

**Хирургическая реабилитация
больных после
реконструктивных операций на
сосудах у больных с критической
ишемией нижних конечностей**



Институт неотложной и восстановительной
хирургии им. В.К. Гусака

Доц. Базиян-Кухто Н.К.

Доц. Иваненко А.А.

Костямин Ю.Д.

Попивненко Ф.С.

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ:

- Военные действия в Донбассе резко ухудшили социально - экономическую и политическую обстановку в регионе, в связи с чем пациенты с облитерирующими заболеваниями конечностей зачастую обращаются в отделение сосудистой хирургии поздно, с различными осложнениями в виде некроза, гангрены, больших трофических язв. Это значительно осложняет восстановление кровотока и требует длительного и упорного лечения. В связи с этим мы разработали комплексную систему хирургической реабилитации этих пациентов, позволившую сохранить конечность у большинства больных с 4-ой степенью ишемии, резко сократить сроки восстановительного лечения и значительно улучшить качество жизни пациентов.

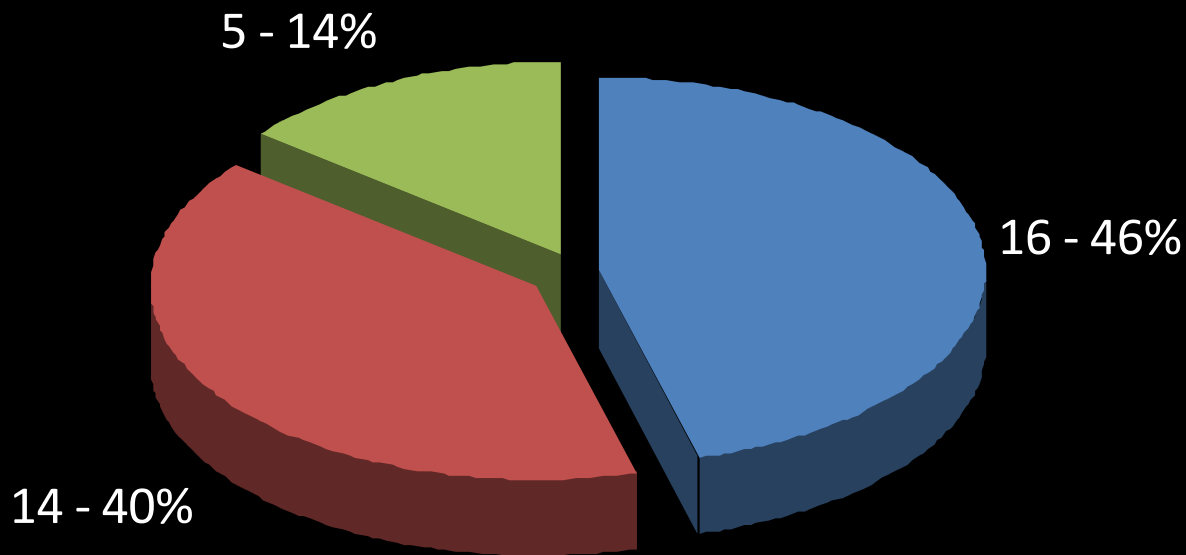
Цель исследования:

- улучшить результаты лечения пациентов на основании опыта хирургической реабилитации больных с критической ишемией конечностей, осуществляемой комплексно в сосудистом, рентгенхирургическом и комбустиологическом отделениях Института в течение одной госпитализации.

Материал и методы:

- в вышеуказанных отделениях ИНВХ в течение 2017 – 2020 гг. находилось на лечении 35 больных с критической ишемией нижних конечностей IV степени и обширными дефектами мягких тканей. Среди них мужчин было 23, женщин – 12. Возраст пациентов от 32 до 87 лет, средний возраст 64,8 (+/-22)

