

Шкода М.В.1, Чур Н.Н.2, Кондратенко Г.Г.2

РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

¹- УЗ 10 ГКБ, ² - УО „Белорусский государственный медицинский университет”, Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Синдром диабетической стопы по своей природе является проявлением одной из форм критической ишемии нижних конечностей. Несмотря на уже имеющуюся тенденцию широкого внедрения в практику различных вариантов реконструктивно-восстановительных вмешательств при сахарном диабете (СД), направленных на снижение высоких ампутаций. Какому варианту реваскуляризации в том или ином случае отдать предпочтение до конца не решен. Поиску решения этого вопроса и посвящена данная работа.

Цель: обоснование выбора методов реваскуляризации при критической ишемии у пациентов с синдромом диабетической стопы

Материалы и методы. В Минской 10-й ГКБ за период с 2013 по 2020 г.г. 253 пациентам, выполнялась реваскуляризация конечностей различными известными на сегодняшний день операциями. Во всех случаях у пациентов имела хроническая артериальная недостаточность (ХАН) III-IV степени по Фонтейн-Покровскому, мужчин было 130 (51,4%), а женщин – 123 (48,6%). Большинство пациентов было пожилого – 130 (51,4%) и старческого (75-90 лет) – 44 (17,4%) возраста. Превалировал второй тип диабета – 90,1%, длительность СД в среднем составила 10,9 лет, декомпенсация СД при поступлении была у 75,4%. Деструкция мягких тканей стоп и костей отмечены у всех пациентов, которые возникали в сроки от 2-х до 5-и месяцев. Всем пациентам помимо рутинных методов обследования (общеклинических, биохимических, инструментальных) выполнялись УЗДГ, контрастная ангиография (КА), КТ- ангиография, чрескожная оксиметрия, измерение лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ).

Всего было сформировано 4 группы: *первая* (n = 60), в которой пациентам применялись гибридные операции, то есть сочетание рентгенэндоваскулярных (РЭВ) и открытых вмешательств на артериях; *вторая* (n = 73). Всем пациентам выполнялись дистальные аутовенозные бедренно-берцовое и подколенно-берцовое шунтирования; *третья* (n = 22). Это пациенты со стопными, или ультрадистальными шунтированиями; *4 группу* составили пациенты, которым выполнялись транслюминальные ангиопластики со/без стентирования артерий нижних конечностей.

Основными видами реваскуляризирующих операций на нижних конечностях при СДС, применяемых в нашей клинике, являлись прямые ре-

конструктивные вмешательства, а именно: бедренно-подколенное, бедренно-тибиальное и подколенно-тибиальное (дистальные), а также ультрадистальные шунтирования, рентгенэндоваскулярные вмешательства (РЭВ) ангиопластика или ангиопластика с установкой стента.

Результаты и обсуждение. В первой группе у пациентов, которым выполнялись *гибридные операции* основной патологией артерий были гемодинамически значимые стенозы – 46 и окклюзии с протяженностью поражения более 10 см (n=88). Первоочередность выполнения хирургической реваскуляризации или эндоваскулярного вмешательства была примерно одинакова и принципиального значения не имела. Непосредственно после операции было выполнено 2 высокие ампутации (3,3%). Из всех оперированных пациентов сохранить конечности на протяжении года удалось у 52 пациентов (86,7%).

Вторая группа. *Дистальные аутовенозные шунтирования* осуществлены 73 пациентам с КИНК. Большую часть составили пациенты пожилого возраста (60-74 года) – 43 (58,9%). Имело место одновременное поражение от двух до семи магистральных артерий, что серьезным образом затрудняло выполнение хирургических вмешательств. Широко применялись бедренно-берцовые и подколенно- берцовые аутовенозные шунты (в основном in situ). Из неудач в этой группе можно отнести 1 летальный исход, 3 (4,1%) высокие ампутации конечностей на уровне бедра (как следствие неудавшихся шунтирований). Проведенный опрос 60 пациентов (82%), которым давностью от 1 до 5 лет, выполнялись дистальные шунтирования, показал, что отличный отдалённый результат наблюдался у 45 (75%) пациентов, удовлетворительный - среди 6 (10%) и неудовлетворительный – у 9 (15%).

Третья группа. *Ультрадистальные (стопное) аутовенозные шунтирования* проводились 22 пациентам. Более половины операций приходилось на подколенно-стопное шунтирование – 12 (54,6%). После операций была выполнена 1 (4,5%) ампутация конечности на уровне в/3 бедра. В течение 1 года наблюдения еще двоим пациентам были выполнены высокие ампутации конечностей.

В четвертой группе было выявлено 216 поражений артерий: 59 гемодинамически значимых стенозов, 157 окклюзий. Всего было произведено 145 РЭВ-операций, в основном ангиопластики со стентированием. При баллонной ангиопластике бедренно-подколенного сегмента технический и клинический успех составил 91,3%, проходимость восстановленных артерий через год отмечена у 23% после ангиопластики и среди 71,3% пациентов – после стентирования. После РЭВ берцовых артерий технический успех имел место среди 88%, конечность удалось сохранить в течение года

наблюдения у 74,3%. Всего в течении одного года наблюдения было выполнено 3 (3,1%) высокие ампутации конечностей.

Таким образом, в раннем послеоперационном периоде из 253 пациентов было выполнено 14 (5,5%) высоких ампутаций нижних конечностей, а в отдаленном периоде это количество возросло до 18 (7.1%) Умерло четверо (1,6%) пациентов.

Выводы.

1. Рациональный подход к применяемым в клинике методам лечения пациентов с НИФ СДС в стадии критической ишемии позволили добиться хороших непосредственных результатов и сохранить нижние конечности в 94,5% случаев, а в течение года наблюдения – в 92,9%.

2. Снижение количества как первичных, так и вторичных (в течение года наблюдений) высоких ампутаций во многом было обусловлено совершенствованием методов реваскуляризации, а также тактикой хирургической обработки трофических язв и раневых поверхностей стопы.