

## РОЛЬ ЕНДОВАСКУЛЯРНИХ ВТРУЧАНЬ У ЛІКУВАННІ ІШЕМІЧНОЇ ФОРМИ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

В. І. Ляховський, Р. П. Сакевич, І. В. Ксьонз, Г. А. Оксак,  
О. Л. Гавловський, Є. М. Люлька

У пацієнтів з ішемічною формою діабетичної стопи часто виникають гнійно—некротичні ураження стоп, які можуть приводити до інвалідизації і, навіть, смерті. Головною причиною їх розвитку є атеросклеротичні ураження артерій, здебільшого у підколінно—гомілково—стопному сегменті. Тому, пацієнти з такою патологією, потребують реконструкції артеріального кровотоку. Баллона ангіопластика та стентування зменшують ризик оперативного втручання, вони проводяться під місцевим знеболенням, малотравматичні при високій швидкості виконання.

Метою роботи було вивчити результати застосування ендовазкулярних втручання на периферичних артеріях у хворих з діабетичною стопою.

Провели аналіз 93 медичних карток стаціонарних хворих на цукровий діабет, які лікувалися з приводу атеросклеротичного ураження артерій нижніх кінцівок. Серед пацієнтів було 78 (83,9%) чоловіків та 15 (16,1%) жінок. Середній вік цих людей складав  $65,2 \pm 4,92$  років. Цукровий діабет I типу спостерігався у 18 (19,4%), а II типу — у 75 (80,6%) осіб. Усім пацієнтам діагноз встановлений на основі ультразвукового кольорового ангіосканування артерій (УЗКАС) та артеріографії нижніх кінцівок. Пацієнти були розподілені на дві групи. У першу групу включені 48 (51,6%) хворих, яким на фоні проведення консервативного лікування застосовувалися балонні ангіопластики підколінної, гомілкових і стопних артерій та за показаннями — їх стентування. У другу групу ввійшло 45 (48,4%) пацієнтів, які отримували тільки консервативне лікування. Згідно класифікації Фонтане—Покровського хронічна ішемія нижніх кінцівок III ст. спостерігалася у 32 (66,7%) осіб першої і у 31 (68,9%) — другої груп, а IV ст. — у 16 (33,3%) та у 14 (31,1%) пацієнтів відповідно. За основною та супутньою патологією пацієнти груп дослідження були співставими.

За результатами лікування 46 (95,8%) пацієнтів після оперативного лікування відмітили значне покращення стану — зменшення інтенсивності та відсутність нічного болю, потепління нижньої кінцівки, тоді як подібні симптоми відмітили 32 (71,1%) хворих другої групи і то

наприкінці стаціонарного лікування. При проведенні УЗКАС перед випискою із стаціонару лінійна швидкість кровотоку по артеріях гомілки та стопи у хворих першої групи збільшилася у порівнянні з доопераційними показниками у середньому на  $19,6 \pm 3,62$  см/сек, а у другої — на  $5,8 \pm 4,24$  см/сек ( $p < 0,05$ ). Плече—гомілковий індекс перед випискою із стаціонару у порівнянні з показниками перед початком лікування на ураженій нижній кінцівці збільшився у середньому на  $0,28 \pm 0,19$  у пацієнтів першої та на  $0,1 \pm 0,11$  — у осіб другої груп ( $p < 0,05$ ). Місцева температура на ангіосомальних ділянках підошовної поверхні перед випискою із стаціонару у першій групі дослідження збільшилася у середньому на  $0,9 \pm 1,04^\circ\text{C}$ , на тильної поверхні стопи — на  $1,0 \pm 0,92^\circ\text{C}$ , на медіальній поверхні гомілки на рівні нижньої третини — на  $1,2 \pm 1,14^\circ\text{C}$  та середньої третини — на  $1,5 \pm 0,94^\circ\text{C}$ . У хворих другої групи ці ж показники на ангіосамальних ділянках підошовної поверхні у середньому збільшилися на  $0,4 \pm 0,86^\circ\text{C}$  ( $p < 0,05$ ), на тильної поверхні стопи — на  $0,5 \pm 0,76^\circ\text{C}$  ( $p < 0,05$ ), по медіальній поверхні гомілки на рівні нижньої третини — на  $0,9 \pm 1,04^\circ\text{C}$  ( $p > 0,05$ ) та середньої третини — на  $1,1 \pm 0,95^\circ\text{C}$  ( $p > 0,05$ ).

У хворих першої групи у ранньому післяопераційному періоді у 2 (4,2%) пацієнтів наступив тромбоз реконструктивних артерій. У результаті лікування у одного пацієнта відмічено покращення стану, а у другого виконана ампутація на рівні гомілки. 13 (28,9%) пацієнтів другої групи не спостерігали покращення стану, а у 4 (8,9%) лікування закінчилося ампутаціями: на рівні гомілки — у трьох (6,7%) та на рівні стегна — у одного (2,2%) хворого. Середня тривалість перебування у стаціонарі становила  $8,3 \pm 3,64$  ліжко—дня у пацієнтів першої групи та  $12,4 \pm 4,58$  — у хворих другої групи.

Отже, у хворих з діабетичною стопою відмічається покращання кровообігу у периферичних артеріях нижніх кінцівок при виконанні ендовазкулярних операцій у порівнянні з консервативними методами лікування, що дозволяє рекомендувати застосовувати даний метод відновлення кровотоку у таких пацієнтів.

