

© І.А. Криворучко, С.-К.Т. Гоні, І.М. Лодяна, 2014

УДК: 617.58-005.04-036.12-089

І.А. КРИВОРУЧКО, С.-К.Т. ГОНІ, І.М. ЛОДЯНА

Харківський національний медичний університет, кафедра хірургії №2, Харків

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ КРИТИЧНУ ІШЕМІЮ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Критична ішемія нижніх кінцівок є актуальною проблемою у суспільстві, оскільки має велику розповсюдженість та, незважаючи на досягнення сучасної медицини, прогресуючий, несприятливий перебіг. Проаналізовано перебіг захворювання та лікування 88 хворих на хронічну критичну ішемію однієї або обох нижніх кінцівок (ступінь ішемії 4–6 за Рутерфордом), викликані облітеруючим атеросклерозом та облітеруючим ендартеріотом. У більшості хворих відзначалося багаторівневе ураження судин нижче пахвинної зв'язки. Ступінь операбельності артеріального русла нижніх кінцівок з точки зору можливості проведення ревазуляризуючих операцій визначався на підставі даних ультразвукового дуплексного сканування і рентгеноконтрастної ангіографії. Виконано ендovasкулярні втручання (ангіопластика, стентування) 12 (13,6%) хворим, відкриті операції – 28 (31,8%) хворим, «гібридна» методика (ендоваскулярно та відкритим способом) – 2 (2,2%) хворим, непряма ревазуляризація – 2 (2,2%) хворим, велика ампутація – 12 (13,6%) хворим, первинна (велика) ампутація – 7 (7,9%) хворим. Консервативно проліковано 37 (42%) хворих.

Несприятливий перебіг захворювання спостерігається у хворих на облітеруючий атеросклероз, поєднаний із цукровим діабетом II типу. Найкращі ж результати були у групі хворих, що мали ураження артерій TASC A та TASC B типу та були оперовані ендovasкулярно.

Ключові слова: хронічна критична ішемія нижніх кінцівок, результати лікування

Вступ. Щорічна кількість випадків критичної ішемії нижніх кінцівок (КІНК) велика і варіює від 50 до 100 на кожні 100 тис. населення Європейської популяції [5]. Після встановлення діагнозу КІНК протягом року 20% хворих помирають, у 25% проводиться ампутація на рівні гомілки або стегна, і тільки 55% пацієнтів мають шанс збереження кінцівки; протягом двох років з моменту верифікації критичної ішемії вмирає третина пацієнтів [2, 4]. Результати КІНК і прогноз залишаються складними і, на думку укладачів Трансатлантичної угоди з лікування захворювань периферичних судин, співставні з такими при злоякісних новоутвореннях [3, 7]. Згідно з даними 2-го Європейського Консенсусу, критерієм критичної ішемії нижніх кінцівок є наявність болю в спокої при систолічному тиску в дистальній третині гомілки менше 50 мм рт. ст. та/або наявність систолічного тиску на пальцевих артеріях нижче 30 ммрт. ст., або трофічних виразок, або гангрені стопи, або пальців при аналогічних показниках систолічного артеріального тиску. За визначенням рекомендацій Російського товариства ангіологів та судинних хірургів, критична ішемія нижніх кінцівок – це прояв захворювань периферичних артерій, що включає хворих з типовими хронічними болями спокою (переважно в нічний час доби), з ішемічними трофічними розладами, як виразками, так і гангrenoю, і з переміжною кульгавістю менше 30 м. Термін «критична ішемія» використовується у разі наявності симптоматики протягом більше 2 тижнів [1]. Незважаючи на досягнення, пов'язані з виконанням реконструктивних операцій, кількість негативних результатів при лікуванні критичної КІНК залишається дуже

високим [6]. Варто також зауважити, що старіння населення та поширення цукрового діабету останнім часом, суттєво збільшують розповсюдженість та соціальну значимість проблеми [1].

Мета дослідження. Вивчити структуру і результати хірургічного лікування хворих на хронічну критичну ішемію нижніх кінцівок (ХКІНК) і визначити причини незадовільних результатів лікування.

