

СОЧЕТАНИЕ ОТКРЫТЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ И РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА АРТЕРИЯХ У ПАЦИЕНТОВ С СДС

*Чур Н. Н., Шкода М. В., Кондратенко Г. Г., Жих О. В.,
Михайлова Н. М., Казущик В. Л.*

*УЗ «10-я городская клиническая больница,
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. Гибридные технологии – это рациональное сочетание двух подходов для коррекции критических нарушений кровообращения с использованием традиционных открытых хирургических и рентгенхирургических технологий. Это сочетание является уникальной возможностью адекватной коррекции многоэтажных поражений и спасения нижних конечностей. По мнению академика Е. И. Чазова, гибридные технологии – это революция, которая значительно расширила возможности и повысила эффективность лечения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Цель. Определить показания и оценить результаты применения гибридных технологий для реваскуляризации конечностей при критической ишемии нижних конечностей (КИНК) у пациентов с синдромом диабетической стопы (СДС).

Материал и методы. В Минском городском центре „Диабетическая стопа» на базе гнойно-септического отделения 10-й ГКБ за период с 2012 по 2015 годы выполнено 41 открытых реконструкций и рентгенэндоваскулярных вмешательств на артериях пациентов с КИНК при СДС. Мужчин было 24, а женщин – 17. Значительное большинство составили пациенты со II-м типом сахарного диабета (СД) – 90,2 %, длительность СД от 8 до 14 лет, недостаточная компенсация СД при поступлении была у 64,5 %. Деструкция мягких тканей стоп и костей (СДС) отмечены у всех пациентов, которые возникали в сроки от 2-х до 4-х месяцев. Локальные изменения на стопах характеризовались ишемическими трофическими язвами различной локализации; сухими или влажными гангренами одного или нескольких пальцев; гнойно-некротическими флегмонами стоп; гангренами дистальных отделов стоп.

Всем пациентам выполнялись общеклинические, биохимические, ЭКГ, рентгеноскопия органов грудной клетки, УЗИ, контрастная ангиография (КА), а в редких случаях компьютерная томография артерий нижних конечностей. Среди всех пациентов отмечалось многоуровневое поражение артериальной системы конечности окклюзионно-стенозированным поражением, включая бедренные (общая, поверхностная и глубокая), подколенная, артерии голени (передняя и задняя большеберцовая, межкостная. Степень ишемии конечностей по Фонтейн-Покровскому в основном была IV – 38 (92,7 %).

Выполнялись следующие гибридные реконструктивно-восстановительные операции на артериях: эндартерэктомия и стентирование берцовых артерий – 2; подвздошно-бедренное шунтирование и стентирование подколенной артерии – 3; аутовенозное бедренно-подколенное шунтирование и стентирование переднебольшеберцовой артерии – 13; стентирование общей бедренной и аутовенозное бедренно-берцовое шунтирование (передняя или задняя большеберцовая) – 16; стентирование поверхностной бедренной и аутовенозное бедренно-педальное шунтирование – 7. Для аутовенозного шунтирования (in-situ или реверсированная) использовалась большая подкожная вена пораженной конечности. При необходимости заготавливалась дополнительная венозная вставка с противоположной конечности. Все гибридные вмешательства осуществлялись одновременно.

Всегда оперативное лечение сопровождалось и консервативным.

Результаты и обсуждение. При наличии гнойно-воспалительных с некротическими поражениями вначале выполнялись вскрытие и некрэктомия, а затем – реваскуляриция. В ситуациях с ишемическими поражениями (сухие некрозы) на стопах очередность оперативных вмешательств была иная: реваскуляриция конечности, а после стабилизации кровообращения (через 2–3 недели) – некрэктомия. Первоочередность выполнения хирургической реваскуляризации или эндоваскулярного вмешательства была примерно одинакова и принципиального значения не имела.

Нами применялись 2 вида гибридных операций: проксимальные (ангиопластика со стентированием приводящих артерий и шунтирование путей оттока на голени или стопе), а также дистальные (шунтирование приводящих артерий и ангиопластика со стентированием путей оттока).

Во всех случаях реваскуляризации пораженной конечности нами учитывались: количество вовлеченных в патологический процесс артерий; состояние плантарной дуги; наличие пригодной для шунтирования подкожной вены; объем пораженной ткани. Определено, что дорзальные артерии в гораздо меньшей степени подвергались медиакальцинозу Менкеберга, чем тибиальные. Это и предопределило более частое выполнение шунтирования *a. dorsalis pedis* – 7.

После стабилизации артериального кровотока выполнялись необходимые малые ампутации и укрытия раневых дефектов – 27 (65,9 %). Конечности в течение года удалось сохранить в 33 случаях (89,5 %). Летальных исходов не было.

Выводы.

Гибридный метод целесообразно применять у самой тяжелой категории поражения (тип С и D по классификации TASC).

Использование дистальных шунтов позволяют сохранить конечность до 89,5 % в течение года.