



В.А. Губка, А.Н. Волошин

РАННИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОККЛЮЗИЕЙ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОГО СЕГМЕНТА

Запорожский государственный медицинский университет

Ключові слова: стегново-підколінні оклюзії, профундопластика, тип ураження.**Ключевые слова:** бедренно-подколенные окклюзии, профундопластика, тип поражения.**Key words:** femoral-popliteal occlusion, profundoplastic.

В клинике госпитальной хирургии ЗГМУ наблюдалось 84 пациента с поражением бедренно-подколенного сегмента. Проведенные исследования позволили выявить сопутствующую патологию у 46 (54,8 %). В работе разработаны диагностический и лечебный алгоритм, для лечения больных в зависимости от варианта поражения и прогресса атеросклероза бедренно-подколенного сегмента. Выбор метода реконструкции бедренно-подколенного сегмента зависел от варианта поражения. Положительные ранние результаты проведенного лечения получены у 92,8 % пациентов.

У клініці госпітальної хірургії ЗДМУ проведено спостереження за 84 пацієнтами з ураженням стегново-підколінного сегменту. Проведені дослідження дозволили виявити супутню патологію у 46 (54,8 %). Розроблено діагностичний і лікувальний алгоритм, для лікування хворих залежно від варіанту ураження та прогресування атеросклерозу стегново-підколінного сегменту. Вибір методу реконструкції сегменту залежив від типу ураження. Позитивні ранні результати проведенного лікування отримані у 92,8 % пацієнтів.

The 84 patients with defeat of femoropopliteal segment were observed at Hospital Department Clinic of ZSMU. The concomitant pathology was revealed in 46 (54,8 %) cases. The diagnostic and treatment algorithm was created depending on variant of defeat and femoropopliteal atherosclerotic progression. The choice of reconstruction method depended on defeat's type. Positive early results after complex treatment were attained in 92,8 % patients.

По данным ВОЗ облитерирующие заболевания артерий широко распространены среди мужчин старше 50 лет и встречаются у 11-28% населения. Атеросклеротическое поражение бедренно-подколенного сегмента встречается у 58 % пациентов среди всех облитерирующих заболеваний [1,3]. Для этого вида поражения характерно длительное хроническое течение процесса, при благоприятном исходе лечения которого наиболее правильным является определение состояния, как стойкое улучшение. При отсутствии лечения у больных развивается тяжелая ишемия тканей, вплоть до развития гангрены дистальных отделов конечности, которая составляет от 6,6 % до 29,9% [2,4,6].

Остаются дискуссионными вопросы о степени прогрессирования атеросклероза, не разработаны обоснованные показания к выбору метода реконструкции поражений бедренно-подколенного сегмента в зависимости от выраженности ишемии конечности, сопутствующей патологии и возраста пациентов.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ: разработать диагностический и лечебный алгоритм для лечения больных в зависимости от варианта поражения и прогрессирования атеросклероза бедренно-подколенного сегмента и улучшить результаты лечения.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В клинике госпитальной хирургии Запорожского медицинского университета с января 2006 по декабрь 2008 г. наблюдалось 84 пациента с поражением бедренно-подколенного сегмента. Средний возраст больных составил $60,2 \pm 4,8$ лет. Мужчин было 75 (89,3 %), женщин – 9 (10,7 %). Этиологическим фактором развития ишемии был атеросклероз у 100% больных. При постановке диагноза пользовались классификацией хронической ишемии нижних конечностей по Фонтейну-Покровскому (1979). По степени хронической ишемии больные распределились следующим образом: II степень диагностирована у 21 (25,0%) больных, III степень – у 26 (30,9%) и IV степень – у 37 (44,1%) больных. Критическая ишемия конечности наблюдалась у 63(75%) пациентов.

Всем больным был проведен следующий комплекс исследований: общеклиническое обследование больного, клиническое и биохимическое исследование крови, изучение липидного обмена, уровня глюкозы, ЭКГ, ЭХО-КС, ультразвуковая доплерография с вычислением плече-лодыжечного индекса, УЗИ-сканирование сосудов нижних конечностей, дигитальная субтракционная ангиография, осмотр кардиолога, эндокринолога и других специалистов.

