

ВЫБОР МЕТОДА АНГИОПЛАСТИКИ ПРИ ТРАВМЕ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Ю. А. Трезубенко, А. Г. Иванов, В. Н. Абашкин

*Одесский государственный медицинский университет,
сосудистый центр Одесской областной клинической больницы*

В последнее десятилетие в Украине отмечено увеличение частоты травматического повреждения глубоких сосудистых структур, что обусловлено как ухудшением криминогенной ситуации, так и износом производственного оборудования. Такая ситуация требует детализации тактики лечения, унификации методического подхода к технике выполнения оперативных вмешательств, совершенствования знаний и умения ангиохирургов. Анализ собственного опыта в решении таких вопросов может помочь в выработке единой ангиохирургической доктрины.

Целью исследования было определение адекватного вида восстановительной операции на магистральных сосудах в зависимости от уровня и протяженности повреждения артерии.

Проанализированы результаты восстановительных неотложных операций на магистральных артериях, выполненных в 2005 — 2008 гг. у 37 больных. Мужчин было 28, женщин — 9. Возраст больных от 18 до 56 лет. Повреждение сосудов подвздошного сегмента отмечено у 11 пациентов, бедренного — у 14, подколенно—берцового — у 7, плече—локтевого — у 5. Протяженность повреждения артерии до 1,5 см отмечена лишь у 6 больных, у остальных — от 2 до 5 см. Двое больных доставлены в поздние сроки (более 6 ч) после травмы с признаками контрактуры мышц (у них выполнена ампутация конечности). У остальных больных выполнены ангиопластические операции с восстановлением магистрального кровотока.

При травматическом повреждении артерий протяженностью до 1,5 см нами проведено экономное иссечение краев раны сосуда с наложением прямого шва атравматичной нитью у 6 больных (из них у 2

при продольном повреждении — с наложением аутовенозной заплаты). При более протяженной травме проведено протезирование артерий: в подвздошном сегменте — с использованием аллопротеза "Север" у 10 больных, в бедренном сегменте — у 9 с использованием аутовены, у 4 — аллопротеза, в плече—локтевом и подколенно—берцовом сегментах — только аутовенозное протезирование (у 12 больных). Эффективность восстановления кровотока оценивали интраоперационно путем определения пульса на периферических артериях, а после операции — с помощью дуплексного сканирования. У 2 больных в раннем послеоперационном периоде возник тромбоз зоны операции, устранен путем тромбэктомии с помощью зонда Фогарти. Все пациенты живы. У 3 больных возникла лимфорейя, устранена консервативными средствами. Продолжительность лечения больных в стационаре составила в среднем $(8,1 \pm 0,2)$ дня. Трудоспособность восстановлена у 35 больных (у 2 — установлена инвалидность после ампутации конечности).

Выводы

1. Успех восстановительных операций при травме магистральных артерий зависит от сроков выполнения реконструктивных вмешательств.
2. Выбор метода протезирования поврежденной артерии зависит от уровня поражения сосудистого сегмента.
3. Реконструкцию в подвздошном сегменте следует выполнять с использованием аллопластического материала, в более низко расположенных сегментах — предпочтение отдают применению аутовен.

ЗМІНИ РІВНЯ ГЛІКЕМІЇ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ УРАЖЕННЯ СТОПИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

В. П. Федоренко, О. В. Загородній

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Львівська обласна клінічна лікарня*

До ускладнень у хворих на цукровий діабет (ЦД), які є показаннями до їх невідкладної госпіталізації до хірургічного стаціонару, належить ураження стопи: нагноєна мозоля, трофічна виразка, флегмона, абсцес, некроз (гангрена), незагоєна операційна рана,

сепсис, або їх поєднання. ЦД — це патологічний стан, а точніше, гетерогенна група патологічних станів, спричинених абсолютною або відносною недостатністю інсуліну, що зумовлює гіперглікемію, порушення вуглеводного, ліпідного, білкового обміну та