

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ЛИКВИДАЦИИ ТЯЖЕЛОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В СТАДИИ ТРОФИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

*Иоскевич Н.Н.¹, Василевский В.П.¹, Ждонец С.В.², Рум Т.Т.²,
Обухович А.Р.¹, Дайнович В.А.².*

¹УО «Гродненский медицинский университет»,

²УЗ «Гродненская университетская клиника», Гродно, Беларусь

Введение. Хроническая ишемия конечностей особенно в стадии трофических нарушений по-прежнему является состоянием, непосредственно угрожающим потерей конечности (ХИУПК) (И. Н. Игнатович и др., 2021). Несмотря на сегодняшние возможности нынешнему поколению ангиологов и ангиохирургов использовать детализирующие аспекты классификации WIFU (Wound Ischemia Foot Infection) (Международные рекомендации, 2019) для определения тактико-технических подходов ликвидации ишемических манифестаций (реконструктивно-восстановительная хирургия или эндоваскулярные интервенции), хирургический алгоритм в большинстве случаев является неоднозначным и дискутабельным практически в каждом клиническом наблюдении.

Резекция с протезированием или аорто-бедренное шунтирование обеспечивают при окклюзионной патологии ветвей бифуркации аорты адекватный результат и являются общепризнанным вариантом выбора. Однако в последнее время все больше хирургов начинают возвращаться к восстановительной (дезоблитерирующей) хирургии на подвздошных артериях особенно в условиях дистальных ишемических гнойно-некротических процессов. Методика более щадящих перекрестных шунтирующих операций типа «crossover» может оказаться целесообразным и предпочтительным вариантом выбора оперативного лечения при унилатеральных патологических процессах.

По-прежнему является актуальным выбор способа коррекции инфраингвинальных окклюзий сосудистого русла нижних конечностей при атеросклеротическом поражении артериальных магистралей данной локализации (Лисин С.В. 2002). Перспективными направлениями решения проблем реконструктивной хирургии артерий этой зоны являются применение современных эксплантатов с высокими реологическими свойствами, использование аутологичного шунтирующего материала особенно с минимальной его дезинервацией и травматизацией эндотелия, имплантация аллографтов с элементами трансплантационных технологий, а артериальный сосудистый сегмент ниже щели коленного сустава однозначно большинством специалистов рассматривается в качестве прерогативы эндоваскулярных дезоблитераций и восстановлений сосудистого просвета.

С целью определения оптимальных хирургических операций для ликвидации тяжелой ишемии особенно при наличии клинически значимых

трофических нарушений произведена оценка результатов различных современных реконструктивных и восстановительных методик при подвздошно-бедренно-подколенных и берцовых окклюзионных поражениях артерий нижних конечностей.

Материалы и методы. В течение последних двух лет восстановление и реконструкция артериального кровотока в аорто-бедренной зоне выполнены у 12 пациентов с гангренозно-ишемическими нарушениями конечностей. За этот же период бедренно-подколенно-берцовые хирургические артериальные реконструкции произведены 56 оперированным с подобным характером тканевых повреждений. У 50 пациентов окклюзионный процесс имел атеросклеротическую этиологию, а в 18 случаях ишемия была обусловлена атеро-диабетическими поражениями.

В 103 случаях коррекции окклюзионно-стенотической патологии берцовой локализации использованы эндоваскулярные дезоблитерации. Этиологические причины в данной группе составили у 34 пациентов атеросклеротический генез и в 69 наблюдениях диабетические или атеро-диабетические повреждения.

Возраст пациентов составил от 59 до 81 года, среди оперированных было 71 лиц женского пола и 100 мужчин.

Результаты и их обсуждение. Выбор метода реконструкции всегда был индивидуален, определялся в первую очередь наличием адекватного (диаметром не менее 6 мм) магистрального подкожного аутовенозного сосуда (большая подкожная вена) и состоянием дистального сосудистого русла при операциях ниже паховой связки, а степень и распространенность некротического ишемического тканевого поражения и соматический статус пациента играли основную роль при выборе варианта хирургического пособия в аорто-подвздошно-бедренной зоне.

