

СЕКВЕНЦИАЛЬНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНЫХ ДОНОРСКИХ АЛЛОГРАФТОВ

¹Панченко М.А., ^{1,2}Роговой Н.А., ³Чистый А.А., ¹Копать А.А.,
¹Пилькевич М.В., ³Руммо О.О., ¹Янушко В.А.

¹УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко»,
²УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
³ГУ МНПЦ «Хирургии, трансплантологии и гематологии»,
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей страдают около 0,9-7%, варикозной болезнью – 20-26%, ишемической болезнью сердца – от 1% в категории 45-54 лет до 10-20% в возрасте 65-74 лет. С увеличением доступности хирургической помощи при данных заболеваниях все чаще становится дефицитом аутологичный пластический материал для использования при реваскуляризации нижних конечностей.

Цель. Провести анализ результатов секвенциальной реваскуляризации нижних конечностей с применением артериальных донорских аллографтов в условиях отсутствия аутологичного пластического материала у пациентов с критической ишемией нижних конечностей (КИНК).

Материалы и методы. В исследование включено 9 пациентов с ХАН 4 степени по Фонтейн-Покровскому и 1 пациент с инфекцией синтетического протеза после реваскуляризации, находившихся на лечении в отделении осложненной сосудистой хирургии УЗ «4-я ГКБ им.Н.Е.Савченко г.Минска» в 2019-2020 гг. По половому признаку пациенты распределились следующим образом: 2 - женщин, 8 – мужчин. Возраст пациентов 67 ± 7 лет, выполнено 12 оперативных вмешательств. В 9 случаях из 12 операции являлись повторными на данном артериальном сегменте. У одного пациента в анамнезе аорто-бифуркационное шунтирование. У 8 пациентов диагностирована окклюзия на уровне бедренно-подколенно-берцового сегмента. В 2 случаях выявлена окклюзия на уровне подвздошно-бедренно-подколенно-берцового сегментов. Причиной ишемии нижних конечностей в 5 случаев являлся атеросклероз, в 5 - СД и атеросклероз. При исследовании пациентов применялись ультразвуковое дуплексное сканирование, рентгенконтрастная ангиография, компьютерная ангиография. Выполнено 12 оперативных вмешательств. В зависимости от уровня окклюзии артерий нижних конечностей и тяжести сопутствующей патологии выполнялись следующие ангиохирургические операции: гибридное вмешательство со стентированием подвздошных артерий одномоментно с перекрестным бедренно-бедренным и бедренно-бедренным шунтированием донорским аллографтом, секвенциальное бедренно-подколенно-берцовое шунтирование артериальными донорскими аллографтами, в сочетании с

аутовенами, секвенциальное бедренно-биферцовое шунтирование артериальными донорскими аллографтами, в сочетании с аутовенами.

Результаты. Результаты отслежены на сроках до 12 месяцев у 10 пациентов после 12 операций. В 91% случаев проходимость шунта была сохранена, при этом в двух случаях через 3 и 6 месяцев понадобилось оперативное вмешательство в объеме тромбэктомии из шунтов. У одной пациентки в раннем послеоперационном периоде развился тромбоз зоны реконструкции, повторное вмешательство не предпринималось с учетом выявленных интраоперационно неудовлетворительных условий для шунтирования – малый диаметр берцовых артерий со стенотическим поражением, отсутствие ретроградного кровотока. Данной пациентке выполнена ампутация нижней конечности на уровне с/3 бедра. Летальных случаев, инфекционных осложнений области хирургического вмешательства за данный период не наблюдалось. Сохранение конечностей на сроке наблюдения 12 месяцев составила 91% с купированием клиники КИНК.

Пациент с инфекцией синтетического протеза ранее перенес бедренно-бедренное шунтирование по поводу КИНК, поэтому двухэтапное лечение с последовательным удалением протеза и отсроченной реваскуляризацией не рассматривалось в связи с высоким риском повторного развития КИНК. Причинами отсутствия пригодного аутологичного материала для вмешательства являлись предыдущие реваскуляризирующие вмешательства с использованием ауто вен, варикозное расширение подкожных вен ног.

Выводы: Лечение пациентов с КИНК является актуальной социально значимой проблемой современного здравоохранения и требует преемственности в работе амбулаторного и стационарного звеньев. Содружественности в работе терапевтов, хирургов, эндокринологов, сосудистых и эндоваскулярных хирургов, неврологов. Внедрение новых высокотехнологичных (эндоваскулярных, гибридных) методов лечения, использование в качестве необходимого пластического материала для реконструктивных вмешательств на артериях нижних конечностей артериальных донорских аллографтов в комбинации или без аутологичным материалом (аутоvenes), является перспективным направлением хирургического решения проблемы КИНК.