

ОБЗОР
ЕВРОПЕЙСКИХ ПРАКТИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БЕССИМПТОМНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ
НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
И ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙСЯ ХРОМОТЫ

Бибиков Я. И., Шулейко А. Ч., Толканица А. Ю., Сурсаева Д. С.
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Заболевания артерий нижних конечностей (ЗАНК) — группа заболеваний периферических артерий (ЗПА), при которых постепенное развитие окклюзионно-стенотических поражений артериального русла ног приводит к хронической

артериальной недостаточности, развитию перемежающейся хромоты (ПХ). Непосредственные и долгосрочные функциональные результаты реваскуляризации выполняемой по поводу ПХ зависят от: тяжести и протяженности целевого поражения, пораженного сегмента сосудов, качества притока и оттока артерий, доступного технического оборудования и технологии, вспомогательная фармакотерапия, приверженность консервативному лечению и лечебной физкультуре, а также предоперационное функциональное состояние и сопутствующий профиль пациента (наличие или отсутствие других интеркуррентных заболеваний). По данным современных исследований, высокие показатели повторной госпитализации (7–30 %) наблюдались после первичной реваскуляризации, в основном из-за рецидива симптомов и осложнений, связанных с местом пункции (эноваскулярные вмешательства) и послеоперационных инфекций в области хирургического вмешательства (открытая реваскуляризация). Хирургические показания остаются относительными, а альтернативные методы лечения (модификация факторов риска, фармакотерапия, физические упражнения) должны быть реализованы и поддерживаться на первичном этапе, прежде чем предлагать инвазивную процедуру.

Цель исследования: изучить и провести обзор европейских научных рекомендаций хирургического лечения окклюзионно-стенотических поражений артерий нижних конечностей.

Материалы и методы. Выполнен обзор рекомендаций хирургического лечения бессимптомных ЗПА нижних конечностей и перемежающейся хромоты клинических практических рекомендаций Европейского общества сосудистой хирургии (ESVS) 2024.

Результаты и обсуждение. Для пациентов с ПХ и наличием стеноза в подвздошных артериях баллонная ангиопластика с установкой непокрытого металлического стента предпочтительна. При окклюзии подвздошной артерии приоритетнее металлическое стентирование без покрытия вместо первичной баллонной ангиопластики из-за более низкого риска дистальной эмболии. У пациентов, перенесших реваскуляризацию и с показанием к стентированию при повреждении подвздошной артерии, рассматривается

применение саморасширяющихся металлических стентов без покрытия, вместо стентов, расширяемых баллоном, из-за более низкого риска повторного стеноза. Механические свойства саморасширяющихся стентов из голого металла (меньшее приложение радиальной силы, более высокая эластичность) в лучшую сторону отличаются от стентов расширяемых баллоном за счет предотвращения окружного напряжения и сохранения растяжимости артерий. При тяжелых поражениях аорто-подвздошного сегмента (TASC II C/D) применимы стенты с лекарственным покрытием из-за более высоких показателей проходимости. В группе пациентов низкого риска с предполагаемой долгосрочной продолжительностью жизни, открытая реваскуляризация при поражениях TASC II C/D, включающих поражение подвздошных артерий, аорту до уровня почечных артерий является методом выбора из-за благоприятных показателей первичной и вторичной проходимости по сравнению с эндоваскулярными подходами. Эндоваскулярные и гибридные (эндартерэктомия из бедренных артерий + стентирование подвздошных артерий) методы рекомендуются в качестве альтернативы открытой хирургии у пациентов высокого риска, несмотря на отсутствие рандомизированных исследований, сравнивающих эти методы. В случаях невозможности провести эндоваскулярные, гибридные или хирургические анатомические вмешательства на подвздошном сегменте, рассматривается вариант бедренно-бедренного перекрестного шунтирования.