Распределение больных по НОЗОЛОГИИ



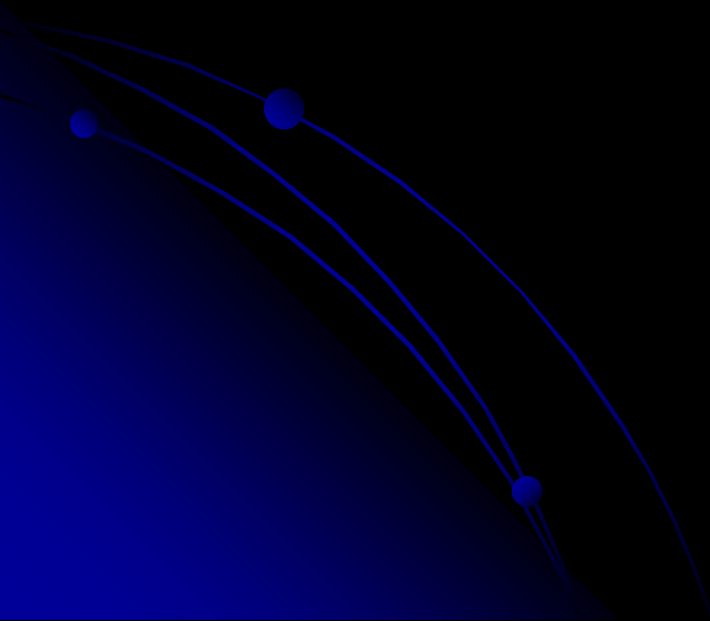
- ОБЛИТЕРИРУЮЩИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
- ДИАБЕТИЧЕСКАЯ АНГИПАТИЯ
- ОСТРАЯ ИШЕМИЯ IIБ - IIIА СТ.

Сопутствующие заболевания:

| | |
|--|-----------|
| ИБС, атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз | 21 |
| Гипертоническая болезнь 2 – 3 ст. | 21 |
| ХОЗЛ | 4 |
| Язвенная болезнь 12-перстной кишки | 2 |
| ХСМН 4-й ст. | 1 |

Методы исследования

- Дуплексное и триплексное сканирование с цветовым картированием;
- Аортография по методу Сельдингера;
- Бедренная ангиография.



Реконструктивно-восстановительные операции на артериях нижних конечностей

| | |
|--|-----------|
| Бедренно-подколенное шунтирование (БПШ) | 6 |
| Бедренно-берцовое шунтирование (ББШ) + фасциотомия | 7 1 |
| Аорто-бедренное шунтирование (АБШ)+БПШ | 2 |
| Подвздошно-глубокобедренное шунтирование | 1 |
| Подвздошно-подколенное шунтирование | 1 |
| Подвздошно-бедренное шунтирование + ББШ | 1 |
| Тромбэктомия из аорты + биф АБШ + БПШ + фасциотомия | 1 |
| Тромбэктомия из аорты + биф.АБШ + фасциотомия | 1 |
| Тромбэктомия из берцовых артерий + БПШ + фасциотомия | 1 |
| Эмбол- и тромбэктомия из бедренно-берцового сегмента + фасциотомия | 1 |
| Тромбэктомия из шунта | 2 |
| Всего | 25 |

Эндоваскулярные вмешательства выполнены 10 пациентам:

| | |
|--|---|
| Стентирование подвздошной артерии | 1 |
| Стентирование поверхностной бедренной артерии | 1 |
| Стентирование подколенной артерии | 2 |
| Ангиопластика различных сегментов артерий ниже колена | 6 |

Осложнения после оперативных вмешательств

После открытых операций возникли у 6 пациентов:

- тромбоз зоны реконструкции – 3,
- некроз краёв раны – 3.

После эндоваскулярных вмешательств 2 осложнения:

- диссекция интимы - 1,
- постпункционная гематома – 1.

5-ти пациентам с ранними осложнениями выполнены повторные операции:

- тромбэктомия из шунта – 3,
- эндартерэктомия из ОБА с пластикой синтетической заплатой -1,
- ушивание дефекта ОБА – 1.

Полное восстановление кровотока достигнуто у всех 35 больных.

Хирургическая реабилитация

После восстановления кровотока, демаркации и очищения ран проводилась хирургическая реабилитация в условиях ожогового отделения .

Всего с этой целью выполнено **64 хирургических вмешательства.**

При этом 18-ти пациентам закрытие тканевых дефектов производилось в несколько этапов:

- по 2 операции перенесли 13 пациентов,
- 3 операции – 1,
- 4 операции – 3
- 5 операций – 1.

Первым этапом проводилась подготовка ран к пластическому закрытию.

