

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинике общей хирургии АГМА с применением миниинвазивных методов лечения пролечено 46 пациентов, страдающих хронической ишемией нижних конечностей. Ишемия 2Б ст. по А.В. Покровскому имела у 34 пациентов, ишемия 3 ст. — у 7 пациентов, ишемия 4 ст. — у 5 больных. Мужчин было 41, женщин — 5. Средний возраст пациентов составил 64 ± 5 лет. В предоперационном периоде всем больным проводилось ультразвуковое триплексное исследование артерий нижних конечностей. У всех пациентов имело место мультифокальное атеросклеротическое поражение магистральных артерий нижних конечностей с преимущественным поражением дистальных отделов. Всем больным были выполнены не прямые реваскуляризирующие операции с применением миниинвазивных методик: эндоскопическая внебрюшинная поясничная симпатэктомия — 28 больным, внебрюшинная поясничная симпатэктомия через мини-доступ — 18 пациентам. Все операции выполнялись в сочетании с реваскуляризирующей остеотрепанацией нижних конечностей.

Эндоскопическая поясничная симпатэктомия проводилась с помощью видеоэндоскопического комплекса, используемого для лапароскопических операций. После создания ретроперитонеума углекислым газом с давлением 12–14 мм рт.ст., вводились 5 и 10 мм троакары. С помощью введенного манипулятора, под контролем лапароскопа, удаляли цепочку симпатических ганглиев. Забрюшинное пространство дренировали трубкой на 1 сутки.

Поясничную симпатэктомию через мини-доступ выполняли с использованием набора хирургических инструментов «мини-ассистент» и инструментов для лапароскопических операций. Реваскуляризирующую остеотрепанацию бедренной и берцовой кости выполняли сверлом диаметром 4–5 мм по стандартной методике.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех пациентов с ишемией 2Б степени отмечалось увеличение дистанции безболевого ходьбы, повышение температуры в пораженной конечности на $1,5 - 2^\circ$. У пациентов с критической ишемией отмечалось купирование боли покоя, повышение температуры конечности на $0,5 - 1^\circ$, ограничение акральных некрозов, что позволило выполнять некрэктомию вторым этапом на фоне улучшенной гемодинамики конечности. Малая травматичность операции способствовала ранней активизации больных, уменьшению болевого синдрома, сокращению времени пребывания в стационаре.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Применение миниинвазивных методов лечения пациентов с хронической ишемией нижних конечностей, таких как эндоскопическая внебрюшинная поясничная симпатэктомия и внебрюшинная поясничная симпатэктомия через мини-доступ, способствует улучшению непосредственных результатов лечения и может эффективно применяться при данной патологии.

А.С. Зюзько, Е.Г. Новолодский, А.П. Сахарюк, В.В. Шимко

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

*ГБОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия (Благовещенск)
МБУЗ Городская клиническая больница (Благовещенск)*

Цель исследования: оценить эффективность эндоскопической субфасциальной диссекции перфорантных вен при длительно незаживающих и/или рецидивирующих трофических язвах венозной этиологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты хирургического лечения 78 больных с длительно незаживающими и/или рецидивирующими трофическими язвами венозной этиологии. Возраст больных составил от 35 до 73 лет, мужчин было 18, женщин — 60. У всех пациентов трофические язвы локализовались на голени, при ультразвуковом исследовании выявлен низкий олиго- или мультиперфорантный сброс через несостоятельные перфорантные вены, локализующиеся непосредственно в зоне трофических нарушений. Варикозная болезнь диагностирована у 58 пациентов, посттромботическая болезнь у 20 больных. Всем больным было выполнено хирургическое лечение, включавшее эндоскопическую субфасциальную диссекцию перфорантных вен.

Объем хирургического вмешательства включал кроссэктомию, субфасциальную эндоскопическую диссекцию перфорантных вен, стриппинг большой подкожной вены. Эндоскопический этап операции выполняли с помощью видеоэндоскопического комплекса фирмы ЭФА (г. Санкт-Петербург), используемого для лапароскопических операций.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Послеоперационные осложнения наблюдались у четырех пациентов — у трех больных субфасциальная гематома (при отсутствии дренажа субфасциального пространства) и у одного больного — нагноение послеоперационной раны. Лечение осложнений проводилось общепринятыми мероприятиями.