Проведенные исследования позволили выявить сопутствующую патологию у 46 (54,8 %) пациентов. Распределение по виду сопутствующей патологии представлено в *таблице 1*.

Таблица 1

Выявленная сопутствующая патологии у больных с хронической ишемией нижних конечностей

Сопутствующий диагноз	Количество больных	
	п	%
Ишемическая болезнь сердца	40	47,6
Гипертоническая болезнь	37	44,0
Сосудисто-мозговая недостаточность	24	28,5
Сахарный диабет II типа	11	13,1
Другая патология	7	8,3

Из приведенной выше *табл. 1* видно, что наиболее часто встречающейся патологией была ИБС - у 40 (47,6%) больных, гипертоническая болезнь – у 37 (44,0%), сосудисто-мозговая недостаточность разной степени выраженности – у 24 (28,5 %), сахарный диабет II типа – у 11 (13,1 %) больных. Выявленные сопутствующие заболевания учитывали в периоде предоперационной подготовки и были одним из факторов, влияющих на выбор тактики хирургического лечения. В послеоперационном периоде эти заболевания определяли тяжесть состояния больного и требовали дополнительной медикаментозной коррекции.

В клинике мы используем разработанную нами классификацию поражений бедренно-подколенного сегмента



[3], основанную на анализе данных клинического, ультразвукового и ангиографического обследования больных. У пациентов наблюдалось пять типов поражения, для которых характерны свои особенности течения и характер прогрессирования облитерирующего атеросклероза. Выделили следующие типы поражений: I тип – изолированные окклюзии поверхностной бедренной артерии 32,4%; II тип – окклюзия поверхностной бедренной артерии, стеноз глубокой артерии бедра 17,5%; III тип – распространенные поражения поверхностной и глубокой бедренной, подколенной артерий с переходом процесса на артерии голени 30,4%; IV тип – окклюзия дистального сегмента общей бедренной и подколенной артерии 10,6%; V тип – окклюзия подколенной артерии и артерий голени 9,1%.

По нашему мнению, абсолютным показанием к реконструктивной операции является наличие у пациента критической ишемии нижних конечностей. Относительным показанием к операции мы считаем неэффективность адекватной консервативной терапии при 2Б степени ишемии по Фонтейну-Покровскому и ее прогрессирование – уменьшение дистанции «безболевой ходьбы». По полученным данным показанием к выполнению бедренно-подколенного шунтирования или стентирования бедренной артерии являются окклюзии I типа. При II типе поражения выполняется бедренно-подколенное шунтирование, с устранением стеноза глубокой бедренной артерии и ее пластикой. При III, IV и V типе атеросклеротического поражения бедренно-подколенного сегмента у больных наблюдаются неудовлетворительные пути оттока по артериям голени или их отсутствие. Для улучшения кровообращения у этой категории пациентов применяется пластика глубокой артерии бедра, дополненная поясничной симпатэктомией для снятия спазма микроциркуляторного русла и коллатеральных сосудов и остеотрепанацией для стимуляции неоангиогенеза.

В работе оценивали ранние результаты реконструктивных операций на основании нескольких параметров: 1) исчезновение или уменьшение степени болевого синдрома; 2) увеличение дистанции безболевой ходьбы более чем в 2 раза; 3) появление признаков заживления трофических язв или четкой демаркационной линии при гангренозном процессе; 4) неудовлетворительный результат – прогрессирование явлений ишемии.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ. Выбор метода реконструкции бедренно-подколенного сегмента зависел от варианта поражения. Бедренно-подколенное шунтирование выполнено при I типе поражения у 21,5 % пациентов. При этом, дистальный анастомоз наложен выше щели коленного сустава у 13,0 % пациентов, а ниже коленного сустава у 8,5 %. Профундопластика проведена 38,8 % больным, с II и III типом поражения бедренно-подколенного сегмента. У пациентов с III типом поражения артериотомия глубокой бедренной артерии продлевалась до отхождения ветвей 3 и 4 порядка, с эндартерэктомией из пораженной стенки артерии. Профундопластика этим больным дополнялась поясничной симпатэктомией и роторной остеотрепанацией. Больным с IV и V типом поражения (30,7 %) выполнена только поясничная симпатэктомия и остеотрепанация для стимуляции коллатерального кровообращения. Первичная

ампутация конечности произведена 4 % пациентов в связи с необратимостью изменений конечности. У 5 % пациентов проведено консервативное лечение, из-за невозможности выполнить операцию.

