



Эндоваскулярное Лечение При Критической Ишемии Нижних Конечностей У Больных С Синдромом Диабетической Стопы

1. Сафоев Бакодир Барноевич
2. Назаров Жамшид Ражаббоевич

Received 28th Aug 2022,
Accepted 29th Sep 2022,
Online 31st Oct 2022

¹ Д.м.н., профессор кафедры общей хирургии Бухарского государственного медицинского института, республики Узбекистан

² Самостоятельный соискатель кафедры общей хирургии Бухарского государственного медицинского института, республики Узбекистан

Аннотация: По расчетным данным наших исследователей, окклюзионными заболеваниями артерий нижних конечностей страдает от 3 до 10% населения, возрастая до 15-20% среди больных старше 70 лет [1,3]. У трети больных с критической ишемией нижних конечностей через 6-8 лет после появления первых признаков заболевания развивается критическая ишемия. Согласно некоторым эпидемиологическим исследованиям, частота заболеваний периферических артерий у пациентов с диабетом составляет от 10 до 40%, а при наличии язвенных дефектов стопы достигает 50% [4,5]. В Узбекистане хроническая ишемия нижних конечностей была диагностирована более чем у ста тысяч человек. Сосудистый атеросклероз является причиной хронической ишемии нижних конечностей в 80-90% случаев. Особенно часто эта патология наблюдается у людей старше 60 лет[2].

Целью данного исследования: улучшение результатов лечения больных с критической ишемией нижних конечностей при синдроме диабетической стопы путём дифференциального подхода лечения с учетом эндоваскулярных вмешательств.

Материал и методы исследования.

В основу работы положены данные обследования и лечения 47 больных с критическими ишемиями нижних конечностей при синдроме диабетической стопы, получившие стационарное лечение в клинической базе Бухарского Государственного медицинского института Бухарского многопрофильного областного медицинского центра за период 2019 по 2022 годы.

Больным было проведено хирургическое лечения: с учетом ангиографического исследования с применением эндоваскулярного. Хирургическая тактика больных определяли с учетом результатов показателя ангиографических исследований. Исходя из полученных результатов рентгенконтрастное ангиографическое исследование, а также глубины поражения гнойно-некротического процесса, было определено методы малоинвазивных эндоваскулярных вмешательств каждого конкретного больного.

На основании клинического обследования определялась дальнейшая тактика лечения, в зависимости от васкуляризации.

Результаты и их обсуждения.

При определении тактики хирургического лечения больных проводилась эндоваскулярная рентгеноконтрастная диагностика сосудов голени и стопы. С учетом результатов ангиографической диагностики определяли метод выбора эндоваскулярной малоинвазивной хирургической вмешательства для устранения кровотока пораженного сосуда. Для дифференциации подхода эндоваскулярных хирургических вмешательств с учетом размера сосудов мы разделили на три уровня сосудов стопы.

1. уровень – верхний уровень стопы. До уровня медиальной лодыжки. Просвет сосудов до 2.5 мм. (Дистальная часть малоберцовой и задней большеберцовой артерии).
2. уровень – средний уровень стопы. Просвет сосудов до 2.0 мм. (Тыльная, медиальная подошвенная артерия стопы).
3. уровень – дистальный уровень стопы. Просвет сосудов до 1.5 мм. (Дугообразная, тыльная, плюстные артерии).

Основными диагностическими методом оценки состояние сосудов явилось рентген контрастные ангиографические исследования. Ангиографические исследования проводились после соответствующей подготовки под местной анестезии в ангиографическом кабинете.

В комплекс консервативных мероприятий включалось так же, как у контрольной группы, лечение сопутствующих заболеваний и коррекция нарушений реологических свойств крови.

Изучение уровня содержания сахара в крови показало, что к моменту поступления в клинику, в среднем, оно составляло $12,7 \pm 2,1$ ммоль/л. На фоне комплексного консервативного и хирургического лечения, ликвидация гнойно-некротического очага, проводимая в послеоперационном периоде, способствовала снижению уровня сахара в крови больных до цифр верхней границы нормы к 6-7 суткам лечения.

При проведении рентген контрастного ангиографического исследования выявлено поражения сосудов под коленной артерией и I уровень сосудов стопы у 55,3% больных (Дистальная часть малоберцовой и задней большеберцовой артерии). У 11 (23,4%) больным отмечались стеноз и окклюзия на II уровне сосудов стопы (Тыльная, медиальная подошвенная артерия стопы). У 10 (21,2%) пациентов отмечались поражения сосудов в виде стеноза и окклюзии до III уровня сосудов стопы.