Средняя длительность пребывания больных в стационаре составила 4,5 дней. Дальнейшее лечение проводилось в амбулаторных условиях и включало компрессионную и фармакологическую терапию, физиолечение, перевязки. У всех пациентов отмечалось стойкое заживление трофических язв в сроки до двух недель после хирургического лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Больным с длительно незаживающими и/или рецидивирующими трофическими язвами на фоне хронической венозной недостаточности показано хирургическое вмешательство, при этом операцией выбора является субфасциальная эндоскопическая диссекция перфорантных вен. Эндоскопическая субфасциальная диссекция несостоятельных перфорантных вен позволяет выполнить коррекцию гемодинамических нарушений без применения доступов через индуративно измененные ткани, что значительно сокращает длительность пребывания больных в стационаре и сводит к минимуму послеоперационные осложнения.

Е.М. Зяблицкая, А.Ю. Быков, Е.Г. Юшина, Е.В. Григоров, Е.В. Галкина

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИИ ДОНОРСКОЙ ПОЧКИ

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)

Туберкулез в посттрансплантационном периоде является серьезной проблемой во всем мире. Частота туберкулеза у реципиентов почечного трансплантата значительно выше, чем в общей популяции, по некоторым данным превышает в 40—50 раз. Примерно 45—60 % случаев туберкулеза развивается в первый год после трансплантации. **Целью** исследования является определение основных факторов риска развития туберкулеза у пациентов после трансплантации почки.

МЕТОДЫ

Ретроспективно проанализированы случаи возникновения туберкулезного поражения в серии 361 ренальной трансплантации, выполненной в ГБУЗ НСО «ГНОКБ» с 1999 по 2011 г. Оценивалась длительность пребывания на программном гемодиализе до трансплантации почки, функция трансплантата, клиническое проявление ТБ, методы диагностики, протоколы лечения и исходы заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В течение десятилетнего периода выявлено 5 случаев туберкулеза из 361 реципиентов почечного аллотрансплантата в нашей клинике, частота встречаемости 1,4 %, средний возраст пациентов 45,4 года (от 32 до 60 года). Среднее время развития туберкулеза после выполненной трансплантации — 16,2 месяца (от 1 до 48 месяцев). Длительность пребывания на гемодиализе в среднем 35,8 месяцев (от 10 до 96 месяцев). У трех пациентов легочная форма туберкулеза, у одного — поражение кишечника, один случай развития туберкулезного поражения трансплантата. Микобактерии туберкулеза выявлены во всех случаях, трем пациентам потребовалось выполнение инвазивных диагностических методов. В одном случае диагноз подтвержден после смерти пациента. У 60 % пациентов была сопутствующая вирусная и/или бактериальная инфекции. Противотуберкулезная терапия проводилась по протоколам, включающим в себя применение изониазида, этамбутола, рифампицина. В качестве иммуносупрессивной терапии использовалась тройная схема, у 60 % пациентов применялся циклоспорин, у остальных такролимус. После развития туберкулеза иммуносупрессия редуцировалась во всех случаях. В течение противотуберкулезной терапии гепатотоксичность зарегистрирована только у одного пациента. В результате противотуберкулезной терапии 4 пациента вылечились с функционирующим трансплантатом, летальный исход — у пациента с тяжелой сопутствующей бактериальной инфекцией.

ВЫВОДЫ

Длительность гемодиализной терапии до трансплантации почки повышает риск развития туберкулеза. Симультанная оппортунистическая инфекция значительно повышает риск смерти пациентов. Ранняя диагностика, своевременная многокомпонентная противотуберкулезная терапия, а также тщательный мониторинг иммуносупрессивной терапии, функции трансплантата способствует не только успешному лечению пациента, но и сохранению функции трансплантата.