

ДИСТАЛЬНЫЕ И УЛЬТРАДИСТАЛЬНЫЕ ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

¹Шкода М.В., ²Чур Н.Н., ¹Храпов И.М.,

¹Малиновский М.В., ¹Михайлова Н.М.

¹Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»,
г. Минск, Республика Беларусь

²Учреждение образования «Белорусский государственный
медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Из всех поздних осложнений сахарного диабета (СД) синдром диабетической стопы (СДС) является одним из основных. СДС объединяет патологические изменения периферической нервной системы, артериального и микроциркуляторного русла, костно-суставного аппарата стопы, представляющие непосредственную угрозу развития язвенно-некротических поражений и гангрены стопы. Вероятность выполнения высоких ампутаций при глубоких гнойно-некротических поражениях тканей достигает 30–70%, при этом летальность колеблется от 28 до 40%, а в последующие 5 лет выживает только 25–40% пациентов.

При СДС главными особенностями развития критической ишемии нижних конечностей (КИНК) являются: многоуровневый характер поражения бедренно-подколенных сегментов; изолированные поражения артерий голени и стопы; их сочетание. Это наиболее трудно поддающиеся коррекции проявления хронической артериальной недостаточности, методами которой являются дистальное или ультрадистальное шунтирование путей оттока. Этому и посвящена данная работа.

Цель. Оценить роль и результаты дистальных и ультрадистальных аутовенозных шунтирований при купировании КИНК у пациентов с СДС.

Материалы и методы. В центре «Диабетическая стопа» на базе 10 ГКБ г.Минска в последние годы выполнялись аутовенозные дистальные и ультрадистальные шунтирования 95 пациентам с КИНК при нейроишемической форме (НИФ) СДС, из которых 73 пациентам произведены дистальные, а 22 — ультрадистальные шунтирования. Был проведен ретроспективный анализ историй болезней всех 95 оперированных пациентов.

В группе пациентов, которым были выполнены дистальные шунтирования, мужчин было 53 (72,6%), женщин — 20 (27,4%). А в группе пациентов, которым производились ультрадистальные шунтирования, мужчин оказалось 14 (63,6%), а женщин — 8 (36,4%). Что касается распределения по полу, то в группе с дистальными шунтированиями средний возраст пациентов оказался 68,4±5,1 лет, а в группе с ультрадистальными — 68±4,8 лет. В обеих группах большую часть составили пациенты пожилого возраста (60–74 года). Как в

первой, так и во второй группе превалировал инсулиннезависимый сахарный диабет (ИНЗСД). В группе с дистальными шунтированиями II тип СД наблюдался у 70 (95,9%), а I тип СД всего у 3 (4,1%) пациентов. В группе с ультрадистальными шунтированиями у всех 22 (100%) пациентов наблюдался ИНЗСД.

Из 73 пациентов, которым были выполнены дистальные шунтирования, локальный статус был следующий:

- гангрена одного или нескольких пальцев у 35 (47,9%) пациентов;
- трофические язвы — у 30 (41,1%) пациентов;
- флегмона стопы — у 9 (12,3%) пациентов;
- гангрена дистального отдела стопы — у 3 (4,1%) пациентов.

Что же касается 22 пациентов, которым выполнялись ультрадистальные шунтирования, локальные изменения оказались такими:

- гангрена одного или нескольких пальцев у 12 (54,6%) пациентов;
- трофические язвы — у 5 (22,7%) пациентов;
- флегмона стопы — у 5 (22,7%) пациентов.

Всем пациентам выполнялись ЭКГ, общий анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма, биохимический анализ крови, глюкометрия, рентгенография стоп, УЗИ артерий нижних конечностей и ангиография. На основании результатов ангиографии определялся сосудистый статус.

По сосудистому статусу 73 пациента из группы дистальных шунтирований распределились следующим образом:

– одновременное поражение двух магистральных артерий у 6 (8,2%) пациентов;

- трех артерий — у 18 (24,7%) пациентов;
- четырех артерий — у 16 (22%) пациентов;
- пяти артерий — у 25 (34,2%) пациентов;
- шести артерий — у 6 (8,2%) пациентов;
- семи артерий — у 2 (2,7%) пациентов.

Таким образом, видно, что в данной группе превалировали пациенты с одновременным поражением пяти магистральных артерий (34,2%). На втором месте по количеству стоят пациенты с одновременным поражением трех магистральных артерий (24,7%), а на третьем месте — четырех магистральных артерий (22%).

В группе ультрадистальных шунтирований из 22 пациентов на первом месте по числу оказались пациенты с одновременным поражением трех магистральных артерий, которые составили 50%.

С учетом сосудистого и локального статусов пациентам выполнялись два вида шунтирующих операций: дистальные и ультрадистальные шунтирования. При этом предпочтение отдавалось аутоvenoзному шунтированию *in situ*.

Результаты. Из 73 пациентов, которым производились дистальные шунтирования:

- 10 (13,7%) пациентам выполнены ампутации одного или нескольких пальцев;
- 10 (13,7%) пациентам — ампутация стопы по Шарпу;
- 3 (4,1%) пациентам — высокие ампутации;
- 1 (1,4%) пациент умер в отделении;
- остальные 49 (67,1%) пациентов выписаны, без малых вмешательств на стопах.

Из 22 пациентов, которым выполнялись ультрадистальные шунтирования:

- у 9 (40,9%) произведены ампутации одного или нескольких пальцев;
- 2 (9,1%) пациентам выполнена ампутация стопы по Шарпу;
- остальные 11 (50%) пациентов выписаны с сохраненными сегментами.

Был проведен опрос 60 пациентов, которым давностью от 1 до 5 лет, выполнялись дистальные шунтирования и 14 пациентов — с ультрадистальным шунтированием. Из 60 пациентов с дистальными шунтированиями отличный отдаленный результат наблюдался у 45 (75%) пациентов, удовлетворительный — среди 6 (10%) и неудовлетворительный — у 9 (15%). Из 14 пациентов с ультрадистальными шунтированиями отличный отдаленный результат отмечен у 11 (78,6%) пациентов, удовлетворительный — у 2 (14,2%), неудовлетворительный — у 1 (7,1%).

Выводы:

1. Выбор первичной операции, направленной на реваскуляризацию конечности, должен базироваться на степени нарушения периферического кровоснабжения, количестве пораженных артерий, состоянии путей притока и оттока в дистальном русле, выраженности поражения костей и мягких тканей стоп, наличии инфекции.

2. Дистальное шунтирование при НИФ СДС позволяет сохранить опорную нижнюю конечность 85% пациентов, а ультрадистальное — 93% в течение 1–5 лет, что существенно улучшает качество и увеличивает продолжительность жизни многим из них.