Из 26 больных с поражением I -го уровня стопы 12 (46,1%) выполнялось стентирование сосудов дистальная часть малоберцовой и задней большеберцовой артерии. Показанием стентирование этих сосудов явилось: возникновение резидуального стеноза сосудов до 45-50% и неэффективности транслюминальной баллонной ангиопластики.

Из 26 больных с поражением I уровня сосудов стопы у 14 (53,9%) больным из-за хронической ишемии нижних конечностей, обусловленной окклюзионно-стенозическими поражениями артерий сосудов стопы, проводилась баллонная ангиопластика с последующим стентированием пораженных сосудов. Для проведения манипуляции баллонной ангиопластики выполнялись. В последующем проводились стентирования участки поражения по выше указанной методике.

Как было выше отмечено из 47 больных у 11 (23,4%) пациентах отмечались стеноз или окклюзия II уровня сосудов стопы (тыльная, медиальная подошвенная артерия стопы). Из них у 4 (36,3%)

проводилось стентирование пораженных сосудов. У 7 (63,7%) больным выполняли по показаниям проводилась реканализация сосудов с балонной ангиопластикой. Для этого после установления уровня и степени поражения сосудов выполнялась реканализация сосудов.

У 10 больных с поражением III уровня сосудов стопы (дугобразная, тыльная, плюстные артерии). У 4 (40%) больным выполнялась операция реканализация с балонной ангиопластикой. У 6(60%) больным из-за тяжелой формы хронической ишемии нижних конечностей, обусловленной окклюзионно-стенотическими поражениями артерий 3 –го уровня сосудов ограничили с выполнением реканализации пораженных сосудов.

Применения ангиоэндоваскулярной диагностики и дифференциального подхода эндоваскулярного хирургического вмешательства с разделением в зависимости размеров сосудов стопы на 3 уровня изменило в лучшую сторону показателей после операционных осложнений и результатов исследований.

Заключение. Все вышеизложенные нам позволяет рекомендовать обязательно широкое применение в клинической практике метод хирургического лечения с применением ангиографического исследования с учетом 3 уровня размеров сосудов стопы, провести эндоваскулярное вмешательство применением малоинвазивных методов реканализации, балонной ангиопластики и стентирование дистальных сосудов. При этом стентирование и балонная ангиопластика необходимо использовать при поражения I -го уровня сосудов стопы размеров до 2,5 мм, что часто совпадает в проекции дистальная часть малоберцовой и задней большеберцовой артерии. При поражении II уровня сосудов стопы с размерами до 2,0 мм (тыльная, медиальная подошвенная артерия стопы) более эффективным является применения стентирования с ангиопластикой с реканализацией. При окклюзии III уровня сосудов стопы с размерами до 1,5 мм (дугобразная, тыльная, плюстные артерии) применения реканализации и балонная ангиопластика является более оптимальном.

Список литературы:

1. Савельев В.С., Кошкин В.М., Каралкин А.В., Тарковский А.А. Критическая ишемия нижних конечностей: определения понятия и гемодинамическая характеристика //Агиол. и сосуд, хирургия. 1996. №3. С. 84-90.
2. Сафоев Б.Б., Назаров Ж.Р., Болтаев Т.Ш., Хамроев Ш.М. Результат традиционного лечения синдрома диабетической стопы больных с критической ишемией нижних конечностей// Новый день в медицине. Бухара. – 2022, -№6(44). – С. 167-173Кошкин
3. Adam, D.J. Bypass versus angioplasty in severe ischaemia of the leg (BASIL): multi-centre, randomized controlled trial [Text] / D.J. Adam, J.D. Beard, T. Cleveland [et al.] // Lancet. - 2005. - № 366. - P. 1925–1934.
4. Lipsky, B.A. Infectious Diseases Society of America clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of diabetic foot infections [Text] / B.A. Lipsky, A.R. Berendt, P.B. Cornia [et al.] // Clin Infect Dis. – 2012. – 54. – P. 132–173.
5. Pham H., Armstrong D.G., Harvey C., Harkless L.B., Giurini J.M., Veves A. Screening techniques to identify people at high risk for diabetic foot ulceration: a prospective multicenter trial // Diabetes Care. -2000. -Vol.23. -P. 606-611.