

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.

## **КУПИРОВАНИЕ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ**

Шкода М. В., Чур Н. Н., Жих О. Д., Михайлова Н. М.,  
Черноморец Н. В., Куделка А. А.

УО,, Белорусский государственный медицинский университет”,  
г. Минск, Республика Беларусь

**Введение.** Ежегодно число заболевших сахарным диабетом (СД) увеличивается на 5-7%, а каждые 10 лет количество пациентов удваивается. По прогнозам экспертов, к 2025 г. число пациентов с СД может составить 550 млн человек, а в 2030 г. диабет станет 7-й по значимости причиной смерти.

Одним из самых грозных осложнений СД является синдром диабетической стопы (СДС), при этом значительная доля (около 60%) всех ампутаций нижних конечностей нетравматического характера приходится на пациентов этого профиля.

В своих работах Rutherford R. В. отмечал, что преимуществами эндоваскулярных вмешательств являются низкая частота осложнений, уменьшение объёма анестезиологической помощи, сокращенное время пребывания в стационаре и хорошие ближайшие и отдаленные результаты. Всё это не могло не отразиться на конкурентоспособности рентгенэндоваскулярной (РЭВ) хирургии в тех областях, которые раньше считались прерогативой реконструктивной сосудистой хирургии.

**Цель:** определить роль и место РЭВ методов в лечении критической ишемии нижних конечностей при нейроишемической форме СДС.

**Материал и методы.** Проанализировано 98 историй болезни оперированных пациентов с критической ишемией при нейроишемической форме (НИФ) СДС, находящихся на лечении в центре «Диабетическая стопа» на базе 10 ГКБ г. Минска в период с 2012 по 2017 гг., из которых по гендерной принадлежности: мужчин 50 (51,1%), женщин 48 (48,9%). По возрасту пациенты разделились на три группы: 57 чел. (58,2%) – пожилого возраста, среднего – 25 (25,5%), старческого – 16 (16,3%). Длительность заболевания СД: до 5 лет – 10%, 5-10 лет – 26% и более 10 лет – 64,3%. Длительность СДС: менее 1 года – 27%, 1-2 года – 73,5%.

У 67 пациентов проявлением критической ишемии на фоне диабетической нейропатии явилась трофическая язва, у 16 – флегмона стопы, у 18 пациентов наблюдалась гангрена 1-го пальца, гангрена нескольких пальцев отмечалась у 10 пациентов. Всего локальных изменений было 111.

При ангиографическом исследовании выявлено 216 поражений артерий: 59 стенозов, 157 окклюзий.

Чаще всего поражались поверхностная бедренная артерия (ПБА) – 23,1%, а также передняя большеберцовая артерия (ПББА) – 28,7% и задняя большеберцовая артерия (ЗББА) – 35,6%. У всех 98 пациентов ХАН по Фонтейну-Покровскому соответствовало 3-4 степени.

Среди осложнений СД у 95 (97%) отмечалось поражение сердечно-сосудистой системы, у 2 было выявлено поражение почек, у 1 – поражение головного мозга.

**Результаты и их обсуждение.** Всего было проведено 145 операций: ангиопластик – 68, ангиопластик со стентированием – 77. Чаще всего проводились ангиопластика ПББА – 32 операции (22,1%), ЗББА – 28 (19,3%); стентирование с ангиопластикой ПБА – 51 (35,2%), подколенной артерии – 25 (17,2%).

Также были выполнены 22 малые ампутации: ампутация одного пальца – 12, ампутация нескольких пальцев – 6,

ампутация стопы по Шарпу – 4; и 3 высокие ампутации, которые выполнялись на фоне изолированной ангиопластики.

Технический успех РЭВ операции составил 100%, а клинический успех был разным на уровне различных сегментов и зависел от вида поражения сосудистого русла.

#### **Выводы:**

1. Показаниями для выполнения РЭВ операций являются: выраженная сердечно-сосудистая патология, многоуровневое поражение сосудистого русла нижних конечностей, пожилой и преклонный возраст пациентов. Преимущества данных вмешательств – малая травматичность, хорошая переносимость, а также применение местной анестезии.

2. РЭВ вмешательства должны применяться в строгом соответствии с характером поражения сосудистого русла (стеноз, окклюзия), состоянием путей оттока и притока, объемом гнойно-некротического поражения стоп.

3. Изолированная ангиопластика оказалась недолгосрочной по отношению к ангиопластике со стентированием, что отразилось на результатах (высокие ампутации).

## **О ЦЕЛЕСОБРАЗНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГИБРИДНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

Шкода М. В., Чур Н. Н., Жих О. Д., Михайлова Н. М.,  
Черноморец Н. В., Иванов А. В.

УО „Белорусский государственный медицинский университет”  
г. Минск, Республика Беларусь

**Введение.** Актуальность проблемы критической ишемии нижних конечностей (КИНК) при синдроме диабетической стопы (СДС) обусловлена большой вероятностью выполнения ампутаций конечностей и связанными с этим рисками возникновения тяжелых осложнений и летальность. Принимая во внимание, что у большинства пациентов с КИНК имеются многоэтажные поражения нескольких артериальных сегментов, особо перспективным в реваскуляризации нижних конечностей у