



МІНІСТЕРСТВО
ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ



НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ
ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ
ІМ. О.О. ШАЛІМОВА



Національна академія медичних наук України
Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України
Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація судинних хірургів, флебологів та ангіологів України

VI

З'їзд судинних ХІРУРГІВ, ФЛЕБОЛОГІВ ТА АНГІОЛОГІВ УКРАЇНИ

МАТЕРІАЛИ З'їзду

Київ
2022

Власний досвід ендоваскулярного лікування ішемії нижніх кінцівок при ураженні аорто–здухвинного сегменту

А. О. Никоненко, Є. В. Єрмолаєв, Д. Ю. Руденко, О. С. Никоненко, Д. А. Буга, Г. С. Подлужний

Актуальність. Поширеність захворювання периферичних артерій (ЗПА) наближається до 200 мільйонів пацієнтів в усьому світі. Критична ішемія нижніх кінцівок (КІНК), часто зустрічається у пацієнтів із цукровим діабетом (ЦД) та у інших пацієнтів з ЗПА, що схильна до стрімкого прогресування, й призводить до тяжкої інвалідизації та смерті. Через рік у 25% пацієнтів після розвитку КІНК було виконано високу ампутацію, у 20% відзначено летальний кінець від різних причин і лише 55% кінцівок вдалося зберегти. У пацієнтів із симптомами хронічної ішемії нижніх кінцівок (ХІНК) у 2–4 рази частіше виявляються атеросклеротичні ураження коронарних та брахіоцефальних артерій у порівнянні зі звичайною популяцією. У цій категорії хворих ризик розвитку ГКС підвищується до 60%, а ризик розвитку ГПМК на 40% у порівнянні зі звичайною популяцією. Частою формою атеросклеротичного ураження є оклюзія або стеноз загальних клубових артерій без залучення інфраренального відділу аорти. При цьому стеноз спостерігався частіше, ніж оклюзія. Однак у 80–91% випадків атеро–склеротичне ураження клубових артерій поєднується з атеросклеротичним стенозом або оклюзією артерій стегново–підколінного або підколінно–гомількового сегмента. Саме мультисегментарне ураження артерій нижніх кінцівок максимально редує кровообіг, і часто є причиною КІНК. На даний час є два основних методи – це реконструктивні та ендоваскулярні. Саме питання про ендоваскулярне лікування КІНК при ураженні аорто–здухвинного сегменту залишається дискусійним.

Мета: проаналізувати результати ендоваскулярного лікування ХІНК при ураженні аорто–здухвинного сегменту.

Матеріали і методи. У період з січня 2020 року по січень 2022 року ми проаналізували 22 випадків ендоваскулярного втручання на клубових артеріях. В дослідженні приймали участь: 19 (86,1%) чоловік та 3 (13,7%) жінок. Середній вік становив: 60.1 ± 9.8 років. Активна тривалість захворювання становила 2.2 ± 0.7 років. На цукровий діабет страждало 7 хворих (31,8%). Перенесений ІМ в анамнезі мали 15 хворих (68,1%). Перенесене ГПМК мали в анамнезі 2 пацієнта (9%). ХІНК була у 22 випадків (100%). У 15 пацієнтів (68%) мало місце мультисегментарне ураження, а саме оклюзія стегново–підколінного та підколінно–гомількового сегментів, отже в цих випадках стентування здухвинного сегменту проводилось як перший етап лікування. Усім пацієнтам до оперативного втручання було виконано МСКТ ангіографію (64 зрізи). Оперативні втручання були виконані на ангіографі INFX–8000V INFINIX VF–i/SP (Toshiba Medical Systems Corporation). Технікою операції був перехресний доступ до клубової артерії у групі з 14 пацієнтів, а у другій групі з 8 пацієнтів – ретроград-

ний доступ. В 9 випадках (40%) ми використовували саморозширювальні стенти (Jaguar, Balton), для цього проводили преділятацію стенозованого сегменту. В 13 випадках (59%) ми використовували боллон–розширювальні стенти (Neptun, Balton). В післяопераційному періоді 18 (81,8%) пацієнтів отримували комбіновану антитромботичну терапію Аспірин 100 мг 1 таб. 1 раз на добу + Ксарелто 2,5 мг 1 таб. 2 рази на добу, інші 4 (18,2%) – стандартну двокомпонентну терапію – Аспірин 100 мг 1 таб. 1 р/добу + Плавікс 75 мг 1 таб. 1 р/добу. Подальші обстеження були кожні 3, 6 та 12 місяців (кісточково–плечовий індекс через 3, 6 та 12 місяців, КТ через 12 місяців).

