

УДК 611.1 + 616.1

СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Немченко И.А., Кривошеков Е.П., Дмитриева И.А.

ММУ «Медико-санитарная часть № 14», Самара, e-mail: irengimel@mail.ru

В работе проведен анализ совершенствованной амбулаторной хирургической тактики, которая позволила поддерживать в отдаленные сроки достигнутый на стационарном этапе результат оперативного и консервативного лечения. Оказание стационарозамещающей ангиологической помощи в условиях хирургического отделения городской поликлиники делает более доступными современные методы консервативного лечения для подавляющего большинства пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей, способствует улучшению показателей сохранности конечностей и выживаемости больных.

Ключевые слова: амбулаторная помощь, диспансеризация, атеросклероз артерий нижних конечностей

STATSIONAROZAMESHCHAJUSHCHIE TECHNOLOGIES IN TREATMENT OF PATIENTS WITH A CHRONIC ISCHEMIA OF THE BOTTOM EXTREMITIES

Nemchenko I.A., Krivoshchekov E.P., Dmitriev I.A.

Municipal Medical institution Mediko-sanitary part of № 14, Samara, e-mail: irengimel@mail.ru

In work the analysis of out-patient surgical tactics which has allowed to support the result of operative and conservative treatment reached at a stationary stage in the remote terms is carried out. Rendering assistance in the conditions of surgical branch of city polyclinic does more accessible modern methods of conservative treatment for the overwhelming majority of patients with an obliterating atherosclerosis of arteries of the bottom extremities, promotes improvement of indicators of safety of extremities and survival rate of patients.

Keywords: the out-patient help, prophylactic medical examination, an atherosclerosis of arteries of the bottom extremities

Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (ОААНК) является одним из частых проявлений генерализованного атеросклероза, встречается у 2–3% населения и составляет 20% от всех больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями [1, 2, 3]. В настоящее время наблюдается тенденция к увеличению числа больных с данной патологией [4, 5, 6, 7].

Современные консервативные методы лечения больных с хронической артериальной недостаточностью нижних конечностей не блокируют развитие атеросклероза, а лишь замедляют его [8, 9, 10].

Однако, применение методов прямой реваскуляризации возможно лишь у 40–75% больных с критической ишемией, что связано с отсутствием «путей оттока».

Кроме того, обратной корреляции между количеством артериальных реконструкций и частотой «высоких» ампутаций нет. При отсутствии адекватного лечения в течение 5 лет после выполненной операции удается сохранить нижние конечности только у 30% больных, а у 52% выполняются ампутации, 18% пациентов умирают от осложнений критической ишемии [11, 12]. Причиной неудачных исходов артериальных реконструкций в первую очередь является прогрессирование атеросклеротического процесса, поражение микроциркуляторного русла, закрытие коллатералей [13, 14].

Таким образом, к настоящему времени в ангиохирургии складывается парадоксальная ситуация: совершенствование показаний к операции, техники прямых и непрямых реваскуляризации сопровождается небольшим числом осложнений. Разрешение этого противоречия целесообразно искать на пути создания и развития системы комплексного непрерывного и пожизненного лечения этих пациентов в амбулаторных условиях при обязательном контроле ангиохирурга. Врач-хирург поликлиники должен быть ключевым звеном, определяющим лечебно-диагностические мероприятия при обращении пациента и обеспечивающим преемственность на этапах «поликлиника – ангиохирургический стационар – поликлиника».

Сформирован комплекс стационарозамещающих технологий и «Школа для больных с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей».

Обоснована необходимость применения усовершенствованной амбулаторной хирургической тактики у пациентов после реконструктивно-восстановительных операций и непрямых реваскуляризирующих операций с позиций доказательной медицины. Установлено ее положительное влияние на сохранность конечностей и выживаемость пациентов.

Оказание стационарозамещающей ангиологической помощи в условиях хирур-

гического отделения городской поликлиники делает более доступными современные методы консервативного лечения для подавляющего большинства пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей, способствует улучшению показателей сохранности конечностей и выживаемости больных.

Выделение показателей, характеризующих состояние микроциркуляции, способствует объективизации контроля над эффективностью проводимого амбулаторного лечения и позволяет прогнозировать сохранность конечности в отдаленные сроки.

