

Уч. Совет

Аннотация

Аннотация диссертации аспиранта на бюджетной основе ФГБНУ «РНЦХ им. академика Б.В. Петровского» Мамедовой Наргиз Мехман кызы на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.26 сердечно-сосудистая хирургия на тему: «Эффективность реваскуляризации нижних конечностей через глубокую артерию бедра при повторных реконструкциях».

Актуальность темы

Ежегодно по поводу хронической ишемии нижних конечностей выполняется около 3-х миллионов реконструкций на артериальном русле, примерно у 30% из них в течение 12 месяцев выявляется рестеноз или реокклюзия зоны реконструкции. Эффективность выполненной артериальной реконструкции нивелирует постепенно нарастающий рестеноз. Так, по данным некоторых авторов (Белов Ю.В., Степаненко А.Б., Исмаилов Н.Б., Веснин А.В., Барсуков А.Е., Светликов А.В.) в отдаленном периоде наблюдения в срок до 5 лет основной причиной реокклюзии является: прогрессирование атеросклероза с формированием значимых стенозов и окклюзий в просвете реконструированных артерий 59,6-77,6%; прогрессирование атеросклероза без тромбоза в зоне реконструкции 12,5-23,2%; тромбоз за счет гиперплазии интимы в зоне реконструкции 7,0-37,7%. Изолированная эндартерэктомия с пластикой глубокой артерии бедра в сочетании с орто-глубокобедренным шунтированием при ХИНК улучшает кровоснабжение в конечности у 65-85% больных. В настоящее время нет единого мнения об эффективности данных вмешательств у больных с ранее выполненными артериальными реконструкциями при рецидиве ишемии, что обуславливает актуальность этой работы.

Цель данной работы

Улучшить результаты реваскуляризации нижних конечностей через ГБА при повторных реконструкциях.

В связи с этим поставлены следующие задачи:

1. Изучить ближайшие и отдаленные результаты реваскуляризации нижних конечностей через ГБА при повторных операциях.
2. Разработать показания и противопоказания к реваскуляризации нижних конечностей через ГБА при повторных реконструкциях.
3. Оценить результаты реваскуляризации нижних конечностей через ГБА в зависимости от вида первичного оперативного вмешательства.
4. Оценить результаты реваскуляризации нижних конечностей через ГБА в зависимости от состояния дистального русла.
5. Определить эффективность хирургического лечения путем реваскуляризации через глубокую артерию бедра при повторных реконструкциях на артериях нижних.

Работа будет выполнена в отделении сосудистой хирургии ФГБНУ «РНЦХ им. Б.В. Петровского» на основании анализа 110 клинических наблюдений больных с реокклюзиями и рестенозами артерий нижних конечностей.

Срок начала работы 2018 год.

Срок окончания работы 2021 год.

Руководитель—акад.РАН, профессор Гавриленко А.В. (подпись)

Исполнитель—Мамедова Н.М. (подпись)

Исследование одобрено Локальным комитетом по медицинской и биологической этике ФГБНУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского.

Ученый секретарь Локального комитета к.м.н. И.Л. Жидков (подпись)

Экспертная комиссия ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» рекомендует к утверждению на Ученом совете.

Председатель Экспертной комиссии д.м.н. А.Л. Шестаков (подпись)

Приложение к аннотации аспиранта на бюджетной основе ФГБНУ

РНЦХ им. академика Б.В. Петровского» Мамедовой Наргиз Мехман кызы на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.26 сердечно-сосудистая хирургия на тему: "Эффективность использования глубокой артерии бедра при повторных артериальных реконструкциях".

Краткий аналитический обзор современного состояния проблемы:

Ежегодно по поводу хронической ишемии нижних конечностей выполняется около 3-х миллионов реконструкции на артериальном русле, примерно у 30% из них в течение 12 месяцев выявляется рестеноз или реокклюзия зоны реконструкции. Эффективность выполненной артериальной реконструкции нивелирует постепенно нарастающий рестеноз. Так, по данным некоторых авторов (Белов Ю.В., Степаненко А.Б., Исмаилов Н.Б., Веснин А.В., Барсуков А.Е., Светликов А.В.), в отдаленном периоде наблюдения в срок до 5 лет основной причиной реокклюзии является.