С этой целью выполнялись:

- некрэктомия (НЭ), вскрытие затеков – 5;
- некрэктомия, VAC-дренирование – 3;
- остеонекрэктомия - 2;
- некрофасциотомия – 1;
- ультразвуковая кавитация - 1



У большинства больных удаление некротизированных тканей и закрытие тканевых дефектов проводилось в один этап.

| | |
|---|----|
| НЭ + аутодермотрансплантация | 10 |
| НЭ + пластика местными тканями | 1 |
| НЭ + комбинированная кожная пластика | 2 |
| Остеонекрэктомия + аутодермотрансплантация | 1 |
| Иссечение язвы + РОТ б/берцовой кости + аутодермотрансплантация | 1 |
| Иссечение язвы + аутодермотрансплантация | 10 |
| Иссечение язвы + комбинированная кожная пластика | 2 |
| Иссечение язвы + пластика местными тканями | 2 |
| Ультразвуковая кавитация + комбинированная кожная пластика | 1 |
| Аутодермотрансплантация | 6 |
| Ампутация дистальных сегментов конечности | 14 |
| Наложение вторичных швов | 1 |
| Всего | 51 |

Результаты:

28 (80%) - достигнута полная ликвидация ран.

4 (11,4 %) - активная грануляция и частичное приживление трансплантатов. Этим пациентам потребовалась повторная госпитализация для ликвидации ран.

1 (2,9%) - ампутация нижней конечности на уровне бедра.

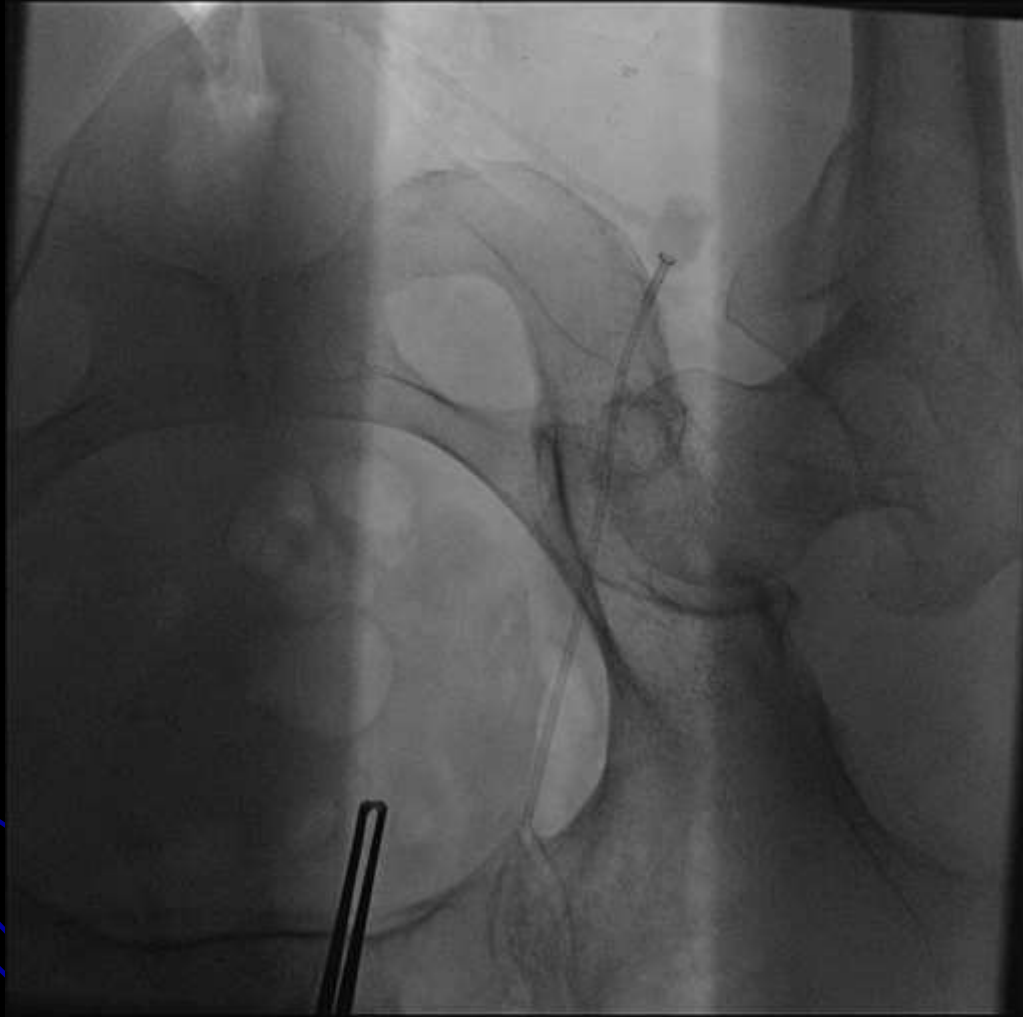
2 (5,7%) - рекомендована ампутация по месту жительства.