Результати. У 8 випадках було виконано стентування зовнішньої клубової артерії та у 12 випадках – стентування загальної клубової артерії з використанням одного стенту. В 1 випадку було проведено стентування зовнішньої та загальної клубових артерій двома стентами з накладанням одного стенту на інший, та в іншому 1 випадку – стентування обох загальних здухвинних артерій двома стентами. Диссекція здухвинної артерії була у 1 (4,5%) пацієнта й як слідство викликала тромбоз стента, що потребувало аорто–здухвинне лінійне протезування. В іншому 1 (4,5%) було необхідно встановлення додаткового стенту в здухвинну артерію (по типу стент–в–стент) через зміщення бляшки з під першого стенту в просвіт загальної здухвинної артерії. За період нагляду рестенозів чи тромбозів стенту, великих несприятливих подій не визначалось, повторних втручань в зоні клубового сегменту не потребувалось. У 8 випадках пацієнтам другим етапом було виконано стегново–підколінне шунтування, в 3 випадках – профундопластика. У всіх випадках ми отримали гарний клінічний результат: КПІ до операції в середньому становив – 0,28; після оперативного втручання, в середньому – 0,67 ($p < 0.005$).

Висновки. Ендоваскулярна корекція оклюзійно–стенотичних уражень здухвинного сегменту повинна проводитись в спеціалізованих центрах маючих великий досвід реконструкцій аорто–здухвинного сегменту.

Ендоваскулярне лікування ХІНК при ураженні аорто–здухвинного сегменту є безпечним та ефективним методом лікування.

В разі мультисегментарного ураження артерій нижніх кінцівок, першим етапом необхідно проводити ревааскуляризацію клубового сегменту.

Терапія в післяопераційному періоді – Аспірин 100 мг 1 таб. 1 раз на добу + Ксарелто 2,5 двічі на день є безпечною та хорошою комбінацією для профілактики тромбозу в післяопераційний період, знижує частоту серцево–судинної смерті, інсульту, інфаркту міокарда.

