© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019

УДК 616.137-004.6-089

Пинчук О.В. (oleg_pinchuk@mail.ru), **Образцов А.В.**, **Яменсков В.В.**, **Раков А.А.**, **Абросимов А.А.** — Реваскуляризация нижней конечности при мультисегментарном атеросклеротическом поражении.

3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская область

Рассмотрены вопросы хирургического лечения мультисегментарного атеросклеротического поражения артерий нижних конечностей. Приведены данные и анализ собственных наблюдений. Обобщен опыт 9 редких шунтирующих операций «длинных» шунтов. Подобные операции, как альтернатива ампутации, могут выполняться при адекватной оценке состояния артериального сосудистого русла и строго индивидуальном подходе. В ряде случаев такие способы реваскуляризации обеспечивают непосредственную компенсацию кровообращения конечности с длительным положительным результатом.

К л ю ч е в ы е с л о в а: длинный шунт, многоуровневое поражение, облитерирующий атеросклероз, реваскуляризация.

Pinchuk O.V., Obraztsov A.V., Yamenskov V.V., Rakov A.A., Abrosimov A.A. — Revascularization of the lower limb in multisegmental atherosclerotic lesions. The issues of surgical treatment of multisegmental atherosclerotic lesions of lower limb arteries are considered. Data and analysis of own observations are given. The experience of 9 rare shunt operations of «long» shunts is summarized. Such operations, as an alternative to amputation, can be performed with an adequate assessment of the state of the arterial vascular bed and a strictly individual approach. In some cases, such methods of revascularization provide direct compensation for the blood circulation of the limb with a long-term positive result.

К е у в о р д s: long shunt, multilevel lesion, atherosclerosis obliterans, revascularization.

Поражения сосудистого русла при облитерирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей принято классифицировать по анатомическому принципу на аорто-бедренные, бедренно-подколенные и подколенно-тибиальные окклюзии (стенозы).

Национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей (2013) указывают на недопустимость проведения больших ампутаций пациентам с критической ишемией конечности до того, как многопрофильная группа сосудистых специалистов не рассмотрит все возможности реваскуляризации. При этом, если имеется распространенное поражение и протяженные окклюзии, является оправданным формирование даже длинных шунтов. В последние годы большие надежды в лечении данной категории пациентов связываются с применением гибридных методик.

Однако в ряде случаев, при протяженном поражении артериального русла, ранее перенесенных неоднократных попыток хирургической реваскуляризации, «стандартные» вмешательства, направленные на сохранение конечности, выполнить не представляется возможным. В этих условиях приходится выполнять сложные, протяженные, каждый раз строго индивидуальные сосудистые рекон-

струкции. Публикации о подобных вмешательствах единичны и представляют значительный интерес.

За последние 10 лет в центре сосудистой хирургии 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого нами выполнены 9 хирургических вмешательств с формированием длинных артериальных кондуитов протяженностью два-три артериальных сегмента. Все пациенты были мужчинами в возрасте от 61 до 76 лет (средний возраст составил $68,2 \pm 7,2$ года) с атеросклеротическим поражением артериального русла. Восемь больных ранее в различные сроки уже переносили неоднократные сосудистые реконструкции с исходами в тромбозы.

Исходная ишемия в 2 случаях была IV степени и у 6 больных — III степени, т. е. критическая ишемия диагностировалась во всех наблюдениях. В числе выполненных операций — 2 аорто-подколенных, 3 общеподвздошно-подколенных и 4 наружноподвздошно-тибиальных шунтирований. В качестве сосудистых кондуитов в 3 случаях были использованы аутовены, 4 протеза — из синтетических материалов и в 2 наблюдениях применен биологический протез. Решение об объеме предполагаемой реваскуляризации принималось строго индивидуально, в значительной степени вынужденно, как аль-

тернатива первичной высокой ампутации на уровне бедра.

Приводим клинические наблюдения.

