. Poi M. J., Pisimisis G., Barsches N. R. et al. Percutaneous profunda femoris artery revascularization to prevent hip disarticulation: case series and review of the literature // Am. J. Surg. – 2012. – V. 204, № 5. – P. 649–654.

REFERENCES

1. TASC Working Group Trans-Atlantic Inter-Society Consensus Management of Peripheral Arterial Disease. International Angiology, 2000, vol. 19 (Suppl. 1), no. 1, pp. 1–304.
2. Zoloyev G.K. Obliteriruyushchie zabolевaniya arteriy nizhnih konechnostey [Obliterating diseases of lower limb arteries]. Moscow, Medicine Publ., 2004. 432 p. (in Russian).
3. TASC Working Group Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arteria disease (TASC II). Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg., 2007, vol. 33 (Suppl. 1).

4. Ploeg A.J., Lardenoye J. W., Vrancken F. M. et al. Contemporary series of morbidity and mortality after lower limb amputation. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.*, 2005, vol. 29, no. 6, pp. 633–637.
5. Vasil'chenko Ye.M., Zoloyev G.K. Pokazateli vyzhivaemosti pacientov s zabolevaniyami perifericheskikh arteriy nediateticskogo geneza posle amputacii nizhney konechnosti. Populyacionnoe issledovanie [Rates of survival in patients with non-diabetic peripheral artery diseases after lower limb amputation. Population study]. *Annaly hirurgii – Annals of Surgery (Russia)*, 2012, no. 3, pp. 48–54 (in Russian).
6. Manouguian S. Profundare vaskularisation bei Stumpfischamie nach Oberschenkelamputation. *Zentralbl. Chir.*, 2001, vol. 126, no. 2, pp. 157–160.
7. Poi M. J., Pisimisis G., Barshes N. R. et al. Percutaneous profunda femoris artery revascularization to prevent hip disarticulation: case series and review of the literature. *Am. J. Surg.*, 2012, vol. 204, no. 5, pp. 649–654.

Поступила в редакцию 12.11.2015
Утверждена к печати 10.12.2015

Авторы:

Золоев Дмитрий Георгиевич – врач сердечно-сосудистый хирург ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России (г. Новокузнецк).

Баранов А. И. – ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Минтруда России (г. Новокузнецк).

Контакты:

Золоев Дмитрий Георгиевич

тел.: 8 (3843) 37-78-15

e-mail: root@reabil-nk.ru; reabil-nk@yandex.ru

XXI
FESSH
SANTANDER 2016
22nd - 25th June 2016 - Santander Exhibition Centre, SPAIN

ARRIVAL FLIGHTS
AT SANTANDER AND BILBAO CONFERENCE AIRPORTS
TO SANTANDER, BILBAO & PAMPLONA

Santander:	Bilbao:
Brussels Charleroi	10 minutes away from Santander
Dublin	Dublin
Düsseldorf Weeze	Manchester
Edinburgh	London Heathrow
Frankfurt Hahn	Düsseldorf
London Stansted	Amsterdam Schiphol
Milan Bergamo	Brussels
Milan Malpensa	Paris Orly
Rome Ciampino	Frankfurt
	Stuttgart
	Munich
	Geneva
Madrid:	Milan Malpensa
Central America	Venice Marco Polo
North America	Berlin Tegel
South America	Oslo Gardermoen
Asia	Istanbul
Africa	Lisbon
Europe	

(Flight duration from Santander and Bilbao to Conference Airports for all the routes)
Arrival time from Bilbao to Santander

www.fessh2016.com