

© Malahov Y., Marchik V., Averyanov D., Ivanov A., 2006.

**Ю.С.Малахов , Ю.С.Марчик, Д.А.Аверьянов, А.В.Иванов**  
**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ**  
**С ЯЗВЕННО - НЕКРОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ НИЖНИХ**  
**КОНЕЧНОСТЕЙ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА**

32 Центральный Военно-морской клинический госпиталь

**РЕЗЮМЕ:**

*Хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей страдают около 2-3% от населения земного шара. Проведен анализ результатов хирургического лечения 89 больных с язвенно-некротическими поражениями нижних конечностей ишемического генеза (IV стадия по классификации Fontain - Покровского) за 2002 – 2006 год. Подавляющее большинство составляли мужчины. Группы больных были однородны по полу и возрасту. Все пациенты были обследованы по единой схеме с обязательным выполнением ангиографического исследования сосудов нижних конечностей и оценкой путей артериального оттока по Rutherford (1997). В зависимости от уровня и характера поражения, нами выполнялись: аорто-бедренное – 6%(4), подвздошно-бедренное – 10,4%(7), бедренно-подколенное – 58,2%(39), бедренно-тибиальное шунтирование – 3%(2), эндалтерэктомия – 6%(4), ангиопластика и стентирование – 3%(2), профундопластика – 3%(2). При невозможности выполнения шунтирующей операции выполнялась артериализация поверхностной или глубокой венозной системы стопы – 10,4%(7). 32 больным (ретроспективный материал) проводилось комплексное консервативное лечение без выполнения артериальной реконструкции. В этой группе выполнено 11(34,3%) высоких ампутаций, вследствие безуспешности лечения. Мы считаем, что все больные с гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей на фоне ишемии в обязательном порядке должны быть консультированы ангиохирургом с целью определения возможности проведения артериальной реконструктивной операции для сохранения конечности и ее опорной функции.*

Хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей страдают около 2-3% от населения земного шара. (Покровский А.В., 1998; Дедов И.И. с соавт., 2002; Lepantalo M., 1996).

Согласно материалам Европейского согласительного комитета Критическая ишемия нижних конечностей встречается у 500-1000 пациентов на один миллион населения в год (Second European Consensus Document on Chronic Leg Ischaemia, 1991).

Так в Великобритании, США и Норвегии число ампутаций у больных с критической ишемией составило 150, 280 и 250 соответственно на 1 млн. населения. По российским источникам, среднее ежегодное число «больших» ампутаций сосудистого генеза достигло 300 (Бурлева Е.П., 2002).

За 2004 – 2006 год в отделении сосудистой хирургии и отделении ран и раневой инфекции 32 ЦВМКГ проходили лечение 89 больных с язвенно-некротическими поражениями нижних конечностей ишемического генеза (IV стадия по классификации Fontain - Покровского).

Мужчины составили 85,9% (49), а женщины - 14,1% (8). Средний возраст больных составил 57,4±8,3 года. Из сопутствующих заболеваний у больных встречались: ишемическая болезнь сердца 34% (19), гипертоническая болезнь 79% (45), сахарный диабет 54% (31).

Все больные были обследованы по единой схеме с обязательной пальпацией и аускультацией сосудов, ультразвуковой доплерографией с измерением плечелодыжечного индекса, рентгенографией стоп. Также больные были консультированы специалистами отделения ран раневой инфекции, терапевтом, эндокринологом.

При выявлении окклюзионно-стенозных пораже-

ний артерий нижних конечностей выполнялось ангиографическое исследование аорты и магистральных артерий.

При выборе метода хирургического лечения первоначально приоритет отдавался эндоваскулярным методам. У исследуемых больных, имело место многоэтажное поражение артериального русла, где эндоваскулярные методы лечения, если это было возможно, использовались как один из этапов в комплексном лечении, совместно с традиционными реконструктивными операциями. За отчетный период у 57 больных выполнены следующие виды шунтирующих и эндоваскулярных операций. В зависимости от уровня и характера поражения, нами выполнялись: аорто-бедренное – 6%(4), подвздошно-бедренное шунтирование – 10,4%(7), бедренно-подколенное шунтирование – 58,2%(39), бедренно-дистальное шунтирование – 3%(2), эндалтерэктомия – 6%(4), ангиопластика и стентирование – 3%(2), профундопластика – 3%(2).

При планировании шунтирующей операции для оценки ангиограмм мы пользовались классификацией путей артериального оттока по Rutherford (1997). Пригодными для реконструктивной операции признавались пациенты с суммой баллов не более 7,5.