При окклюзиях аорто-подвздошного сегмента с некротическим поражением без перифокального воспаления 5 оперированным выполнено аорто-бедренное шунтирование (бифукационное – 2 и линейное 3 пациента). У других 5 пациентов односторонние пролонгированные или сегментарные обструкции аорто-подвздошно-бедренного сегмента ликвидированы оригинальной хирургической методикой мультифокальной тонельной дезоблитерации. Способ более щадящих перекрестных шунтирующих операций типа «crossover» оказалась целесообразным и предпочтительным вариантом выбора оперативного лечения при унилатеральных патологических процессах в этой зоне у 2 пациентов с выраженным коморбидным статусом. При чем в одном из последних клинических наблюдений использован подвздошный аллогraft вследствие инфицированности ранее использованной синтетической «crossover» протезной структуры.

Из инфраингвинально оперированных пациентов с помощью аутологичных сосудистых структур 21 выполнено бедренно-подколенное шунтирование реверсированной веной ниже щели коленного сустава, аналогичное шунтирование проксимальнее ее в 8 случаях. У 11

оперированных при протяженных окклюзиях поверхностной бедренной и подколенной артерий дистальный анастомоз накладывался с берцовыми артериями ниже уровня дистальной обструкции. Возобновление магистрального кровотока в подколенной и берцовых артериях по методике «in situ» осуществлено у 14 человек. В 2 клинических наблюдениях при повторном характере хирургического вмешательства и отсутствии аутологичного материала во время шунтирования в бедренно-подколенной позиции также успешно использован артериальный аллографт с элементами трансплантационной технологии.

В раннем послеоперационном периоде у 5 (7,3%) оперированных пациентов развились осложнения, потребовавшие выполнения повторных хирургических вмешательств (1-кровотечение из анастомоза, 4-тромбоз). У 2 пациентов адекватная реваскуляризация конечности не достигнута и произведена ампутация (2,9%). Конечность с положительной динамикой в функциональном состоянии удалось сохранить в 97,1% (66 оперированных хирургически пациентов).

В лечении пораженных атеросклерозом и сахарным диабетом тиббиальных сосудов у всех пациентов применены ангиопластики артерий голени и стопы с использованием длинных баллонов (Amphirion Deer, Invatec). У 17 оперированных одновременно проводились дилатации и стентирования вышележащих сегментов подвздошной или поверхностной бедренной артерии. При всех эндоваскулярных вмешательствах достигнут непосредственный технический ангиографический успех – восстановлен магистральный кровоток и у большинства пациентов купированы или снижены клинические проявления ишемии. В послеоперационном периоде в 16 (15,5%) случаях возникло осложнение в виде ретромбоза с декомпенсацией ишемии конечности, что привело к ампутации: у 2 пациентов на уровне средней трети бедра, в 3 случаях на уровне нижней трети бедра. В среднем время возникновения данного осложнения и выполнение ампутаций составило 5 суток.

Выводы. Таким образом, применение при оперативной хирургии на аорто-подвздошном и бедренно-подколенном сегментах для возобновления магистрального кровоснабжения современных оригинальных дезоблитерирующих восстановлений артериальных магистралей, аутовенозного материала и трансплантационных аллографтных структур, а на дистальных артериях мелкого калибра эндоваскулярных реваскуляризирующих технологий может явиться перспективным в использовании при коррекции окклюзионной патологии в условиях тяжелой ишемии нижних конечностей в стадии трофических нарушений. Эндоваскулярная интервенция на инфрапательном сегменте является малотравматичным и достаточно эффективным (84,5%) методом лечения ишемии, угрожающей потерей конечности и в преобладающем большинстве клинических наблюдений может являться альтернативой хирургической реваскуляризации.