Усовершенствованная система диспансеризации больных с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей дает возможность осуществить преемственность и непрерывность помощи между амбулаторным звеном и ангиохирургическим стационаром. Это позволяет своевременно отбирать кандидатов на операцию с целью дальнейшего сохранения у них конечностей.

Работа выполнена на базе ММУ «Городская клиническая поликлиника № 15» (гл. врач – канд. мед. наук Л.С. Федосеева) и ММУ «Медико-санитарная часть № 14» (гл. врач – канд. мед. наук И.А. Немченко) г.о. Самара. Объединяющим моментом было участие данных ЛПУ в реализации проекта – разработка и совершенствование системы комплексной непрерывной медицинской помощи больным ОААНК.

В исследование были включены 217 больных ОААНК за период с 2000 по 2007 гг. Все пациенты были выписаны из ангиохирургических отделений клиники факультетской хирургии ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет «Росздрава» и ГУЗ «Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина». В зависимости от особенностей хирургической помощи в условиях поликлиники все пациенты были разделены на две группы.

В I группу вошли 102 пациента, которые находились под диспансерным наблюдением хирурга ММУ «МСЧ № 14». Амбулаторное лечение у них носило не систематизированный характер. Однако после проведенного исследования в данном лечебно-профилактическом учреждении также были внедрены лечебно-диагностические подходы.

Во II группу вошли 115 пациентов, у которых в условиях ММУ «ГКП № 15» была применена усовершенствованная амбулаторная хирургическая тактика. Для этого на

базе поликлиники был организован дневной ангиологический стационар. Ежедневные консультации в стационаре осуществлялись врачом-ангиохирургом, канд. мед. наук Н.Н. Серафимовичем.

В I группе мужчин было 90 (88,2%), женщин – 12 (11,8%). Во II группе мужчин было 104 (90,4%), женщин – 11 (9,6%). В работе использована классификация хронической ишемии нижних конечностей по Fontaine (1954).

В условиях стационара оперативное вмешательство предпринималось у больных с III и IVA стадиями, а также у больных со IIБ стадией при перемежающейся хромоте менее 50 метров.

В I группе атеросклеротическое поражение аорто-подвздошного сегмента была у 29 человек (28,4%), бедренно-подколенно-берцовые окклюзии – у 73 (71,6%). Среди пациентов II группы аналогичный характер поражения отмечен у 28 (24,3%) и у 87 (75,7%) человек соответственно.

При поражении аорто-подвздошно-бедренного сегмента оперативное лечение заключалось в выполнении бифуркационного аорто-бедренного шунтирования или протезирования. У больных с окклюзией и/или стенозом бедренной, подколенной артерии и устьевыми стенозами артерий голени предпринимали прямую реваскуляризацию: бедренно-подколенное шунтирование или протезирование, эндартерэктомию из глубокой артерии бедра. У пациентов, которым выполнение реконструктивной операции невозможно, применяли операции не прямой реваскуляризации: поясничную симпатэктомию, реваскуляризирующую остеотрепанацию большеберцовой кости.

При обследовании пациентов определяли пульсацию магистральных артерий в типичных точках, производили аускультацию сосудов. Применяли цветное дуплексное картирование (ЦДК) артерий, лазерную доплерофлоуметрию, исследование газового состава и кислотно-щелочного состояния (КЩС) крови, отекающей от пораженной конечности, изучение качества жизни.

Усовершенствованная амбулаторная хирургическая тактика представляет собой систему диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, включающую несколько блоков:

- 1) регулярные осмотры с инструментальным и лабораторным обследованием для контроля над течением заболевания и прогнозирования его прогрессирования;
- 2) регулярное медикаментозное лечение;

3) регулярное лечение физическими факторами;

4) посещение «Школы для больных ОААНК».

Разработанная система мероприятий реализуется у всех пациентов, выписанных из стационара: при ПА стадии ОААНК – 1 раз в 6 месяцев; у оперированных больных и у не оперированных больных со II Б стадией – в течение первых трех месяцев – ежемесячно, а затем – 1 раз в 3 месяца. Это позволяет своевременно отбирать из них лиц с прогрессирующим течением – кандидатов на операцию.

