

**Кузьмин Ю.В., Жидков С.А., Жидков А.С., Данильчик А.В.,
Изотова Н.Н.**

АНГИОСОМНАЯ КОНЦЕПЦИЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Военно-медицинский институт в УО «Белорусский государственный
медицинский университет», Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Количество больных, страдающих хроническими окклюзирующими заболеваниями артерий нижних конечностей, имеющих тяжелую ишемию пораженной конечности, достигает 600 – 800 человек на 1 млн. жителей. Частота новых случаев возникновения критической ишемии нижних конечностей составляет от 500 до 1000 на 1 млн. населения.

У пациентов с терминальной ишемией нижних конечностей при диффузном поражении берцовых артерий, прямая реконструкция артериального русла почти в половине случаев заканчивается неудачей с последующей высокой ампутацией этой конечности.

В настоящее время существует два подхода к лечению больных хронической артериальной недостаточностью нижних конечностей: консервативный и хирургический. При стадии IV по классификации Покровского-Фонтейна консервативный метод демонстрирует низкую эффективность, поэтому ставится вопрос о выборе способа оперативного вмешательства (эндоваскулярное лечение либо открытая операция).

В процессе выполнения реконструктивных операций, руководствуются принципом выбора «наилучшего сосуда», обеспечивающего пульсирующий кровоток. Недостатком такого принципа является то, что прямая перфузия ишемизированных участков стопы зачастую уступает место непрямой. Следствием этого является наличие в дальнейшем незаживающих трофических язв и увеличение вероятности выполнения ампутации.

Альтернативой принципу «наилучшего сосуда» явилась стратегия «ангиосомной модели», согласно которой предпочтение отдается артерии, отвечающей за перфузию ангиосома, в пределах которого находится язва или рана. Данная модель определяет понятие целевой реваскуляризации – восстановление проходимости артерии, в пределах ангиосома в которой находится наиболее ишемизированный участок либо трофическая язва.

Цель. Оценить эффективность проведения хирургического лечения у пациентов с хронической артериальной недостаточностью, изучить целесообразность выполненных оперативных вмешательств с точки зрения ангиосомной концепции реваскуляризации.

Материалы и методы. Произведен анализ лечения 106 пациентов в городском сосудистом центре г. Минска с диагнозом «облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, хроническая артериальная недостаточность 2Б-4 степени по классификации Покровского - Фонтейна».

Средний возраст пациентов составил 64 ± 8 года. Среди них 99 мужчин (93,4%) и 7 женщин (6,6%).

Эффективность проведенного лечения оценивалась по уменьшению болевого синдрома, увеличению дистанции безболевой ходьбы, тенденции язвенно-некротических поражений к заживлению и сокращению сроков пребывания в стационаре пациентов.

Результаты. Пациенты были поделены на две группы: 43 человека с язвенно-некротическими поражениями нижних конечностей (43,6%) (группа А) и 63 человека без данного осложнения (56,4%) (группа Б).

Операции, проведенные в группе А и группе Б: бедренно-подколенное шунтирование – 5 (11,6%), 8 (12,7%); подвздошно-бедренное протезирование – 2 (4,7%), 4 (6,4%); бедренно-бедренное шунтирование – 5 (11,6%), 5 (7,9%); аорто-бедренное бифуркационное протезирование – 2 (4,7%), 8 (12,7%); бедренно-переднеберцовое либо бедренно-заднеберцовое шунтирование – 9 (21%), 12 (19%); в группе Б была выполнена тромбэктомия – 8 (12,7%)

У 8 пациентов (18,6%) в группе А отсутствовали возможности для реконструкции и в группе Б у 15 (23,8%). В группе А 12 (27,9%) пациентам и в группе Б 3 (4,8%) пациентам была выполнена ампутация по первичным показаниям.

В группе А среди операций по поводу реваскуляризации пораженных участков в контексте ангиосомной концепции проведены: целевая реваскуляризация (реваскуляризация пораженного ангиосома) $n=9$ (20,9%) и нецелевая реваскуляризация $n=14$ (32,6%).

Темпы положительной динамики в подгруппах оценивали по срокам пребывания в стационаре. Пациенты, которым была проведена целевая реваскуляризация, в среднем находились в стационаре на 18,7 дней меньше, чем пациенты, которым была проведено нецелевая реваскуляризация ($p < 0,05$).

При целевой реваскуляризации из 9 пациентов в последующем была выполнена 1 ампутация (11,1%), при нецелевой – из 14 пациентов 4 (28,7%).

Что же касается больных из группы Б, то для них проведение целевой реваскуляризации является сложной задачей, т.к. в настоящее время не выработаны объективные критерии, определяющие поражение того или иного ангиосома стопы, а значит и нет возможности определить сосуд, наиболее нуждающийся в реканализации. Поэтому им выполняется «нецелевая» реваскуляризация.

Выводы.

1. Преимущества ангиосомной, или целевой, реваскуляризации перед нецелевой состоят в следующем:

- Уменьшение сроков пребывания в стационаре;
- Возможность избежать ампутации конечности.

2. На данном этапе изучения к пациентам без трофических язвенных поражений применение «ангиосомной стратегии» восстановления кровотока не представляется возможным, так как в настоящее время не определены четкие признаки поражения конкретного ангиосома.

3. Необходимо дальнейшее изучение применения данной концепции при выборе реконструктивных операций и их объема при разном уровне поражения артерий нижних конечностей в соответствии со структурой ангиосом в свете возможного сохранения конечности.