Больной Б., 61 год, поступил по поводу облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей, окклюзии левой поверхностной бедренной, левой подколенной артерии. В 2015 г. перенес аутовенозное бедренно-тибиальное шунтирование. Тяжесть исходной ишемии в виде трофической язвы тыла левой стопы, болей покоя была обусловлена тромбозом шунта. По результатам рентгеноконтрастной ангиографии был верифицирован характер поражения артериального русла конечности: диффузное поражение левой общей бедренной артерии, множественное протяженное поражение глубокой артерии бедра, окклюзии поверхностной бедренной, подколенной артерий, передней большеберцовой и малоберцовой артерий слева. Как альтернатива ампутации, 02.10.2018 г. проведено аутовенозное наружноподвздошно-заднелобберцовое шунтирование. Использована аутовена контралатеральной конечности. Доступ к наружной подвздошной артерии для формирования проксимального анастомоза выполнен из раны левой паховой области с пересечением пауперной связки. Ближайший послеоперационный период без осложнений, кровообращение конечности компенсировано. Артериальный кровоток по шунту без гемодинамически значимых препятствий (рис. 1, с. 4 вклейки).

Больной Т., 68 лет, неоднократно лечился по поводу облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей. На протяжении 15 лет перенес ряд эндоваскулярных и «открытых» реконструкций на артериях левой нижней конечности. Прогрессирование основного заболевания привело к ретромбозам ранее восстановленных хирургически артериальных сегментов. В сентябре 2016 г.

по поводу ишемических болей покоя, как альтернатива ампутации, на уровне бедра выполнено общеподвздошно-подколенное дистальное шунтирование слева комбинированным (аутовена+синтетический материал) протезом. Послеоперационный период без осложнений. Кровообращение левой нижней конечности удалось компенсировать. При контрольном обследовании через два года после операции (рис. 2, с. 4 вклейки) шунт функционирует, кровообращение конечности компенсировано.

Из 9 приведенных случаев «длинных» шунтов на момент выписки функционировали 8 реконструкций. В одном случае наблюдался ранний послеоперационный тромбоз наружноподвздошно-малоберцового шунта с последующей ампутацией конечности. В отдаленный период в сроки до 1 года прослежена судьба 7 больных, выписанных с функционирующим шунтом. У всех функция шунта не была нарушена, ишемический болевой синдром купирован излечением трофических поражений стопы и активными репаративными процессами. В сроки до 3 лет изучены результаты лечения 5 пациентов — отмечено еще два тромбоза реконструкции, в т. ч. с одной ампутацией. В настоящий момент под нашим наблюдением находятся два пациента данной группы с функционирующими более трех лет подобными реконструкциями.

Таким образом, при одномоментном поражении двух-трех артериальных сегментов применение «длинных» артериальных шунтов является вынужденной попыткой артериальной реваскуляризации как альтернативы первичной ампутации. При адекватном и строго индивидуальном подходе к выбору показаний подобные реконструкции могут способствовать сохранению нижней конечности на достаточно длительный срок.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019

УДК 616.24-002-053.9-085.33.03

Кулагина И.Ц. (*irina-kulagina@mail.ru*), **Лиходий В.И.**, **Зайцев А.А.** — Внебольничная пневмония у пожилых пациентов: эффективность режимов антимикробной терапии.

Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко, Москва

Проведена оценка клинической эффективности применения «защищенных» аминопенициллинов (амоксциллин/клавуланат, амоксициллин/сульбактам) и цефалоспоринов 3-го поколения при лечении нетяжелой внебольничной пневмонии у пациентов старше 60 лет в условиях стационара. Проанализирована 71 история болезни. Оценка осуществлялась на основании комплексного анализа клинических, лабораторных и рентгенологических данных. Сравнительный анализ клинической эффективности и безопасности исследуемых режимов антибиотикотерапии продемонстрировал очевидное преимущество применения «защищенных» аминопенициллинов перед существующей практикой лечения нетяжелой внебольничной пневмонии у пациентов старших возрастных групп.

К л ю ч е в ы е с л о в а: пациенты пожилого возраста, внебольничная пневмония, «защищенные» аминопенициллины, цефалоспорины 3-го поколения, клиническая эффективность.