Применялось лечение медикаментозными препаратами, лечение физическими факторами, а также в лечении больных ОААНК применено «Устройство для стимуляции кровообращения конечностей» (Патент РФ на полезную модель № 59413 от 27.12.2006 г.)

В основе работы «Школы для больных ОААНК» лежит групповой характер обсуждения актуальных для пациентов проблем, предоставления необходимой информации, советов и рекомендаций в определенной последовательности. Программа в группе из 3–5 человек рассчитана на три занятия.

У всех больных исходно в регионарной венозной крови определяется увеличение напряжения углекислого газа, снижение напряжения кислорода, выраженный ацидоз, снижение буферной емкости крови. В срок через 12 месяцев, как после консервативного лечения, так и после оперативного, определялся прирост pO_2 , pH и BE, а также снижение pCO_2 в обеих группах, но более значимый во II группе. Иными словами, применение усовершенствованной амбулаторной хирургической тактики оказывает положительное влияние на процессы патологического артериоло-веноулярного шунтирования крови, а также уменьшает паралич микроциркуляторного русла. Наилучшие результаты получены у пациентов после консервативного лечения и аорто-бедренных реконструкций, что, видимо, связано с большей сохранностью дистального русла у них. Однако уровень базальной перфузии даже при клинически хорошем результате возрастал незначительно. В связи с этим была изучена реактивность системы микроциркуляции.

В качестве теста для определения резервов капиллярного кровотока применяли постокклюзионную пробу. Наиболее значимыми считали результаты, зарегистрированные на 1 пальце стопы.

Информативным показателем состояния микроциркуляции было время наступления постокклюзионного кровотока. Именно это показатель достоверно коррелировал с исчезновением или уменьшением болевого синдрома в нижней конечности. Увеличение показателя постокклюзионного кровотока происходило у всех пациентов в обеих группах. Причем, у пациентов II группы время наступления максимального постокклюзионного кровотока сокращалось значительно, чем в I группе. Возрастание изученных показателей в I и II группах зарегистрировано на 13 и 22% соответственно.

Проведен анализ результатов исследования микроциркуляции по данным лазерной доплерофлоуметрии у больных с сохраненной конечностью и у больных, у которых через 12 месяцев после операции выполнена ампутация на уровне бедра. Расчет производили, исходя из числа конечностей, которые были подвергнуты лечению, в том числе и реваскуляризации. Всего было учтено 203 пораженные конечности: ампутировано на конец 1-го года наблюдения 16. Сохранено 187 конечностей.

Оценка отдаленных результатов лечения проводили с помощью показателя сохранности конечностей.

Результаты консервативного лечения

Через 12 месяцев удалось изучить состояние 47 больных I группы и 54 больных II группы. В I группе на конец 2-го года количество сохраненных конечностей было 44 (93,6%), на конец 3-го года – 34 (72,3%), на конец 4-го года – 25 (53,2%), на конец 5-го года – 16 (34,0%). Во II группе аналогичный результат получен у 53 (98,1%), у 50 (92,6%), у 39 (72,2%) и у 29 (53,7%) соответственно. Иными словами, показатель сохранности конечности в I группе соответствует аналогичным показателям во II группе в срок на 1 год позже.

Были рассчитаны показатели, предусмотренные доказательной медициной: повышение относительной пользы на конец 1-го года – 4,26%; повышение относительной пользы на конец 5-го года – 58,8%; снижение относительного риска на конец 1-го года – 66,7%; снижение относительного риска на конец 5-го года – 30,3%.

Сравнение эффекта стационарорезающего вида ангиологической помощи в сроки 1 год и 5 лет свидетельствует об эффективности этой тактики в плане сохранения функционально пригодной конечности в отдаленные сроки (повышение от-

носительной пользы возрастает с течением времени).

Значимое влияние на улучшение показателя сохранности конечностей предложенная амбулаторная хирургическая тактика начинает оказывать, начиная с 3-го года наблюдения, т.е. с того момента, когда у большинства больных начинается прогрессирующее поражение путей оттока у микроциркуляторного русла.

