

РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНЫМИ МЕТОДАМИ

Шкода М. В., Чур Н. Н., Жих О. В., Михайлова Н. М.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

УЗ «10-я городская клиническая больница»,

г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Окклюзионно-стенотические поражения магистральных артерий нижних конечностей при сахарном диабете (СД) могут быть как проявления ишемической и нейроишемической форм синдрома диабетической стопы (СДС), так и при облитерирующем атеросклерозе на фоне этого серьезного заболевания

Эндоваскулярная стратегия лечения критической ишемии нижних конечностей (КИНК) представляет собой относительно новую область сосудистой медицины. Это новое направления получило широкое признание и распространение только за последние десятилетия. В этот период эндоваскулярные методики стали применяться практически на всех сосудах, включая сосуды аорто-подвздошного и бедренно-подколенного уровней. В настоящее время в большинстве мировых клиник больным с заболеваниями периферических сосудов в первую очередь предлагают именно интервенционные процедуры

Цель. Оценить роль и результаты рентгеноэндоваскулярных вмешательств (РЭВ) при купировании критической ишемии у пациентов с СДС.

Материал и методы. В гнойно-септическом отделении 10-й ГКБ (центр «Диабетическая стопа» г. Минска), за период с 2012 по 2015 годы выполнено 538 РЭВ, из которых у 195 пациентов имело место КИНК, обусловленными СДС. Этим 195 пациентам выполнялась прямая реваскуляризация: ангиопластика – 39; ангиопластика со стентированием – 132;

по два стента было установлено в 24 случаях. Возраст был различным – от 49 до 82 лет. По полу разделение оказалось следующим: мужчин – 105, а женщин – 90. По типам СД различия были такими: ИЗСД тип – 10,9 %, а ИНЗСД – у 89,1 %. Средняя длительности заболевания СД составила 10,9 лет. Некротические изменения на стопах были выявлены у всех пациентов, а ДОАП – у 18. Недостаточная компенсация СД при поступлении отмечена среди 55,3 %. Из локальных изменений на стопах можно отметить: ишемические трофические язвы (подошвенные, пяточная область, межпальцевых промежутков, тыла стопы) – 142 (72,8 %); гангрена одного или нескольких пальцев – 25 (12,8 %); гнойно-некротические флегмоны стопы – 16 (8,2 %); гангрена дистального отдела стопы – 7 (3,6 %); сочетанные локальные поражения – 5 (2,6 %).

Всем пациентам выполнялись стандартные общеклинические и биохимические анализы, УЗДГ, контрастная ангиография (КА). Поражения артерий: многоуровневое поражение окклюзионно-стенотическим процессом подвздошных, бедренных, подколенных, артерий голени. Степень ишемии конечностей по Фонтейн-Покровскому была III (30,1 %) и IV (69,9 %).

Результаты и обсуждение. РЭВ производились после решения вопроса о выборе метода лечения. Данные предоперационного обследования тщательно взвешивались с учетом большого риска реконструктивной хирургии, меньшей долговечности эндоваскулярных вмешательств и большей ограниченности их применения.

Результаты эндоваскулярных вмешательств оценивались по 3-м группам пациентов в зависимости от сегментов: подвздошные, бедренно-подколенные и берцовые. Сразу же следует оговориться, что непосредственные и отдаленные результаты эндоваскулярных вмешательств – баллонная ангиопластика со стентированием, или без него, выполненных по поводу стенозов, оказались лучше, чем при окклюзиях.

При аорто-подвздошных сегментах технический успех ангиопластики при стенозах приближался к 95 %, а при окклюзионном поражении – к 83 %. Через год клинический успех наблюдался в 82 % и 67 % соответственно.

Протяженность атеросклеротического поражения оказывала негативный эффект на результаты лечения, что особенно проявлялось при баллонной ангиопластике бедренно-подколенного сегмента. Технический и клинический успех составил 91,3 %. При этом проходимость восстановленных артерий через год отмечена у 23 % после ангиопластики у 71,3 % – после стентирования.

При ангиопластике берцовых артерий основным критерием было состояние путей оттока, и выполнялись они с целью спасения конечностей. Из всех оперированных пациентов технический успех имел место среди 88 %, конечность удалось сохранить в течение года наблюдения у 74,3 %.

Количество послеоперационных осложнений было различным в каждой из этих групп и находились в пределах от 3,3 до 6,0 %. Летальных исходов не было.

Выводы.

1. К основным методам хирургического лечения критической ишемии конечностей относятся РЭВ.
2. Тактика лечения должна базироваться на характере поражения сосудов и объеме гнойно-некротического поражения стопы. Наличие дистального ограниченного некротического поражения в виде сухих некрозов не являлось противопоказанием к выполнению РЭВ.
3. Главным прогностическим фактором, влияющим на исход эндоваскулярных вмешательств и развитие рестенозов в отдаленном периоде, является состояние путей оттока.