При выраженном атеросклеротическом поражении дистального русла и невозможности выполнения шунтирующей операции нами выполнялась артериализация поверхностной или глубокой венозной системы стопы – 10,4%(7). Операция выполнялась при уровне язвенно-некротического поражения не выше дистальной части стопы или пяточной области.

При оценке тяжести язвенно-некротического процесса нами использовалась классификация Wagner (1979). В исследуемой группе гангрена всей стопы наблюдалась у 3%(2) (Wagner - 5), гангрена в пределах пальцев или дистальной части стопы у 51%(34) (Wagner

**Contact Information:**

Dr. Dmitriy Averyanov

E-mail: dimanav@yandex.ru

- 4), язва проникающая до сухожилия или кости с формированием флегмоны или абсцесса у 21%(14) (Wagner - 3), глубокая язва, проникающая до сухожилия или кости без вовлечения в воспалительный процесс окружающих тканей у 25%(17) (Wagner - 2) больных.

Неоднозначным является вопрос о последовательности выполнения сосудистого и гнойного этапов лечения больного. При наличии влажной гангрены, с целью профилактики послеоперационных осложнений, таких как инфицирование трансплантатов, интоксикации, которые могут развиваться при включении в кровоток конечности, находящейся длительной время в ишемии, первым этапом выполнялась санация гнойно-некротического очага, экономные некрэктомии. При сухих гангренах первоначально проводилась сосудистая реконструкция. Спустя 10–14 дней после сосудистого этапа и образования демаркационной линии, выполнялись некрэктомии нежизнеспособных тканей, «малые» ампутации в сочетании с пластикой кожных дефектов.

Больным с сахарным диабетом, в предоперационном периоде проводилась коррекция углеводного обмена с обязательным переводом больного на подкожное введение инсулина вне зависимости от типа диабета и степени компенсации.

Более чем у 70% больных в качестве предоперационной подготовки и комплексного послеоперационного

лечения мы использовали внутривенное капельное введение препарата «Вазaproстан» в дозировке 60 мкг/сутки, курсом 10-14 дней. Всем больным проводилась стандартная антибиотикотерапия препаратами широкого спектра действия.

Добиться купирования явлений критической ишемии и заживления язвенно-некротических дефектов и сохранить опорную функцию стопы удалось достигнуть у 93% (53) больных.

У 5,3%(3) больных выполнены ампутации на уровне верхней трети бедра, летальность составила 1,7%(1). Причиной был острый инфаркт миокарда.

Для сравнения, в контрольной группе 32 больных (ретроспективный материал), в период с 2002 по 2003 год, в виду отсутствия преемственности в обследовании и лечении больных, в отделении ран и раневой инфекции выполнено 11(34,3%) высоких ампутаций, вследствие безуспешности монолечения трофических язв и нарастания явлений критической ишемии, послеоперационная летальность составила - 12,5% (4).

Мы считаем, что все больные с гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей на фоне ишемии в обязательном порядке должны быть консультированы ангиохирургом с целью изыскания возможности проведения реваскуляризирующей операции для сохранения конечности и ее опорной функции.

**Y.Malahov, V.Marchik, D.Averyanov, A.Ivanov**

### **SURGICAL TREATMENT PATIENTS WITH ULCEROUS NECROTIC DISEASES OF LOWER LIMBS OF ISCHEMIC GENESIS**

*32 Central Military Navy clinical hospital*

#### **ABSTRACT:**

*About 2-3 % from the population of the earth suffer from Chronic obliterating diseases of lower limbs arteries. The analysis of the results of surgical treatment of 89 patients with ulcerous necrotic diseases of lower limbs of ischemic genesis (IV stage according to the classification of Fontain - Pokrovsky) have been performed during 2002 - 2006. Overwhelming majority of patients were males. The groups of patients were homogeneous in sex and age. All patients have been surveyed under the unified scheme combined with obligatory performance of angiographic examination of lower limb vessels and an estimation of ways of arterial outflow according to Rutherford (1997). Depending on a level and character of affect, the following procedures have been carried out by us: aorto-femoral - 6 % (4), ilio-femoral - 10,4 % (7), femoro-popliteal - 58,2 % (39), femoro-tibial - 3 % (2), endarterectomy - 6 % (4), angioplasty and stenting - 3 % (2), profundoplastica - 3 % (2). When bypassing was impossible, arterialization of superficial or deep venous system of the foot - 10,4 % (7) was performed. 32 patients (retrospective material) were given a complex conservative treatment without performance of arterial reconstruction. In this group 11 (34,3 %) high amputations have been performed as a result of failure of treatment. We consider that all patients with purulent-necrotic affects of lower limbs on a background of ischemia should have an obligatory consultation with an angiosurgeon in order to define an opportunity of performing arterial reconstructive operation for preservation of the limb and its basic function.*