Были рассчитаны показатели, предусмотренные доказательной медициной: повышение относительной пользы на конец 1-го года – 5,8%; повышение относительной пользы на конец 5-го года – 157%; снижение относительного риска на конец 1-го года – 35,7%; снижение относительного риска на конец 5-го года – 25,6%.

Значит, данная тактика направлена на сохранение результата, достигнутого после реконструктивной операции (повышение относительной пользы возрастает с течением времени). После непрямых реваскуляризаций предложенная хирургическая тактика в наибольшей степени улучшает результаты лечения к концу 5-го года наблюдения.

После методов не прямой реваскуляризации динамика сохраненных конечностей была более благоприятной по сравнению с прямой реваскуляризацией, даже у больных I группы. Полученные различия связаны с тем, что быстрое включение дистального артериального русла в кровообращение способствует ранней компенсации хронической критической ишемии, а после операций не прямой реваскуляризации происходит постепенная компенсация за счет уменьшения процессов патологического артериоло-венулярного шунтирования.

Оценка качества жизни произведена в связи с тем, что сам по себе факт сохранения конечности не всегда позволяет создать полное впечатление о восприятии пациентом результата лечения. Исследование проводилось в сроки 1 год и 5 лет в обеих группах в целом, вне зависимости от метода лечения.

На конец 1-го года и в I группе, и во II группе отмечена однонаправленная динамика всех показателей, составляющих качество жизни, по сравнению с исходными данными. У больных повысилась физическая работоспособность и физическое состояние, общее здоровье, энергичность, социальная роль, уменьшился болевой синдром. При этом показатели эмоцио-

нального состояния и психического здоровья снизились.

В срок 5 лет после лечения отмечена разнонаправленная динамика показателей в обеих группах, составляющих качество жизни, по сравнению с исходными данными. Во всех группах было отмечено статистически значимое улучшение средних показателей физической работоспособности, физического состояния и уменьшения болевого синдрома по сравнению с исходными данными. В то же время, повышение социальной роли, эмоционального состояния и психического здоровья отмечено только у больных II группы (в I группе – снижение данных показателей).

Таким образом, усовершенствование амбулаторно-хирургической тактики дает возможность осуществлять преимущественность между поликлиническим звеном медицинской помощи и ангиохирургическим стационаром. Это позволяет вести контроль над всеми диспансерными больными, проводить им преимущественное консервативное лечение, отбирать своевременно из них кандидатов на операцию с целью дальнейшего сохранения у них конечностей, а также сохранить оптимальное качество жизни.

Список литературы

1. Гавриленко А.В., Скрылев С.И. Хирургическое лечение больных с критической ишемией нижних конечностей. – М., 2005. – С. 69–75.
2. Гавриленко А.В., Скрылев С.И. Артериализация венозного кровотока голени и стопы у больных с критической ишемией – альтернативный метод спасения нижней конечности // Материалы 16-й Международной конференции Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов. – М., 2005. – С. 86.
3. Инчина В.И., Смирнов Л.Д., Романов М.Д., Кокорева Е.В., Морозов М.Ю. Ангиопротекторная активность мексикора при облитерирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2007. – № 3. – Т. 13. – С. 17–19.
4. Кириенко А.И. Амбулаторная ангиология // Руководство для врачей // А.И. Кириенко, В.М. Кошкин, В.Ю. Богачев. – М., 2007. – С. 49.
5. Киселевский Д.А., Дзевидский Д.И. Результаты лечения больных с окклюзией артерий голени в стадии критической ишемии // Материалы научной конференции молодых ученых, посвященной 60-летию Института хирургии им. А.В. Вишневского РАМН. – М., 2005. – С. 275–276.
6. Кривошеков Е.П., Цимбалит Д.А., Казанцев А.В. Возможности методного лечения больных с критической ишемией нижних конечностей при окклюдизирующих поражениях дистального артериального русла. // Материалы научной конференции молодых ученых, посвященной 60-летию Института хирургии им. А.В. Вишневского РАМН. – М., 2005. – С. 315.
7. Покровский А.В. Клиническая ангиология: руководство для врачей. – М.: Медицина, 2004. – 888 с.
8. Савельев В.С. Патогенез и консервативное лечение тяжелых стадий облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей / В.С. Савельев, В.М. Кошкин, А.В. Каралкин. – М., 2010. – 216 с.