

вищеним ризиком 30 денної летальності у пацієнтів після хірургічних втручань. За даними досліджень, щотижневий приріст рівня гемоглобіну може складати від 5% до 18%.

При гострій кровотечі в периопераційному періоді хірургії судин застосовується введення транексамової кислоти, що входить в ініціативу Patient Blood Management. Це – гемостатик останнього покоління, в 26 разів активніший амінокапронової кислоти і в 10 разів ефективніший етамзилату. Препарат включений до списку ВООЗ як ключовий по значенню. Стартова доза 1 грам. Фармакологічна група: інгібітори фібринолізу. Не впливає на ризик розвитку тромботичних ускладнень (не збільшує коагуляційний потенціал = не підвищує частоту розвитку тромбозів). Її можна застосовувати одночасно з низько-молекулярними гепаринами (НМГ). В післяопераційному періоді переважно застосовуються комбінації ацетилсаліцилової кислоти, рівароксабану і рідко клопідогрелю.

Стосовно інфузійної терапії визначено наступні максимальні безпечні добові дози залежно від швидкості та кратності введення: реосорбілакту – 11,0–33,0 мл/кг маси тіла; Сорбілакту – 3,0–10,0 мл/кг маси тіла; ксилату – 15,0–30,0 мл/кг маси тіла. При застосуванні ксилату у ранньому післяопераційному періоді у хворих із захворюванням аорти і магістральних судин встановлено, що цей препарат – ареактогенний інфузійний розчин, яке добре переноситься хворими. Його інфузії не супроводжуються розвитком посттрансфузійних реакцій та ускладнень, сприяють корекції порушень водно-електролітного балансу та проявляють дезінтоксикаційну дію.

Висновки. Гібридна хірургія критичної ішемії дозволяє суттєво розширити покази до хірургічних втручань і ефективніше рятувати кінцівку.

Оптимальною характеристикою електрозварювальної дії є помірна температура в зоні накладення електродів, так як гіпертермія викликає обуглення тканин і призводить до крихкості субстанції електрозварювального шва.

Розроблений варіант джерела живлення для електрозварки судин не поступається відповідним аналогам, але відрізняється меншими габаритами і простотою роботи, є більш економічним і менш енергоємним.

Медикаментозна терапія у поєднанні з використанням інноваційних пристроїв може сприяти кращому прогнозу у пацієнтів з ЗПА після відкритих та ендovasкулярних втручань.

Профіль ефективності комбінованої терапії рівароксабан 2,5 мг 2 р/д у поєднанні з АСК зберігається поза залежністю від супутнього призначення клопідогрелю.

Використання багатокомпонентного полііонних колоїдно-гіперосмолярних розчинів для периопераційної терапії при реконструктивних операціях на аорті і магістральних судинах супроводжувалось більш вираженою стабільністю показників гемодинаміки і насичення артеріальної крові киснем.

Призначення Левофлоксацину – антибіотика широкого спектру дії, привело до зниження кількості післяопераційних ускладнень, а застосування багатоатомних спиртів забезпечило покращення регіонального кровотоку в судинах нижніх кінцівок.

Контроль гемостазу у периопераційному періоді при артеріальних реконструкціях

М. В. Чехлов, А. Л. Бобирь, Є. А. Столярчук

Одеський Національний Медичний університет

Вступ. Антитромботична терапія є фундаментальним компонентом судинної хірургії та вносить значний внесок у ранні та пізні результати судинної реконструкції. Першим антикоагулянтом, який застосовувався під час операції, був нефракціонований гепарин (НФГ), що дозволило успішно завершити судинні хірургічні процедури, які раніше були пов'язані з високим рівнем периопераційного тромбозу.

Нині антитромботична терапія в звичайній судинній хірургії включає антитромбоцитарні засоби, АВК, НОАК, НФГ та НМГ. Периопераційне застосування цих препаратів спрямоване на зменшення або запобігання тромбозу в місці операції та тромбоемболічних явищ у подальшому. У післяопераційному періоді головною метою антитромботичної терапії є збільшення частоти реконструкції судин і шунтування. Крім того, було показано, що антитромбоцитарні засоби значно знижують серцево-судинні, цереброваскулярні та периферичні судинні захво-

рування та смертність. Проте оптимальні антикоагуляційні та антитромбоцитарні стратегії під час та після судинної хірургії все ще обговорюються. Хоча кілька хороших контрольованих досліджень досліджували антитромботичні методи лікування хірургічних втручань при оклюзійній хворобі артерій, така терапія може відрізнятися залежно від типу операції, використання трансплантатів або стентів та клінічної ситуації пацієнтів. Тому суворі вказівки чи навіть рекомендації зустрічаються рідко.

Найбільш значущим і частим ускладненням антикоагулянтного лікування є сильна кровотеча, що, як відомо, пов'язано зі значними клінічними ускладненнями і фінансовими витратами. Оскільки необхідність антикоагулянтної терапії після артеріальних реконструкцій незаперечна, оцінка індивідуального ризику кровотечі є актуальною при виборі відповідного антикоагулянту і визначення тривалості лікування. Методика низькочастотної п'езоелектричної вібраційної гемостазиографії (НПВГ) є

апаратним методом описової характеристики системи гемостазу пацієнта в режимі реального часу.