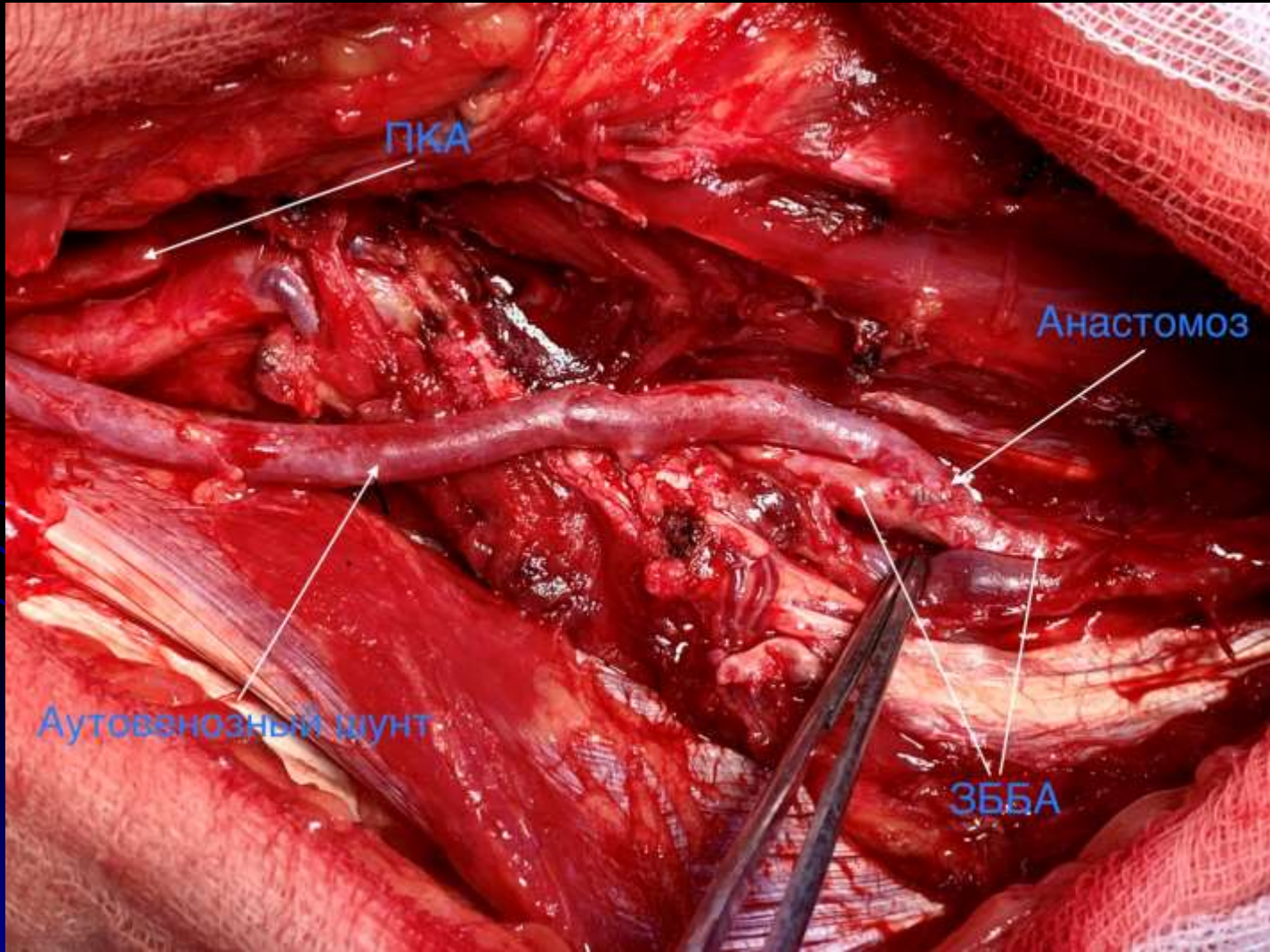
Таким образом, у 32 (91%) из 35 пациентов удалось сохранить конечность и добиться заживления обширных ран.

Клинические примеры:

Больная К., 69 лет. Диагноз: облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Посттромботическая окклюзия правой бедренной артерии. ХАН правой ноги IV ст.







