

2. Изменения состава микробиоты кишечника, ассоциированные с дефицитом IL-6 / Е. О. Губернаторова, А. И. Полинова, Т. Р. Юракова [и др.] // Медицинская иммунология. – 2023. – Т. 25, № 3. – С. 595-600. – doi: 10.15789/1563-0625-CIT-2797

3. Интерлейкин-6 как ранний маркер несостоятельности кишечного анастомоза у пациентов, перенесших резекцию толстого кишечника по поводу рака / М. А. Черных, Р. В. Павлов, А. Д. Новикова [и др.] // Вопросы онкологии. – 2022. – Т. 68, № S3. – С. 37-39.

ВЛИЯНИЕ АКТИВНОГО ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ИНФРАИНГВИНАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ, СОЧЕТАЮЩИМСЯ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕННЫХ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ

**Обухович А. Р.¹, Иоскевич Н. Н.¹, Ждонец С. В.², Дайнович В. А.²,
Антухевич Е. И.², Гавина Н. Л.²**

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Гродненская университетская клиника

Актуальность. На протяжении многих лет неинфекционные заболевания лидируют среди причин смертности в мире. Значительная их доля приходится на сахарный диабет (СД). В Республике Беларусь на 1 января 2024 года на диспансерном учете находилось 379 510 пациентов с сахарным диабетом (СД), основную группу которых составляет СД 2 типа – 94%. Крайне неблагоприятная ситуация складывается при сочетании СД с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОААНК). Свойственная СД диабетическая полинейропатия приводит к тому, что пациенты с атеросклеротической ишемией нижних конечностей на фоне данного заболевания обращаются за медицинской помощью нередко лишь в стадии ее хронической критической ишемии (ХКИНК) [1, с. 228]. Единственным эффективным методом лечения в такой ситуации является реваскуляризация ишемизированной конечности [2]. Применяемые открытые хирургические и рентгенэндоваскулярные (РЭВ) варианты оперативного лечения эффективно восстанавливают артериальный кровоток в нижних конечностях. Однако наличие СД приводит к частым реокклюзиям в месте операции, по сравнению с пациентами без нарушения углеводного обмена.

На основании выполненных нами ранее исследований, предложена схема послеоперационного наблюдения за пациентами с атеросклеротическим

поражением инфраингвинальных артерий, сочетающимся с сахарным диабетом 2 типа, после выполненных реваскуляризирующих операций. А именно – клинический осмотр с оценкой динамики заживления послеоперационных ран первый раз через месяц после оперативного вмешательства, затем в 3 месяца и каждые 3 месяца в течение первых двух лет. В случае наличия признаков стенозирования артерий, ретромбоза или реокклюзии в месте первичной реваскуляризации следует выполнять ангиографию с восстановлением периферического кровотока, не дожидаясь появления симптомов хронической критической ишемии нижних конечностей (ХКИНК) вновь [3].

Цель – оценить эффективность предложенной схемы послеоперационного динамического наблюдения.

Методы исследования. Выполнен сравнительный анализ исходов реваскуляризации 152 пациентов с наличием атеросклеротического поражения инфраингвинальных артерий, сочетающегося с сахарным диабетом 2 типа, в стадии хронической критической ишемии нижних конечностей в зависимости от сроков наблюдения за ними в послеоперационном периоде. В исследование включены 90 пациентов ретроспективного наблюдения и 62 пациента проспективного динамического наблюдения согласно описанной выше схемы. РЭВ реваскуляризации выполнялись в классах А и В по классификации TASC II, открытые хирургические – в классах С и D. Пациенты из ретроспективной и проспективной групп соответствующих классов по TASC II были сравнимы по полу, возрасту, длительности СД, гликированному гемоглобину и стадии хронической артериальной недостаточности (ХАН).

Эффективность метода оценивалась показателями ARD (absolute risk difference – абсолютная разница рисков) и RRR (relative risk reduction – снижение относительного риска).

Результаты и их обсуждение. В группе ретроспективного наблюдения после выполнения РЭВ вмешательств сохранение оперированной нижней конечности через 3 месяца составило 96%, через 6 месяцев – 94%, через 12 месяцев – 87%, через 24 месяца – 67%. В то время, как в группе пациентов проспективного наблюдения показатели эти составили 99%, 97%, 93% и 85% соответственно через 3, 6, 12 и 24 месяца.

Сохранение жизни после выполненных РЭВ реваскуляризаций распределилось следующим образом: 96%, 91%, 78%, 53% через 3, 6, 12 и 24 месяца соответственно в группе ретроспективного наблюдения и 97%, 94%, 90% и 83% в те же сроки среди пациентов проспективного динамического наблюдения.

В группе ретроспективного наблюдения после выполнения бедренно-подколенного шунтирования (БПШ) сохранение оперированной нижней конечности через 3 месяца составило 93%, через 6 месяцев – 91%, через 12 месяцев – 85%, через 24 месяца – 82%. В то время, как в группе пациентов проспективного наблюдения показатель 100% сохранился на протяжении 24 месяцев.

Сохранение жизни после выполненных БПШ распределилось следующим образом: 91%, 83%, 80%, 51% через 3, 6, 12 и 24 месяца соответственно в группе ретроспективного наблюдения и 100%, 100%, 95% и 95% в те же сроки среди пациентов проспективного динамического наблюдения.

Таким образом ARD предложенного нами метода для сохранения оперированной конечности составляет 3% через 3 месяца после выполненного РЭВ вмешательства, 3% через 6, 6% через 12, 18% через 24 месяца. ARD для сохранения жизни – 1%, 3%, 12% и 30% через 3, 6, 12 и 24 месяца соответственно. RRR предложенного нами метода для сохранения оперированной конечности составляет 3% через 3 месяца после выполненного РЭВ вмешательства, 3% через 6, 7% через 12, 27% через 24 месяца. RRR для сохранения жизни – 1%, 3%, 15% и 57% через 3, 6, 12 и 24 месяца соответственно.

В случае выполнения БПШ ARD предложенного нами метода для сохранения оперированной конечности составляет 7% через 3 месяца после операции, 9% через 6, 15% через 12, 18% через 24 месяца. ARD для сохранения жизни – 9%, 17%, 15% и 44% через 3, 6, 12 и 24 месяца соответственно. RRR предложенного нами метода для сохранения оперированной конечности составляет 8% через 3 месяца после операции, 10% через 6, 18% через 12, 22% через 24 месяца. RRR для сохранения жизни – 10%, 20%, 19% и 86% через 3, 6, 12 и 24 месяца соответственно.

Выводы. После выполнения реваскуляризирующих операций пациенты с ОААНК, сочетающимся с СД 2 типа, должны осматриваться первый раз через 1 месяц, а затем через каждые 3 месяца в течение последующих 2 лет после операции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Takahara, M. Diabetes Mellitus and Lower Extremity Peripheral Artery Disease. / M. Takahara // JMA Journal. – 2021. – Vol. 4, № 3. – P. 225-231. – doi: 10.31662/jmaj.2021-0042
2. Особенности гемокоагуляционных нарушений у больных с синдромом критической ишемии нижних конечностей на фоне сахарного диабета / Е. В. Дрожжин, И. И. Кательницкий, Ю. В. Никитина [и др.] // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2018. – Т. 13, № 1. – С. 49-52.
3. Обухович, А. Р. Результаты реваскуляризирующих операций у пациентов с хронической ишемией нижних конечностей, обусловленной сочетанием облитерирующего атеросклероза и сахарного диабета / А. Р. Обухович // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2025. – Т. 23, № 4. – С. 321-330. – doi: 10.25298/2221-8785-2025-23-4-321-330