Матеріал і методи дослідження. Дослідження ефективності методики ПНВГ проводилося ретроспективно за період 2016–2020. Загальну вибірку складають 348 пацієнтів після артеріальних реконструкцій нижніх кінцівок, які включали в себе хірургічні та ендovasкулярні методи.

Контрольні дослідження проводилися протягом періоду підбору терапії – перед операцією, через 1–2 години після її закінчення, під час бриджингу еноксапарином та на перший–другий день основної схеми (подвійної антитромбоцитарної, «VoyagerPAD» або альтернативної); у подальшому – 1 раз на 3–6 місяців або за необхідності корекції схеми у випадку кровоточивості/кровотеч.

Результати та обговорення. Протягом періоду спостереження у 287 пацієнтів ми підтвердили ефективність класичних схем антитромботичної терапії у пацієнтів після артеріальних реконструкцій; у 61 пацієнта ми були вимушені змінити дозування, кратність або сам препарат з огляду на підвищені ризики кровотечі або тромбозу.

Досвід Університетської клініки ОНМедУ спирається на широке використання із зазначеною метою в клінічній практиці глобального тесту на дослідження коагуляції – п'езоелектричної низькочастотної вібраційної гемовіскозиметрії (ПНВГ). Метод є апаратним і комп'ютеризованим, а на практиці вимагає наявності самого аналі-

затора, штатного фахівця і можливості забору крові і завантаження її в робочу камеру extempore. Технологія передбачає можливість послідовного структурного і хронометричного дослідження показників фаз агрегації, коагуляції і фібринолізу в режимі реального часу. Метод уможливує завдання оцінки вихідного та подальшої динаміки стану системи гемостазу з інтегральним урахуванням усіх факторів без необхідності додаткових лабораторних показників і анамнестичних даних. Слід сказати, що при використанні ПНВГ також має місце емпіричне калібрування цільових показників через відсутність лінійних коефіцієнтів перерахунку «доза–результат», що вимагає досвіду використання апарату при рутинній оцінці системи гемостазу і з метою підбору антикоагулянтної терапії. Під час тривалого лікування при регулярному плановому дослідженні і при відсутності факторів різкої зміни стану системи згортання метод дозволяє успішно оцінювати поточний стан агрегації і коагуляції крові, виявляти їх зміни і співвідносити з ризиками тромбо–геморагічних ускладнень.

Висновки. Таким чином, використання глобальних тестів на коагуляцію у пацієнтів, які отримують антитромботичну терапію, дозволяє адекватно підбирати дозу препаратів і ефективно контролювати систему гемостазу протягом періоду лікування.

Анатомічна реконструкція підколінної артерії при критичній ішемії нижніх кінцівок

М. В. Чехлов, Є. А. Столярчук

Одеський Національний Медичний університет

Вступ. Оклюзійна хвороба підколінної артерії є частим явищем, особливо у пацієнтів літнього віку, курців, а також у хворих на цукровий діабет та інші серцево-судинні захворювання. Щороку в Сполучених Штатах проводять понад 100 000 реконструктивних операцій на периферичних артеріях і 50 000 ампутацій нижніх кінцівок з приводу ішемії нижніх кінцівок. Багато з них пов'язані із захворюванням підколінної артерії.

Діагностика оклюзійної хвороби підколінної артерії дуже важлива через ризик загрозливої хронічної ішемії, тромбозу або дистальної емболізації. Крім того, у пацієнтів із захворюванням периферичних артерій загалом спостерігається помітно підвищена поширеність ішемічної хвороби серця, цереброваскулярної хвороби та смертності. Визнання цього взаємозв'язку дозволяє належним чином керувати супутніми медичними захворюваннями та зменшувати фактор ризику.

Крім атеросклерозу, оклюзійне захворювання підколінної артерії може бути викликано емболією, підколінним ентрапмент-синдромом, кістозною адвентиціальною хворобою та травмою.

Незалежно від причини оклюзії підколінної артерії втручання показано пацієнтам із вираженою кульгавістю, яка змінює спосіб життя і не піддається медикаментозному лікуванню.

Факторами несприятливого віддаленого результату є: використання стентів у гнучкому відділі артерії, а також використання алошунтів до дистальної третини артерії, а також умови надмірної травми ендотелію в дистальному анастомозі (системна артеріальна гіпертензія, відсутність колатеральної декомпресії, екстраанатомічний анастомоз у площині, поперечній до кровотоку).

Ендартеректомія як хірургічний варіант лікування оклюзійного захворювання стегново-підколінного сегмента була введена Дос Сантосом у 1947 році, коли він описав ендартеректомію атеросклеротичної поверхневої стегнової артерії (SFA). Куллін у 1949 році повідомив про свій досвід стегново-підколінного шунтування за допомогою підшкірної вени. Незважаючи на те, що ендартеректомія була однією з перших описаних процедур, шунтування перевершило її як більш ефективна процедура при оклюзійній хворобі в інфраінгвінальній облас-