

ДИНАМИКА ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ХИРУРГИИ АНГИОПАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ АТЕРОДИАБЕТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

¹Василевский В.П., ¹Варнакуласурия Ф.Р.С., ¹Обухович А.Р.,
²Ждонец С.В., ²Цилиндзь А.Т.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненская университетская клиника»

г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В Республике Беларусь по состоянию на 1 января 2021 года на диспансерном учете состояли 356 945 пациентов, 94% из них с сахарным диабетом (СД) 2 типа. Сахарный диабет – один из важнейших факторов риска развития облитерирующего атеросклероза. В группе пациентов с СД распространенность облитерирующего атеросклероза достигает 29%, а риск развития хронической ишемии нижних конечностей увеличивается в 3,5 раза у мужчин и в 8,6 раза у женщин. Гипергликемия приводит к развитию диабетической полинейропатии, вследствие чего у 50-75% пациентов с СД отсутствуют признаки перемежающейся хромоты, характерные для облитерирующего атеросклероза. В результате пациенты с критической ишемией нижних конечностей поздно обращаются за медицинской помощью. Прогноз у этой группы пациентов может быть неблагоприятный даже в случае своевременной реваскуляризации как открытой, так и эндоваскулярной. В течение года после постановки диагноза 25-50% таких пациентов переносят ампутацию. Без реваскуляризации летальность в течение года составляет до 50%, а в течение 5 лет – до 80% [1].

Цель: оптимизация тактико-технических хирургических подходов при оперативном лечении ангиопатических поражений атеродиабетического генеза на основе их корреляции с динамикой гематологических показателей.

Материалы и методы. Проведен динамический лабораторный контроль и осуществлен анализ результатов хирургического лечения 51 пациента, госпитализированных за последние 10 месяцев в гнойное отделение УЗ «Гродненская университетская клиника» с клиническими проявлениями ангиопатических поражений нижних конечностей атеродиабетического генеза. Для статистической обработки данных использовался критерий χ^2 Пирсона. Среди 51 пациента было 33 (64,7%) мужчины и 18 (35,2%) женщин в возрасте от 49 до 86 лет. Большинство пациентов относились к возрастным группам 61–65 лет, 71–75 лет. Длительность СД менее 5 лет отмечена у 5 пациентов, от 5 до 10 лет – у 36, от 10 до 20 лет – у 9, более 20 лет – у 1 пациента. Хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей 2б стадии (по Фонтейну–Покровскому) отмечена у 8 пациентов, 3-й стадии – у 1, 4-й – у 42. При 4-й стадии ишемии наблюдались

трофические нарушения дистальных отделов ног. По шкале Вагнера большинство трофических ран представляли собой инфицированные язвы с распространением на костные структуры или некроз пальцев стоп (W4).

Результаты. Согласно изложенному выше большинство пациентов обратились за медицинской помощью при критическом уровне ишемии конечности по Фонтейну–Покровскому 4-й стадии (82,4%). Для максимального сохранения нижней конечности применялась различная хирургическая тактика. В 41% (21) случаев были выполнены минимальные по объему локальные хирургические манипуляции, 43% (22) пациентов перенесли открытую реваскуляризирующую операцию, включая бедренно-подколенное шунтирование, 16% (8) выполнены эндоваскулярные реконструкции.

Из 21 пациента с локальными хирургическими вмешательствами 17 провели местную хирургическую обработку раны, еще в 4 случаях было выполнено вскрытие и дренирование флегмон.

У 8 пациентов выставлены показания к ангиопластике и стентированию артерий голени. В большинстве случаев выполнялась и ангиопластика поверхностной бедренной артерии или подколенной артерии.

Классическим вариантом реваскуляризации у пациентов с клиникой ишемии тканей являются шунтирующие операции. При проходимости хотя бы одной артерии на голени по данным визуализирующих методов диагностики (КТ с ангиоусилением или субтракционная ангиография) выполнялись бедренно-дистальные шунтирующие реваскуляризации (бедренно-подколенный сегмент – 15 и бедренно-берцовый – 7 операций).