-прогрессирование атеросклероза с формированием значимых стенозов и окклюзий в просвете реконструированных артерий 59,6-77,6%.

- прогрессирование атеросклероза без тромбоза в зоне реконструкции 12,5-23,2%;

-Тромбоз за счет гиперплазии интимы в зоне реконструкции 7,0-37,7%.

Основные проблемы повторной хирургии артерий инфраингвинального отдела является отсутствие пластического материала и диффузное поражение артерий голени.

В работах отечественных и зарубежных исследователей показано, что для сохранности нижней конечности после тромбоза реконструкции показано повторное вмешательство на артериальном русле. Сохранность конечности в течении 2 лет при окклюзии зоны реконструкции, у пациентов с ХИНК 3 степени составляет всего 55%, а при ХИНК 4 степени – 34%.

Изолированная эндартерэктомия с пластикой глубокой артерии бедра в сочетании с аорто-глубокобедренным шунтированием при ХИНК улучшает кровоснабжение в конечности у 65–85% больных. В настоящее время нет единого мнения об эффективности данных вмешательств у больных с ранее выполненными артериальными реконструкциями при рецидиве ишемии.

Глубокая артерия бедра играет определяющую роль в коллатеральном кровоснабжении дистальных отделов нижних конечностей при повторных окклюзиях бедренно-подколенного сегмента в стадии хронической критической ишемии. Наиболее оптимальным способом улучшения кровообращения в конечности в такой ситуации является выполнение профундопластики которая эффективнее бедренно-подколенного шунтирования у пациентов с критической ишемией нижних конечностей.

По данным НЦССХ им. А. Н.Бакулева, среди оперативных вмешательств преобладает шунтирование . Почти в равной степени часто выполняется эндоваскулярная ангиопластика и профундопластика . Значительно реже производится резекция с протезированием .

В настоящее время большинство сосудистых хирургов для реконструкции пораженных артерий предпочитают применять шунтирующие вмешательства. Операции эндартерэктомии не так популярны. Впервые эндартерэктомии начали широко применять в 50-60-х годах (Vollmar J.,

Lauhach K., Geuss J. 1969). Однако, затем из-за несовершенства методики, отсутствия надежного инструментария и медикаментозного прикрытия, они были оставлены.

Эндартерэктомия из глубокой артерии бедра требует особого внимания. До 1985 г. эндартерэктомия из глубокой артерии бедра занимала довольно большое место в общей структуре операций на артериях нижних конечностей как при изолированной профундопластике, так и в качестве этапа больших реконструктивных операций.

Основные отечественные работы по данной теме:

1. Белов Ю.В., Степаненко А.Б. Хирургическая тактика лечения послеоперационных тромбозов реконструированных артерий. Хирургия. – 1998
2. Исмаилов Н.Б., Веснин А.В. Ранние и поздние осложнения артериальных реконструкций у геронтологических больных.-2008
3. Барсуков А.Е., Светликов А.В.. Отдаленные результаты повторных реконструктивно-восстановительных операций на абдоминальной аорте и артериях нижних конечностей. Ангиология и сосудистая хирургия (приложение). – 2001
4. Восканян Ю.Э., Вырвихвост А.В., Таций Ю.П. и др. Отдаленные результаты хирургического лечения поздних окклюзий аорто-бедренных трансплантатов у больных с рецидивом критической ишемии нижних конечностей // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2000
5. Казанчян П.О., Дебелый Ю.В., Кевлишвили З.У.. Отдаленные результаты бедренно-тибиальных реконструкций. – 2004

Основные зарубежные работы по данной теме:

1. Brancherau A. Complications in Vascular and Endovascular Surgery/ A. Brancherau, M. Jacobs .- NY.: Armonk. 2002.
2. Bradbury A.W., Adam D.J., Bell J., Forbes J.F., Fowkes F.G., Gillespie I., Ruckley C.V., Raab G.M. Bypass versus Angioplasty in Severe Ischaemia of the Leg (BASIL) trial: A description of the severity and extent of disease using the Bollinger angiogram scoring method and the TransAtlantic Inter-Society Consensus II classification
3. Mayzlik J.. Treatment of occlusions of deep femoral artery prostheses with a venous patch: the Bartos method of reoperation RozhlChir. 2000
4. Sigala F., Baunach C., Menenakos C., Langer S., Sigalas P., Triadafyllou A., Sigalas K., Papalambros E., Bramis J., Hepp W. Angioplasty of the distal anastomosis und runoff arteries of occluded infrainguinal bypasses ZentralblChir. 2006
5. Towne J. Towne J., Hollier L. Complications in Vascular Surgery. – NY Basel. Marcell Dekker. – 2004.