При поражении ОБА, открытая операция (эндартерэктомия) по сравнению с эндоваскулярными подходами имеет выше показатели проходимости в отдаленном периоде. Эндоваскулярное лечение может быть выполнено при стенозе/окклюзии ОБА, не распространяющемся до собственной бифуркации при несложном артериальном поражении из-за сходных с открытыми вмешательствами показателями промежуточной проходимости. А также, в случае высокого риска осложнения послеоперационной раны (перенесенная ипсилатеральная ЭЭ из ОБА, патологическое ожирение или перенесенная регионарная лучевая терапия в паховой области) при наличии стеноокклюзионного поражения ОБА и ее бифуркации.

У пациентов с поражением бедренно-подколенного сегмента рекомендуется тщательно выставлять: показания к реваскуляризации, которые должны сопоставляться со степенью нарушения жизнедеятельности, результатами консервативного лечения, сопутствующими заболеваниями, процедурными рисками и ожидаемой процедурной проходимостью из-за сохраняющейся неопределенности относительно устойчивых клинических преимуществ и рисков.

В одном из экспертных обзоров оценили целесообразность бедренно-подколенного шунтирования ePTFE у 325 пациентов с ПХ. В этом исследовании 40 % операций шунтирования нижних конечностей были признаны преждевременными и, следовательно, потенциально предотвратимыми, в первую очередь из-за отсутствия надлежащего медицинского контроля и образа жизни перед операцией. Долгосрочная перспектива реваскуляризации на этом сегменте при перемежающейся хромоте не ясна. Улучшение качества жизни после инвазивного лечения наблюдалось в первые два года, но это преимущество не сохранялось в течение пяти лет.

Эндоваскулярное вмешательство при бедренно-подколенных поражениях длиной менее 25 см является первой линией лечения ввиду высокого начального технического успеха и низкой периоперационной заболеваемости (при поражениях TASC II A/B, после оптимальной баллонной ангиопластики без необходимости стентирования, предлагается баллонная ангиопластика с покрытием паклитаксолом).

Первичное стентирование непокрытым металлическим стентом не рекомендуется вместо баллонной ангиопластики с временным стентированием из-за неблагоприятных показателей вторичной проходимости у пациентов с рестенозом стента. Если простая баллонная ангиопластика приводит к субоптимальным результатам (остаточный стеноз или диссекция) рассматривается установка стента с лекарственным покрытием. Рутинное использование атерэктомии не рекомендуется из-за отсутствия превосходства над другими методами и безопасности. При наличии длинных

(более 20 см) поражениях покрытые стенты могут рассматриваться как альтернатива голым металлическим стентам.

Любой вид реваскуляризации у пациентов с ПХ и поражении артерий ниже щели коленного сустава не рекомендуется, в виду отсутствия преимуществ и долговечности результатов, но оправдан при ХИУПК (КИНК). Это объясняется в виду высокого риска интраоперационного повреждения берцовых артерий. В крайнем случае у тщательно отобранных пациентов с выраженной ПХ, и при необходимости эндоваскулярного лечения, может быть рассмотрена баллонная ангиопластика с селективной установкой стента, выделяющего лекарственное вещество или пациентам, которым требуется установка стента на короткие повреждения артерий, рассматривается использование стентов с лекарственным покрытием, вместо голых металлических стентов из-за более благоприятных показателей проходимости стентов с лекарственным покрытием. Открытое хирургическое вмешательство для данного сегмента рассматривается в случае неэффективности консервативного и эндоваскулярного лечения. Шунтирование артерий голени следует рассматривать только у пациентов со следующими состояниями: 1) ПХ выражено нарушает образ жизни, после предварительно проведенного консервативного лечения и хорошо проводимой контролируемой лечебной физкультурой, 2) наличие целевой артерии с хорошим оттоком к стопе, 3) доступность большой подкожной вены, 4) отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний, исключающих возможность проведения анестезии, 5) сильное желание ходить, 6) пациентам, у которых эндоваскулярный метод невозможен и 7) категорический отказ от курения.

Выводы. Проблема лечения пациентов, страдающих ЗАНК особенно актуальна в настоящее время. Несмотря на стремительное развитие открытых и эндоваскулярных методик, показания к ним и отдаленные результаты реваскуляризаций остаются сомнительными, что требует поиска новых решений проблемы.