Матеріали та методи. На базі Харківської обласної клінічної лікарні у відділенні серцево-судинної хірургії в 2013 році проліковано 88 хворих з хронічною критичною ішемією однієї або обох нижніх кінцівок (ступінь ішемії 4–6 за Рутерфордом), викликані облітеруючим атеросклерозом та облітеруючим ендартеріотом. Тривалість захворювання склала в середньому $3,2 \pm 0,5$ року. Хворим було проведено хірургічне лікування залежно від ступеня ураження згідно з класифікацією TASC II (2000), відповідно до якої виділяють чотири групи уражень артерій нижніх кінцівок: TASC A – ендovasкулярні втручання є операцією вибору; TASC B – ендovasкулярні операції краще, однак можлива реконструктивна операція; TASC C – реконструктивна операція краще, однак можлива ендovasкулярна операція; TASC D – реконструктивна операція є операцією вибору. Критеріями неоперабельності були багаторівневі поширені ураження, занедбаність випадку (волога гангрена пальців з переходом на стопу та гомілку).

Результати досліджень та їх обговорення. У більшості хворих відзначалося багаторівневе ураження судин нижче пахової складки. Ступінь операбельності артеріального русла нижніх кінцівок з точки зору можливості проведення ревазуляри-

зуючих операцій визначався на підставі даних ультразвукового дуплексного сканування і рентгеноконтрастної ангіографії. Основними критеріями неоперабельності артеріального русла були наявність протяжної оклюзії артеріального русла з переходом на дистальні артеріальні ділянки артерій кінцівки, «багатоповерхове» ураження артеріальної системи, виражені некротичні зміни. У 26 пацієнтів (29,5%) були трофічні дефекти (хронічна артеріальна виразка, гангрена одного або декількох пальців, гангрена стопи та гомілки), тривалістю в середньому від 1 до 7 міс. 8 хворих (9 %) раніше перенесли операції ревазуляризації. Із супутніх захворювань у 45

(51,1 %) хворих був цукровий діабет 2-го типу в стадії компенсації і декомпенсації, у 68 (77,2 %) хворих була ІХС, стенокардія напруги II–III функціонального класу, у 32 (36,3 %) – артеріальна гіпертензія. У 17 (19,3 %) хворих відзначена серцева недостатність різного ступеня тяжкості. Одночасно були скореговані супутні патології (серцева недостатність, цукровий діабет). У післяопераційному періоді хворі отримували загальноприйнятну терапію.

Як видно із таблиці 1, 49 (55,6 %) хворим не проведена операція ревазуляризації, через занедбаність випадку та виражене ураження судин дистального русла.

Таблиця 1

Структура лікування хворих на хронічну критичну ішемію нижніх кінцівок

Спосіб лікування	Кількість хворих
Ендоваскулярні втручання (ангіопластика, стентування)	12 (13,6%)
Відкриті операції	28 (31,8%)
«Гібридна» методика (ендоваскулярно та відкритим способом)	2 (2,2%)
Непряма ревазуляризація	2 (2,2%)
Первинна (велика) ампутація	7 (7,9%)
Консервативне лікування	37 (42%)
Разом:	88 (100%)

Ендоваскулярні втручання були виконані у 12 хворих із ХКІНК. При цьому у 3 хворих захворювання розвинулося на тлі цукрового діабету 2-го типу. Чоловіків було 7, жінок – 5. Середній вік пацієнтів $69 \pm 4,7$ року. У 3 хворих виконувалося втручання на стегновопідколінному сегменті, у 4 пацієнтів – втручання на артеріях гомілки, у 3 хворих – поєднані втручання на стегновопідколінному і гомілковому сегментах, в 2 випадках було виконано поєднані втручання на клубовому, стегновопідколінному та гомілковому сегментах. У всіх хворих виконана балонна ангіопластика, в 2 випадках вона доповнювалася стентуванням в стегновопідколінному сегменті, у 3 хворих – стентуванням загальної клубової артерії. Усі хворі даної групи були оперовані первинно, всі були виписані зі значним поліпшенням, регресією ішемії, тенденцією до заживлення трофічних виразок.

У групі з відкритими втручаннями у 3 (10,7) хворих був ЦД II типу. Хворим цієї групи виконувалося стегново-підколінне шунтування – 13 (46,4%), профундопластика – 7 (25 %) хворим, клубово-стегнове шунтування – 4 (14,2 %) хворим та 4 (14,2%) хворим виконане стегновоперонеальне шунтування. У 16 пацієнтів використано аутовенозні шунти, у 12 – синтетичні. В цій групі хворих у 3 (10,7 %) пацієнтів виконані великі ампутації у зв'язку з прогресуванням ішемії, 7 (25 %) хворим – малі ампутації.

Двом хворим виконано операції за «гібридною» технологією: одному – ангіопластика великогомілкової артерії та одному – стентування тібіоперонеального стовбура, другим етапом було

виконано клубово-стегнове шунтування обом хворим. Пацієнти виписані з регресією ішемії.