06.03.20 в ожоговом отделении выполнена
фасционекрэктомия и
аутодермотрансплантация





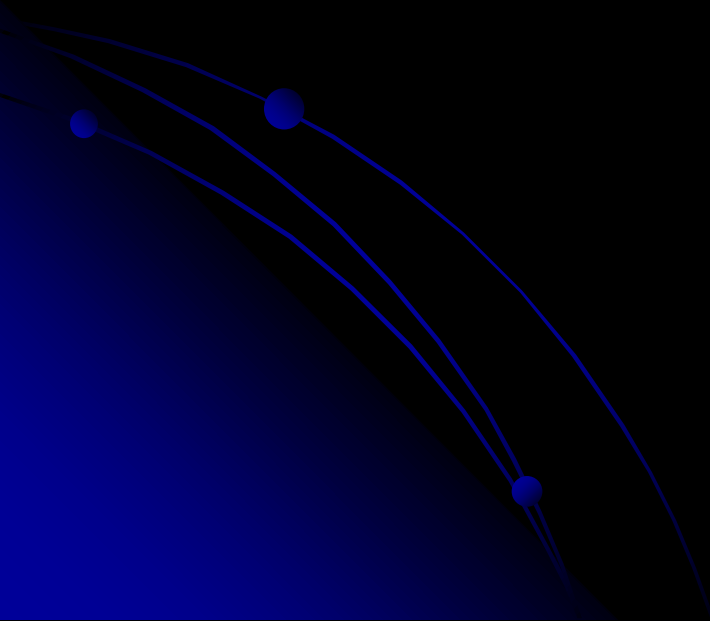
Больная С., 72 года

Диагноз: Сахарный диабет тип II, впервые выявленный, средней тяжести. Диабетическая ангиопатия обеих нижних конечностей. ХАН обеих ног IV ст.