Результаты оперативного лечения представлены в табл. 2. Из табл.2 видно, что положительные ранние результаты лечения получены у 92,8 % пациентов. При этом у 47 больных (55,9 %) получены хорошие результаты: прекратились ночные боли и боли в покое, значительно увеличилась дистанция «безболевой ходьбы»

Таблица 2

Результаты оперативного лечения больных с хронической ишемией нижних конечностей

Результаты оперативного лечения	Количество больных	
	п	%
Хорошие	47	55,9
Удовлетворительные	31	36,9
Неудовлетворительные	6	7,2

Удовлетворительные результаты получены у 36 % пациентов. Из-за отсутствия улучшения и прогрессирования критической ишемии нижних конечностей у 6 больных (7,2%) выполнена ампутация бедра в нижней и средней трети. Все больные были с IV или V типами поражения бедренно-подколенного сегмента. У них пути перетока крови из глубокой бедренной артерии в артерии голени были резко ограничены, что и привело к неудовлетворительным результатам.

Для улучшения и стабилизации результатов оперативного лечения необходимо применять современную комплексную терапию, включая простагландины, антитромбоцитарные препараты и антиатеросклеротическую терапию.

ВЫВОДЫ.

Выбор метода лечения бедренно-подколенных окклюзий и степень прогрессирования критической ишемии нижних конечностей зависит от типа поражения. Правильно выбранный метод оперативного лечения позволил получить положительные результаты у 92,8 % пациентов с бедренно-подколенными атеросклеротическими поражениями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Український консенсус. Діагностика і лікування хронічної критичної ішемії нижніх кінцівок у хворих на облітеруючий атеросклероз черевної частини аорти і судин нижніх кінцівок. – Київ-Запоріжжя. - 2003.- с.8
2. Гудз У., Бальцер К. Реконструктивна і ендovasкулярна хірургія інфраренальної аорти та артерій нижніх кінцівок // Івано-Франківськ, 2004.-224с.
3. Никоненко А.С., Губка А.В. Выбор метода реконструктивной операции при атеросклеротических бедренно-подколенных окклюзиях. Клиническая хирургия, 1985. - №10. - С.78-81.
4. Покровский А. В., Бурлева Е.П., Дан В.Н., Дуданов И.П.и др. Российский Консенсус «Диагностика и лечение пациентов с критической ишемией нижних конечностей».-М., 2002.
5. Троицкий А.В., Хабазов Р.И., Паришин П.Ю., Грязнов О.Г. Сочетанные операции при этажных поражениях аорто-подвздошного и бедренно-подколенного сегментов // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2005, Т.11, №2-С.113.
6. Alberzs M., Rowiti M., Brochado-Nexa. F., Pepeira C. Mechanical analysis of alternate autologous vein bypass grafts for infrapopliteal arteries // G.Vase. Surg. - 2005.-Vol.42.№3-p. 444-445
7. Cassar K., Bachoo P., Ford L., et al. Variability in Responsiveness to Clopidogrel in Patients with Intermittent Claudication // Europ. J. Vasc. Endovasc.- 2006. -Vol.32,N1.-P.71-75.

Сведения об авторах:

Губка Виктор Александрович, к.мед.н., доцент кафедры госпитальной хирургии ЗГМУ.

Волошин Александр Николаевич, магистрант кафедры госпитальной хирургии ЗГМУ.

Адрес для переписки: 69118, г. Запорожье, ул. Новокузнецкая, 10, кв. 53, Волошин А. Н. E-mail:voloshyn@live.ru