Учреждения, которые являются ведущими по данной проблеме в России:

1. ФГБНУ РНЦХ им.акад. Б.В.Петровского
2. УКБ№1 ПМГМУ имени И. М. Сеченова

3. Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского Минздрава России
4. ФГБУ НМХЦ им. Н.И. Пирогова
5. Московский городской научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н. В. Склифосовского

Из зарубежных учреждений можно выделить:

1. Educational Commission for Foreign Medical Graduates USA
2. National Academy of Sciences USA
3. ECHO – I'm-Europe – Information server of the E. U. Commission European Union
4. Cordis – Community Research and Development Information Science European Union
5. Deutsche Gesellschaft fuer Gefaesschirurgie GERMANY

Ранее в ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского была выполнена работа»:

"Повторные реконструктивные операции у больных с окклюзионными поражениями аорты и магистральных артерий" 1996 г.

Автор: Степаненко Анна Борисовна; Научный консультант: д.м.н. профессор Белов Ю.В.

Основные выводы

1. Повторные реконструктивные операции у больных с окклюзионными поражениями аорты и магистральных артерий позволяют в 92 % случаев восстановить кровообращение ишемизированного органа и сохранить его функцию.
2. Тяжесть состояния пациентов, перенесших повторные артериальные реконструкции, обусловлена наличием сочетанной патологии в 89% случаев, а также распространенностью поражения сосудов нижних конечностей, сопровождающейся критической ишемией в 85%.
3. Основной причиной ранних послеоперационных тромбозов в аорто-бедренной и бедренно-тибиальной зонах явилось несостоятельность дистального русла (в 50% и в 80% случаев соответственно), при операциях на почечных артериях и ветвях дуги аорты - хирургические погрешности (100% наблюдений). Основными причинами поздних тромбозов -стенозирующие изменения анастомозов, обусловленные прогрессированием основного заболевания, воспалительным процессом и пролиферацией интимы.
4. При обтурациях дистальных анастомозов, при невозможности выполнения тромбэктомии из-за погрешности в проведении шунта или его невозможности, полные повторные реконструктивные операции являются единственным способом сохранения ишемизированного органа.

5. Функционирование шунтов у больных с неспецифическим аорто-артериитом в отдаленном послеоперационном периоде достоверно ниже, чем у больных с атеросклерозом, начиная со второго года наблюдения.

8. Повторные реконструктивные операции по поводу ранних и поздних тромбозов в бедренно-тибиальном сегменте малоэффективны. К

третьему году после повторного вмешательства больные со 2 стадией ишемии по Фонтену составляют 19%, а к пятому году - только 9%. У остальных пациентов развивается хроническая критическая ишемия с потерей конечности.

Предварительные исследования по предлагаемой теме диссертации изучены на примере 76 пациентов.

Результаты данного исследования:

1. Показатель ЛПИ при повторных операциях на артериях нижних конечностей по поводу рецидива ишемии в группе больных с профундопластикой составил 0,72. В группах больных с шунтирующими реконструкциями бедренных или берцовых артерий ЛПИ через 5 лет составлял 0,43 соответственно за 5 летний период наблюдения $p < 0,05$.

2. Показатель проходимости повторной реконструкции после пластики глубокой артерии бедра составлял 50%, для бедренно-подколенного шунтирования 28,57 % за 5 летний период наблюдения $p < 0,05$.

3. Показатель сохранности нижней конечности при повторных операциях в группе больных с профундопластикой составил 58,3%, при бедренно-подколенном шунтировании 35,71% за 5 летний период наблюдения $p < 0,05$.

Тема не охраноспособна

Для проведения научного исследования дополнительных средств не требуется.