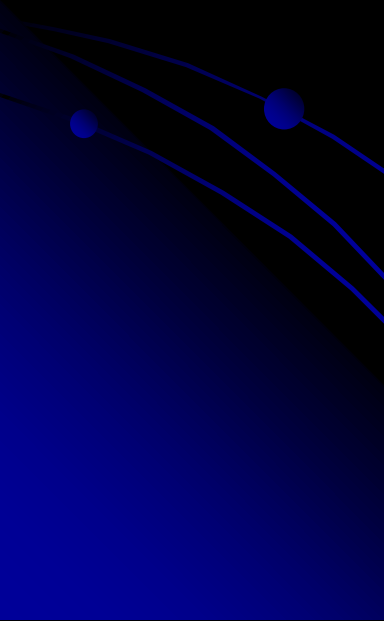




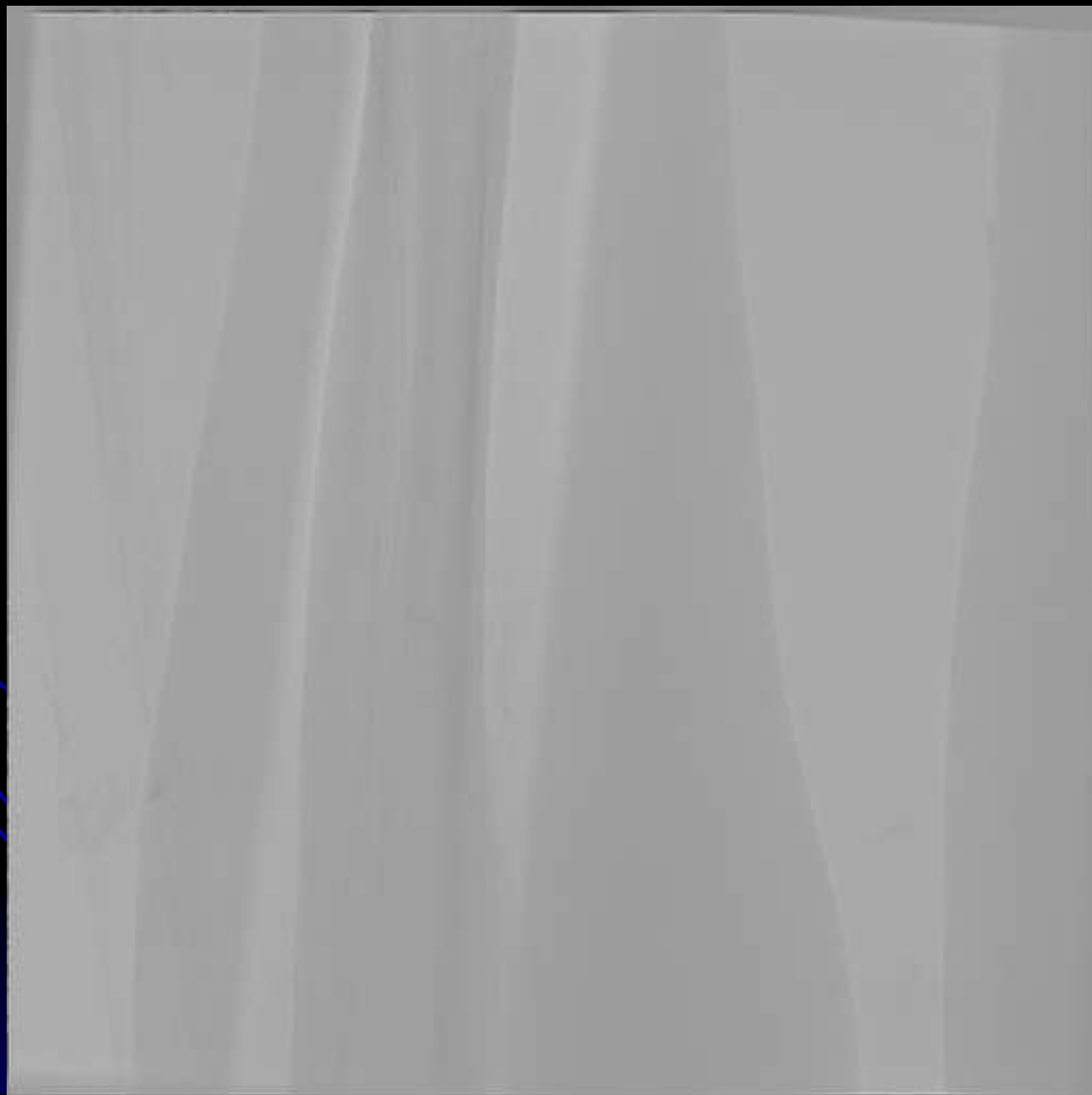
- В течение 10 месяцев у больной обширные некрозы стоп и голени. Консервативное лечение неэффективно.



12.03.20 выполнена бедренная ангиография. На ангиограмме – окклюзия берцовых артерий обеих нижних конечностей.



12.03.20 выполнена чрескожная чреспросветная ангиопластика обеих нижних конечностей.



18.03.20 выполнена некрэктомия,
аутодермотрансплантация





Больной Т., 70 лет.

Диагноз: облитерирующий атеросклероз обеих нижних конечностей, критические стенозы левой бедренной артерии, ХАН левой ноги 4 ст., правой - 2 ст., посттромботическая окклюзия левой подколенной артерии и берцовых артерий.



21.11.2019 выполнена бедренная ангиография



22.11.2019 в рентгенхирургическом отделении выполнена операция: чрезкожная чрезпроветная ангиопластика поверхностной бедренной, подколенной, задней, передней и малоберцовой артерий слева, стентирование поверхностной бедренной артерии.

Результат операции



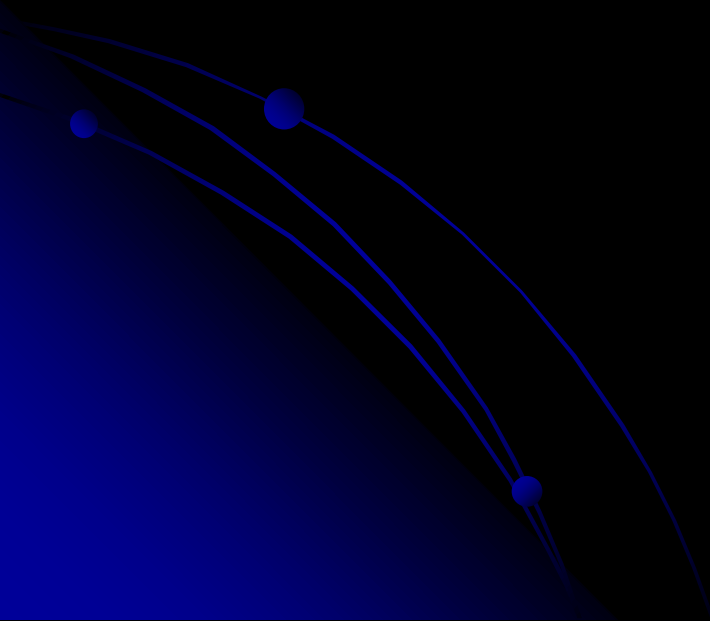


Результат перед выпиской



острая ишемия ША степени.

