

## **РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ. ОПЫТ КАБИНЕТА ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ**

*Маслянский В.Б., Маргулец Н.Н., Лин В.В., Лутков А.В*  
*Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»*

**Введение.** Облитерирующий атеросклероз – окклюзионно-стенотическое поражение артерий нижних конечностей, приводящее к недостаточности кровообращения различной степени выраженности. В зависимости от степени недостаточности артериального кровоснабжения пораженной конечности различают четыре клинические стадии облитерирующего атеросклероза - на основе общепринятой классификации хронической артериальной недостаточности (ХАН) нижних конечностей по R.Fontaine (1964) в модификации А.В.Покровского (1979, 2004).

Установить степень ХАН пораженной конечности помогают реография, ультразвуковая доплерография (УЗДГ), ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС), определение транскутанного давления кислорода в тканях (TcPO<sub>2</sub>), однако окончательная верификация протяженности и уровня поражения магистральных сосудов осуществляется только при помощи различных вариантов ангиографии (типичная рентгеноконтрастная ангиография, компьютерно-томографическая и магнитно-резонансная томографии).

Рентгеноконтрастная ангиография - рентгенологическое исследование с контрастными препаратами, вводимыми в просвет сосуда. По способу введения различают: 1) пункционную артериографию - контрастное вещество вводят непосредственно в одну из периферических артерий (бедренную, плечевую), пунктируя их через кожу; 2) аортоартериографию по Сельдингеру, при которой в тот или иной отдел аорты ретроградно через периферическую артерию (бедренную, плечевую) проводят специальный рентгеноконтрастный катетер, устанавливаемый в устье изучаемой артерии и вводят контрастное вещество, выполняя серию снимков; 3) транслюмбальную аортографию, при которой брюшную аорту пунктируют специальной иглой на уровне XII грудного или I поясничного позвонков.

Хирургическое лечение показано пациентам с ХАН нижних конечностей IIБ - IV степеней.

На базе ГОКБ применяются методы рентгенэндоваскулярных вмешательств.

В тот момент, когда хирургического лечения в виде ампутации не избежать, ввиду наличия отграниченных некрозов дистальных отделов нижних конечностей, объем калечащей операции должен быть строго индивидуализирован и выполняться с уровня и степени поражения магистральных артерий, а также удобств последующего протезирования.

**Цель работы** – оценить эффективность применения рентгенэндоваскулярных методик у пациентов с критической ишемией нижних конечностей.

**Материалы и методы.** Работа представляет собой клиническое ретроспективное исследование историй болезни пациентов, проходивших лечение в отделении гнойной хирургии на базе «Гомельская областная клиническая больница» в период с 2020 по 2022 г. Проанализированы протоколы 72 пациентов.

**Результаты и обсуждение.** Проведён анализ 72 историй болезни, среди них 39 пациентов (54%), которым выполнялась ангиография с ангиопластикой, и 33 пациента (46%), кому по результатам ангиографии ангиопластика не показана. Распределение по половому признаку: 26 женщин (36%), 46 мужчин (64%). Средний возраст составил 69,5 лет. По территориальному принципу: 22 городских жителя, 49 жителей гомельской области, 1 гражданин РФ. В отделении проведено 54 ампутации.

В первой исследуемой группе, кому проводилась ангиопластика, 39 пациентов (54% случаев), 28 мужчин и 11 женщин, где средний возраст составил 69 лет. 10 пациентов являются жителями г.Гомеля, 29 – жители гомельской области. По результатам ангиографии в 20% случаев атеросклерозом поражалась ПБА, в 21% ПББА, 24% ЗББА, 17% МБА, 12% ПКА, 3% ОПА, 3% НПА. Данной исследуемой группе пациентов выполнялась баллонная ангиопластика баллонами MUSTANG или OCEANUS, а 29 пациентам (74% случаев) дополнительно проводилось стентирование пораженного участка артерии стентами IVOLUTION или JAGUAR. У 13 пациентов (33,3% случаев) из 39 проведение эндоваскулярного вмешательства позволило добиться адекватного кровоснабжения дистальных отделов нижних конечностей, в связи с этим, показаний для ампутации не было, и пациенты были выписаны на амбулаторное лечение.

Для 26 пациентов (66.7% случаев) вопрос об ампутации на определенном уровне оставался открытым. Следует отметить, что из 26 пациентов 5 пациентов (19,2%) категорически отказались от предложенного оперативного лечения по имеющимся показаниям, и были выписаны в удовлетворительном состоянии по завершению курса консервативной сосудистой терапии.

Всего в данной группе было проведено 21 оперативное вмешательство. Операции были распределены по уровню: 9 ампутаций на уровне проксимальной фаланги пальцев, 4 ампутации по Шарпу, 1 ампутация на уровне средней трети голени, 7 ампутаций на уровне средней трети бедра.

Вторая исследуемая группа – это те пациенты, кому ангиография и ангиопластика не проводилась, либо проводилась только ангиография и по ее результатам ангиопластика не показана. В эту группу вошло 33 пациента, 15 женщин и 18 мужчин, где средний возраст составил 70 лет. Среди них 12 жителей города Гомеля, 20 жителей Гомельской области, 1 гражданин России. В этой категории 6 пациентам проводилась ангиография. В 26% случаев поражалась ЗББА, 21% ПББА и ПБА, 15% МБА, 5% ОБА, ОПА, ГБА. По

результатам ангиографии данной категории пациентов ангиопластика не проводилась, и показана ампутация. Всего проведено 33 операции: из них 2 ампутации на уровне верхней трети бедра, 29 ампутаций на уровне средней трети бедра, 1 ампутация на уровне нижней трети голени, 1 ампутация на уровне проксимальной фаланги пальца.

**Выводы:**

1. Использование методик эндоваскулярного вмешательства в 66,6% случаев позволила прибегнуть к так называемым «малым», или щадящим, ампутациям.

2. Использование вышеуказанных методик в 33.3 % случаев позволило снизить степень ХАН и отказаться от оперативного лечения в объеме ампутаций.