Карпенко Л. М., Акулов А. В. Хірургічне лікування особливих видів травм кровоносних судин	32
Кобза І. І., Нестеренко І. Р., Нестеренко В. Л. Синдром «лускунчика»: сучасні підходи до вибору лікувальної тактики	33
Колотило О. Б., Русак О. Б., Іваніцький А. В. Особливості системи гемостазу у пацієнтів із високим ризиком розвитку реперфузійного синдрому при реконструктивних операціях на судинах нижніх кінцівок	34
Колотило О. Б., Русак О. Б., Іваніцький А. В. Попередження розвитку реперфузійних ускладнень при реваскуляризації нижніх кінцівок	35
Кополовець І. І., Берек П., Сіготські В., Франковічова М., Русин В. І., Корсак В. В. Реваскуляризація магістральних артерій нижніх кінцівок при багатоповерховому атеросклеротичному ураженні у пацієнтів із критичною ішемією	37
Корсак В. В., Русин В. В., Філіп С. С., Болдіжар П. О., Гаджега І. І. Притоковий варикотромбофлебіт	38
Косинський О. В., Бузмаков Д. Л. Оцінка стану електрофізіологічної активності м'язів гомілок у хворих на післятромботичну хворобу	39
Костів С. Я., Венгер, І. К., Сельський Б. П., Орлов М. П., Цюприк Н. І., Ковальський Д. В., Фарина І. В. Гемостаз при ревакуляризації інфраінгвінального артеріального сегменту в умовах стенозно-оклюзивного процесу гомілкових артерій	40
Кузьменко О. В., Маркулан Л. Ю., Миргородський Д. С. Торцевий світловод – чи є йому місце в «радіальну» епоху?	43
Малиновська Л. Б., Селюк В. М. Венозний тромбоемболізм у хворих з онкопатологією та covid-19	43
Мачуський С. М., Волошин О. М., Суздальченко О. В., Губка В. А., Павліченко В. Д., Расул-заде С. Т., Попова О. Г. Профілактика гіпепігментацій після ендовенозної лазерної абляції епіфасціальних варикозних притоків	45
Миргородський Д. С., Маркулан Л. Ю., Бурка А. О., Кузьменко О. В., Зайцев М. А. Досвід лікування гострих венозних тромбозів нижніх кінцівок у хворих з COVID-19	46
Никоненко А. О., Гавриленко Б. С., Ермолаєв Є. В., Руденко Д. Ю., Буга Д. А., Подлужний Г. С., Прочка Р. М. Зміни гемодинаміки в венах тазу після ендоваскулярної та відкритої хірургічної корекції у пацієнтів з синдромом тазового венозного повнокров'я	47
Никоненко А. О., Ермолаєв Є. В., Руденко Д. Ю., Никоненко О. С., Буга Д. А., Подлужний Г. С. Власний досвід ендоваскулярного лікування ішемії нижніх кінцівок при ураженні аорто-здухвинного сегменту	48
Нікульников П. І., Данилець А. О., Ліксунов А. В., Северин В. Л., Сікаленко Є. С. Ішемічні ускладнення кишківника після реконструктивних втручань на черевній частині аорти	49
Нікульников П. І., Данилець А. О., Ратушнюк А. В., Бабій О. Л., Сікаленко Є. С. Фактори ризику розвитку спінальної ішемії після реконструктивних операцій на черевній аорті	49
Нікульников П. І., Ліксунов О. В., Ратушнюк А. В., Данилець А. О., Бічер А. Г., Гоменюк А. В., Ліксунов Д. О., Є. С. Сікаленко Пенетруючі виразки абдомінальної аорти, ускладнені розривом	51
Нікульников П. І., Пічка В. В., Каширова О. В., Максимов І. Г. Особливості неврологічного статусу у пацієнтів дитячого віку при патологічній звивистості внутрішніх сонних артерій	52
Нікульников П. І., Пічка В. В., Каширова О. В., Максимов І. Г. Патологічна звивистість внутрішніх сонних артерій у дитячому віку	53
Нікульников П. І., Фуркало С. М., Ратушнюк А. В., Ліксунов О. В., Данилець А. О., Нагребецький О. А., Бабій О. Л., Северин В. Л., Яценко А. І., Бічер А. Г. Лікування аневризми вісцеральних артерій	54
Орел Ю. Г., Бешлей Д. М., Пілюх А. А., Хоркавий Ю. З., Вихтюк Т. І., Слабий О. М. Аневризми ділянки відходження черевного стовбура: розбір клінічних випадків	55
Орлов А. Г., Узун Д. Ю., Фоменко Д. Ю., Орлова Л. Л. Ендопротезування черевного відділу аорти при розриві аневризми аорти	56
Пиптюк О. В., Пиптюк В. О., Телемуха С. Б. Реперфузійний синдром у хворих із загрозливою ішемією на фоні цукрового діабету	57
Попова О. М., Гуменюк К. В. Пошкодження мезентеріальних судин внаслідок бойової травми живота при контамінації черевної порожнини: серія клінічних випадків	58
Прасол В. О., Іванова Ю. В., Зарудний О. О., М'ясоєдов К. В., Чинілін А. В. Фотодинамічна терапія у лікуванні синдрому стопи діабетика	59
Пузирьов Г. С., Ляховський В. І., Сидоренко А. В. Оцінка результатів ендоваскулярного лікування хворих з ішемічною формою синдрому діабетичної стопи	60
Пуляєва І. С., Прасол В. О., М'ясоєдов К. В. Артеріалізація глибоких вен стопи у хворих з облітеруючим ендартеріїтом з формуванням артеріо-венозної фістули	62