14.12.2019 г. выполнена операция
тромбэмболэктомия из общей бедренной
артерии, открытая фасциотомия передней и
задней группы мышц.

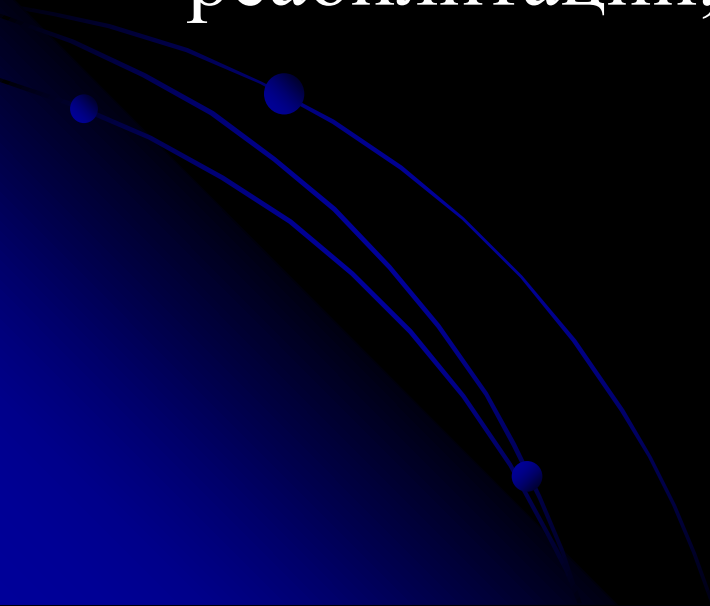


22.01.2020 г. в ожоговом отделении выполнена некрэтомия, вскрытие затека.

28.01.2020 г. – иссечение раны, комбинированная кожная пластика, аутодермопластика



Среднее пребывание этих больных на койке в ожоговом отделении составило 26,5 дня, в то время как заживление аналогичных ран у пациентов, отказавшихся от хирургической реабилитации, занимает от 2 до 6 месяцев.



В Российской Федерации 2-3% населения страдают тромбооблитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей. Выявляемость этой патологии увеличивается с возрастом и после 50 лет достигает 15-20% общей популяции. Через 5-8 лет после установления диагноза у 25-50% пациентов выполняется ампутация пораженной конечности. А летальность через 5 лет достигает 30%, через 10 – 60%.

С каждым годом возрастает количество ампутаций у пациентов трудоспособного возраста, что приводит к стойкой утрате трудоспособности и пополняет контингент потенциальных инвалидов.

В РФ насчитывается 250 тысяч инвалидов вследствие облитерирующих заболеваний, затраты на лечение и реабилитацию которых весьма значительны.

Созданная нами комплексная система хирургической реабилитации позволяет спасти конечность у пациентов, которые являются кандидатами на ампутацию. К этой системе подключился и Донецкий центр диабетической стопы, который активно направляет больных с диабетической ангиопатией в рентгенхирургическое отделение нашего института. После эндоваскулярной реваскуляризации они также переводятся в ожоговое отделение для хирургической реабилитации.

Известно, что после эндоваскулярных и открытых операций при поражении берцовых артерий у части пациентов в ближайшие полгода-год после операции наступает тромбоз зоны реконструкции. Если к этому времени раны или язвы не зажили, то в большинстве случаев больного ждет ампутация конечностей. Поэтому так важно добиться заживления ран как можно раньше после реваскуляризации.

Система реабилитации позволяет значительно улучшить качество жизни пациентов. Они стали мобильными, появилась возможность ежедневной дозированной ходьбы, что очень важно для улучшения кровообращения в конечности и развития коллатералей.

Выводы

Созданная нами система комплексной хирургической реабилитации пациентов с критической ишемией конечностей после реконструктивно-восстановительных операций на сосудах позволяет значительно сократить сроки лечения больных с облитерирующими заболеваниями сосудов, улучшить качество жизни пациентов и сохранить конечность на длительный срок.

Спасибо за внимание

