

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Роговой Н.А.¹, Алексеев С.А.¹, Климчук И.П.², Хрыщанович В.Я.¹,
Калинин С.С.², Нелипович Е.В.²*

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

²УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко»,
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность: Сахарным диабетом (СД) страдают около 2% населения, облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей - 0,9-7%. СД повышает риск развития заболеваний периферических артерий в 2-4 раза и выявляется у 12-20% пациентов с патологией периферических артерий. СД повышает риск перемежающей хромоты в 3,5 раза у мужчин и в 8,6 раза у женщин.

Цель: Провести анализ отдаленных результатов у пациентов с критической ишемией нижних конечностей (КИНК), перенесших хирургическую реваскуляризацию нижних конечностей. Разработать алгоритм выбора метода хирургической реваскуляризации у пациентов с критической ишемией нижних конечностей в зависимости от уровня окклюзии артерий нижних конечностей и тяжести сопутствующей патологии.

Материалы и методы: В исследование включено 447 пациентов с критической ишемией нижних конечностей находившихся на лечении в отделении сосудистой хирургии УЗ «4-я ГКБ им.Н.Е.Савченко г.Минска» в 2019-2022 гг., из них 109 пациента в 2019 г., 108 - в 2020 г., 120 - в 2021г, 110 – в 2022г. из них 95% мужчины и 5 % женщины, 10% пациентов находились в возрасте 71 - 80 лет, 5% - 41-50 лет, 44% - 51-60 лет, 40% - 61-70 лет и 1% - более 81 года. Окклюзия артерий нижних конечностей у 29% пациентов была на уровне аорто-подвздошного сегмента, у 66% на уровне бедренно-подколенного сегмента, у 5% на уровне берцового сегмента. Степень ишемии (по Фонтейну-Покровскому) ХАН 3 была у 52% пациентов, ХАН 4 - у 48%. Причиной КИНК в 68% случаев являлся атеросклероз, в 23% - СД и атеросклероз, в 9% - эндартериит. При исследовании пациентов применялись ультразвуковое дуплексное сканирование, рентгенконтрастная ангиография, магниторезонансная ангиография, компьютерная ангиография. В зависимости от уровня окклюзии артерий нижних конечностей и тяжести сопутствующей патологии выполнялись следующие ангиохирургические операции: аорто-бифеморальное протезирование (шунтирование), подвздошно-бедренное протезирование, эндартерэктомия, бедренно-подколенное шунтирование, бедренно-подколенное шунтирование (in situ), бедренно-бедренное шунтирование, бедренно-берцовое шунтирование, бедренно-берцовое шунтирование (in situ), бедренно-подколенное шунтирование с болоной ангиопластикой артерий голени, бедренно-подколенное шунтирование (in

situ) с болоной ангиопластикой артерий голени, тромбэктомия, подмышечно-бедренное шунтирование.

Результаты и обсуждение: Через 12-36 месяцев отдаленные результаты удалось проанализировать у 411 пациентов. В 10% случаев наступила смерть пациента, в 55 % случаев - купирование КИНК, 12 % пациентов живут после ампутации, у 13 % сохраняется КИНК, у 10 % пациентов выполнялись повторные вмешательства. Если ожидаемая продолжительность жизни у пациента с КИНК < 2 лет - методом выбора ревазуляризации является эндоваскулярная ангиопластика. Если ожидаемая продолжительность жизни у пациента с КИНК >2 лет - методом выбора является открытая сосудистая реконструкция аутовеной. Ангиопластика берцовых артерий является методом выбора при изолированном поражении артерий голени у больных с КИНК, особенно у больных с диабетической стопой.

Выводы: Лечение пациентов с КИНК и СД 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) и менее травматичных (шунтирование *in situ*) вмешательств является перспективным направлением хирургического решения проблемы КИНК.