В результате осуществления описанного выше тактико-технического лечебного алгоритма из 51 в 13 (25,4%) клинических случаях пациенты перенесли ампутацию пальцев стопы, у 9 (17,6%) пациентов пришлось провести ампутацию нижней конечности на уровне бедра из-за сохраняющейся критической ишемии конечности.

Сравнение и сопоставление гематологических изменений в динамике осуществления показанной хирургической тактики (до и после выполнения хирургического вмешательства) продемонстрировали в большинстве разной степени выраженности положительные тенденции. Гематологические результаты до ампутации пальцев стопы и нижней конечности были следующими: уровень эритроцитов $3,5 \pm 0,19 \times 10^{12}/л$ (норма: $3,9-5,1 \times 10^{12}/л$), уровень лейкоцитов $11,4 \pm 0,83 \times 10^9/л$ (норма: $4-9 \times 10^9/л$), СОЭ $53 \pm 3,8$ мм/ч (норма: 2-10 мм/ч). Эти же показатели после ампутации ног были представлены как эритроциты $4,1 \pm 0,32 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $8,3 \pm 0,95 \times 10^9/л$, СОЭ $22 \pm 1,8$ мм/ч.

Уровень показателей крови до ангиопластики и хирургических реваскуляризаций нижних конечностей: эритроциты $3,3 \pm 0,17 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $13,2 \pm 0,53 \times 10^9/л$, СОЭ $43 \pm 3,5$ мм/ч. Обе процедуры имели положительную динамику гематологических изменений, но не столь значимую

по сравнению с динамикой постампутационных клинических статусов: эритроциты $3,8 \pm 0,58 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты $11,5 \pm 0,92 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ $34 \pm 1,6$ мм/ч.

Результаты показателей крови до проведения локальной обработки раны или некротомии были следующими: уровень эритроцитов $3,8 \pm 0,23 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоцитов $13,4 \pm 0,95 \times 10^9$ г/л и СОЭ $42 \pm 2,8$ мм/. Постманипуляционные показатели составили: эритроциты $3,9 \pm 0,12 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты $11,3 \pm 0,85 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ $38 \pm 1,6$ мм/ч. Следует отметить, что как выполнение локальной обработки ран или некрэктомий, так и реваскуляризирующая оперативная активность не оказывает существенного влияния на изменения в крови в динамике.

Заключение. Хирургические ампутационные процедуры, являющиеся наиболее радикальным основным способом санационного лечения осложненных ангиопатических поражений нижних конечностей, закономерно имеют лучшие положительные динамические гематологические результаты. Однако реконструкции и эндоваскулярные реваскуляризации не сопровождаются радикальным катастрофическим негативизмом показателей анализа крови в послеоперационном или постманипуляционном периодах. Поэтому с позиции максимально органосохраняющего подхода в подавляющем большинстве клинических наблюдений артериальную реваскуляризацию приоритетно проводить в качестве первичной процедуры и только в случаях отсутствия клинического успеха следует выполнять ампутацию конечности.

Литература:

1. Cho, Y.I. Hemorheological disorders in diabetes mellitus / Y. I. Cho, M. P. Mooney, D. J. Cho // Journal of Diabetes Science and Technology. – 2008. – V. 2. – № 6. – P. 1130-1138.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНЫХ СРОКОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ НЕКРЭКТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКИХ ОТМОРОЖЕНИЙ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Валентюкевич А.Л., Меламед В. Д., Каленик О.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Лечение пациентов с отморожениями является сложной и многоплановой медико-социальной проблемой, которая далека от своего разрешения и в настоящее время. Вплоть до последних лет при лечении глубоких отморожений зачастую определяющей была выжидательная хирургическая тактика, что негативно сказывалось на результатах.