

АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ КОНДУИТ С КОНТРАЛАТЕРАЛЬНОЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ИНФРАИНГВИНАЛЬНЫХ РЕКОНСТРУКЦИЯХ: ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ

Борисов А. Г., Липин А. Н.

СПб ГБУЗ «Городская больница №14»
Российская Федерация, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Цельный фрагмент большой подкожной вены – это конduit выбора для инфраингвинальных шунтирований при критической ишемии нижней конечности (КИНК). Часто сосудистому хирургу приходится сталкиваться с пациентами, у которых, по определенным причинам, эта опция недоступна. Операции, выполненные аллошунтами, имеют более короткий срок проходимости и большую частоту осложнений. Необходим поиск альтернативного аутовенозного материала.

Цель. Оценить риск местных осложнений при необходимости забора аутовенозного материала из контралатеральной нижней конечности.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ 123 историй болезни пациентов с КИНК, которым в условиях СПб ГБУЗ «Городская больница 14» в период с 16.02.2017 по 17.07.2023 были выполнены шунтирующие операции на артериях нижних конечностей. Критерием исключения являлась выполненная превентивная реваскуляризация конечности, с которой была забрана аутовена. Характеристика группы: мужчины – 100 (81,3%), женщины – 23 (18,7%). Средний возраст – 64,9 лет. Средний период госпитализации составил 38,5 дней. Все пациенты имели трофические изменения на одной из нижних конечностей, и не имели критической ишемии контралатеральной конечности. Частота гибридных вмешательств – 27 (22% от общего числа). Поиск аутовенозного материала осуществлялся сонографически, при подготовке к операции. Причинами, по которой на конечности, страдающей КИНК, не было выявлено подходящего материала, были: 1 – ранее выполненный забор аутовены на шунтирующие операции (в т.ч. аорто-коронарное шунтирование) и операции с аутовенозной заплатой, перевязка или иссечение вены при ранее выполненном аллошунтировании или петлевой эндартерэктомии – у 61 пациента (49,6%), флэбэктомия/ЭВЛК в анамнезе – 20 (16,3%), неподходящая вена (малый диаметр/тромбофлебит) – 42 (34,1%).

Результаты. Общее число местных раневых осложнений (случаев, при которых раны на интактной конечности заживали вторично – лимфоррея, развитие серомы, ишемических осложнений, краевых некрозов) – 8 (6,5%). Более тяжелых осложнений и последствий (кровотечения, ампутации) для конечности-донора в раннем послеоперационном периоде выявлено не было. Не было наблюдений, которым была выполнена реваскуляризация на контралатеральной конечности ввиду наличия незаживающих послеоперационных ран.

Стеноокклюзирующее поражение конечности-донора как фактор риска: при наличии гемодинамически значимого поражения артерий контралатеральной конечности ($n = 80$, 60,6%), раны на ней зажили первично в 73 случаях (91,3%), с осложнениями – 7 случаев (8,8%) ($p = 0,275$). Пациентов с сахарным диабетом (СД) было 37 (30%), в этой группе раневые осложнения наблюдались в 2 наблюдениях (5,4%), наблюдений без СД – 86 (70%), с осложнениями протекал послеоперационный период в 5 наблюдениях (5,8%), $p = 0,929$. Артерия, на которую выполнен дистальный анастомоз в ходе шунтирующей операции (как мера длины забираемого кондуита): дистальный анастомоз выполнен выше уровня щели коленного сустава – 36 наблюдений, 1 осложнение (2,8%), ниже уровня щели коленного сустава (РЗ сегмент подколенной артерии, артерии голени, плантарные артерии) – 87 наблюдений, 7 осложнений (8%), $p = 0,28$. Аутовена, забранная на конечности-доноре: большая подкожная вена (БПВ) и ее притоки – 111 наблюдений, 5 осложненных случаев (4,5%), малая подкожная вена и притоки (МПВ) – 12 наблюдений, 3 с осложнениями (25%), $p = 0,006$.

Выводы. Забор материала с нижней конечности, не страдающей КИНК, является доступной и безопасной альтернативой при отсутствии материала выбора, и не требует выполнения превентивной реваскуляризации конечности-донора при наличии гемодинамически значимых стенозов в ней.