

ВЫСОКИЕ АМПУТАЦИИ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: СЛОЖНО РЕШАЕМАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

*Гарелик П.В., Дубровщик О.И., Цилиндзь И.Т., Пакульневич Ю.Ф.,
Горелова Т.Н., Живушко Д.Р., Казеннов С.С.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Исходя из современных принципов доказательной медицины течение хронической артериальной недостаточности сосудов нижних конечностей (ХАННК) атеросклеротического и диабетического генеза в 20-70 % случаев осложняется декомпенсацией регионарного кровотока с развитием критической ишемии (КИ) в 50-75% случаев обусловленной дистальной формой поражения сосудистого русла. У 40-70 % пациентов с КИ развиваются язвенно-некротические поражения голеней и стоп, которые приводят к длительной временной либо стойкой потере трудоспособности, снижению качества жизни и нередко к летальному исходу. Инфекционный процесс способствует тромбозу уже измененных артерий стопы вследствие атеросклероза и диабета, что приводит к прогрессированию ишемии и развитию гангрены. У больных, страдающих сахарным диабетом (СД), КИ встречается примерно в 5 раз чаще, а трофические нарушения развиваются у 10 % всех пациентов СД. Особой тяжестью отличаются гнойно-некротические осложнения синдрома диабетической стопы (СДС), проявление которых варьируют от поверхностных язвенных дефектов до гангрены. Известно, что частота развития язвенно-некротических осложнений КИ у больных СД в 40 раз чаще, чем у лиц без СД, при этом смертность в течение 5 лет наблюдения, при высоких ампутациях составляет 43-74%. Согласно Европейскому (1992 г.) и Российскому (2002 г.) консенсусам по КИ нижних конечностей, оптимальным методом лечения пациентов с этой тяжелой патологией является выполнение последовательных оперативных вмешательств – сосудистой реконструкции и санации гнойно-некротических очагов. Хирургическая реваскуляризация при исходной КИ снижает частоту ампутаций с 95 % до 25 %, однако шунтирование невыполнимо у 54 % этих больных в связи с характером поражения сосудов, а у 7%, в связи с нали-

чием тяжелой сопутствующей патологии. Однакостораживают данные ряда исследователей о том, что и после реконструктивных операций на магистральных артериях высокие ампутации нижних конечностей приходится выполнять через 1 год у 16-27%, через 5 лет у 28-43% больных. Естественное течение КИ связано с плохим прогнозом для конечности и жизни пациента. Очевидным становится рост количества ампутаций у больных трудоспособного возраста и к сожалению, на сегодняшний день, самым распространенным методом лечения осложненных форм КИ остается высокая ампутация пораженной конечности [1]. Поэтому, проблема лечения больных с КИ в настоящее время весьма актуальна из-за возрастающего количества ампутаций, несмотря на разработку и применение этапных реваскуляризаций пораженных артериальных бассейнов [2]. Представляло интерес изучить собственные результаты лечения пациентов с КИ и определить возможные пути снижения количества ампутаций.

Изучены результаты обследования и лечения 3503 пациентов с ХАННК, из них атеросклеротического генеза -2198 (62,7%) больных и 1305(37,3%)- диабетического генеза, в возрасте от 56 до 89 лет, мужчин– 82,1%, женщин-17,7%, которые находились на лечении в хирургическом отделении клиники общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет с 2008 г. по 2012 г.(9 месяцев). Стадия КИ представлена гангренозно-некротическими изменениями в нижних конечностях у 992(45,1%) пациентов атеросклеротического генеза и у 586(44,9%) –диабетического, что составляет 45% от всех пролеченных больных с ХАННК. Обследование включало: сбор анамнеза, общеклинические и биохимические анализы, реовазографию, доплерографию, рентгенографию конечности. Выполняли посев крови на стерильность, определяли видовой состав и чувствительность раневой микрофлоры к антибиотикам. Из 1578 пациентов с гнойно-некротическими осложнениями КИ оперированы 496 (31,4%), ампутации на уровне бедра выполнены у 232 (46,8%) из них, при этом у 150 (64,7%) при КИ атеросклеротического генеза и у 82(35,3%) -диабетического. Малые ампутации выполнены у 264(53,2%), из них ампутация на уровне стопы у 17(6,4%)

больных, на уровне голени у 14(5,3%). У 233(88,2%) проводились метатарзальные резекции костей стопы, остеонекрэктомии, экзартикуляции и ампутации пальцев стопы, эти операции были вторичными и проводились на 5 - 10 сутки. У 9 больных был диагностирован сепсис. Всего умерло 63 больных, общая летальность составила 3,9 %. Из пациентов которым была произведена высокая ампутация бедра, умерло – 42 больных послеоперационная летальность 18,1%. Задачей хирургического вмешательства у больных с КИ должна быть попытка восстановления магистрального артериального кровотока, для сохранения жизнеспособности пораженной конечности и/или снижения уровня ампутации и улучшения качества жизни. Предварительное консервативное лечение с применением антибактериальной терапии, внутриаартериальных инфузий и реваскуляризирующих операций позволит значительно снизить уровень ампутации и уменьшить летальность, однако сложность решения проблемы лечения этих пациентов очевидна. На наш взгляд, значимость этой проблемы будет возрастать, так как увеличивается количество этих больных и в г. Гродно есть необходимость организации отделения гнойной хирургии с осложненной сосудистой патологией, оснащенного необходимым оборудованием и аппаратурой, где будут работать специалисты по сосудистой и гнойной хирургии, что позволит повысить эффективность и качество оказания хирургической помощи больным с КИ, положительно повлияет на результаты лечения и качество жизни, окажет определенный экономический эффект.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гавриленко А.В., Котов А.Э., Кочетов С.В. Тактика хирургического лечения больных с критической ишемией нижних конечностей IV степени // *Анналы хирургии*, 2010.- №3.- С. 5-7.
2. Beard Y.D. Regarding "Through-knee amputation in patients with peripheral arterial disease: A review of 50 cases" / Y.D. Beard // *Y. Vasc. Surg.* – 2009. – Vol. 49.- № 3.– P. 816.