Хворі, котрі мали неоперабельне ураження судин, отримували комплексну консервативну терапію (37 хворих), а також 2 хворим на облітеруючий ендартеріїт була виконана непряма ревазуляризація – поперековасимплектомія. Консервативна терапія проводилася за загальноприйнятими схемами, включаючи препарати простагландинів. У цій групі було виконано 2 (5,4 %) ампутації (на рівні гомілки і на рівні стегна) у зв'язку з прогресуванням ішемії, у 29 (78,3 %) хворих були отримані хороші результати, у 6 (16,2 %) хворих – задовільні. Пацієнти цієї групи (з задовільними результатами лікування) увійшли до складу групи хворих з первинною ампутацією при своєму наступному вступі в стаціонар.

У групі хворих з первинною ампутацією всі хворі протягом останнього року перебували на стаціонарному лікуванні в хірургічних стаціонарах. 6 (85,7 %) осіб страждали на цукровий діабет II типу.

Висновки.

Найбільш несприятливий перебіг захворювання спостерігається у хворих на облітеруючий атеросклероз, поєднаний із цукровим діабетом II типу. Це пояснюється багаторівневим ушкодженням судинного русла та вираженим ушкодженням саме дистального русла, що є одним із факторів неоперабельності при критичній ішемії.

Другим фактором занедбаності виявляється пізнє звернення по медичну допомогу. Найкращі ж результати були у групі хворих, що мали ураження артерій TASC A та TASC B типу та були оперовані за допомогою ендоваскулярних технологій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Диагностика и лечение больных с заболеваниями периферических артерий: рекомендации Рос. о-ва ангиологов и сосудистых хирургов. — М.: Ратмир, 2007. — С. 135.
2. Ратнер Ю.О. Системный анализ и вопросы тактики у больных облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей / Ю.О. Ратнер, Г.Е. Слуцкер // Ангиология и сосудистая хирургия. — 1995. — № 3. — С. 107—111.
3. Светликов А.В. Трансатлантический консенсус (TASC-II) — 2007: новые возможности консервативного лечения атеросклероза аорты и периферических артерий / А.В. Светликов // Амбулаторная хирургия. — 2007. — № 1. — С. 17—18.
4. Ткаченко А.Н. Прогноз летальных исходов при проведении ампутаций нижней конечности у больных пожилого и старческого возраста / А.Н. Ткаченко, М. Ю.Бахтин, А.В. Жарков [и др.] // Фундаментальные исследования. — 2011. — № 9. — С. 304—308.
5. European Working Group on Chronic Critical Leg Ischemia. Second European Consensus Document on Chronic Critical Leg Ischemia // *Europ. J. Vase. Surg.* — 1992. — Vol. 6. — Suppl. A. — P. 1—32.
6. Park S. W. Clinical outcomes of endovascular treatments for critical limb ischemia with chronic total occlusive lesions limited to below-the-knee arteries / S. W.Park, J. S.Kim, I. J.Yun [et al.] // *Acta Radiol.* — 2013. — Vol. 54 (7). — P. 785—789.
7. Towne J.B. Complications in Vascular Surgery / J.B. Towne, L.H. Hollier // New-York; Basel. — 2nd ed. — 2004. — P. 330.

I.A. KRIVORUCHKO, S.-K.T. GONI, I.M. LODYANA

Kharkiv National Medical University, Department of Surgery № 2, Kharkiv

RESULTS OF TREATMENT OF CHRONIC CRITICAL LOWER LIMB ISCHEMIA

Critical limb ischemia is an actual problem in the community because it has great prevalence and, despite the achievement of modern medicine, its progressive with an unfavorable course of the disease.

We analyzed the disease course and treatment of 88 patients with chronic critical ischemia of one or both lower extremities (grade 4–6 by Rutherford) caused by atherosclerosis and occlusive endarteriitis. In most patients we found multi vascular lesions below the inguinal folds. The possibility of surgical treatment was defined on the basis of ultrasonic duplex scanning and X-ray angiography. An endovascular intervention was performed in – 12 (13,6%) patients, open surgery in –28 (31,8%) patients, "hybrid" method (endovascular and open pit) –in 2 (2,2%) patients, indirect revascularization in– 2 (2,2%) patients, primary high amputation in 7 (7,9%) patients and 37(42%) were treated conservatively patients.

The most unfavorable course of the disease was observed in patients with atherosclerosis combined with diabetes mellitus type II. The best results were in patients who had arterial disease TASC A and TASC V type and were operated with Endovascular approach.

Key words: chronic critical lower limb ischemia, results of treatment

Стаття надійшла до редакції: 22.05.2014