

В.А. Губка

Повторные реконструкции у больных облитерирующим атеросклерозом с отдаленными осложнениями

Запорожский государственный медицинский университет

Ключевые слова: тромбоз, аневризма, нагноение, повторные реконструктивные операции.

В клинике госпитальной хирургии за последние 10 лет выполнено 844 реконструктивные операции. Из них у 231 (27,3%) развились различные отдаленные осложнения. Наиболее часто выявлены тромбозы (50,5%), аневризмы анастомозов (27,2%) и поздние нагноения (22,3% больных). Все пациенты обследованы: УЗДГ, ангиография, фистулография. При тромбозах выполняли тромбэктомию или замену бифуркационного протеза с реконструкцией дистального анастомоза, при аневризме – иссечение аневризмы и реконструкцию дистального анастомоза, у больных с нагноением – ликвидацию гнойного очага и, по возможности, экстраанатомическое шунтирование. Положительные результаты получены у 64,4% больных.

Повторні реконструкції у хворих на облітеруючий атеросклероз з віддаленими ускладненнями

В.О. Губка

У клініці госпітальної хірургії за останні 10 років виконано 844 реконструктивні операції. З них у 231 (27,3%) розвинулись різні віддалені ускладнення. Найчастіше виявляли тромбози (50,3%), аневризми анастомозів (27,3%) та пізні нагноєння (22,3% хворих). Усі хворі обстежені: УЗДС, ангиография, фистулография. При тромбозах виконували тромбектомію або заміну протезу з реконструкцією дистального анастомозу, при аневризмі – висічення аневризми та реконструкцію дистального анастомозу, у хворих з нагноєнням – видалення гнійного вогнища і, за можливості, екстраанатомічне шунтування. Позитивні результати отримано у 64,4% хворих.

Ключові слова: тромбоз, аневризма, нагноєння, повторні реконструктивні операції.**Патологія.** – 2012. – №2 (25). – С. 43–45

Repeated reconstruction in patients with atherosclerosis obliterans with long-term complications

V.A. Gubka

In the clinic of hospital surgery over the past 10 years 844 reconstructive operations were performed. Of these, a variety of long-term complications were developed in 231 (27,3%) patients. The most frequently identified complications were thrombosis – 50,5%, anastomotic aneurysms – 27,2% and late suppuration - in 22,3 % of patients. All patients were examined: USDG, angiography, fistulography. In patients with thrombosis thrombectomy or replacement of the prosthesis with reconstruction of the bifurcation of the distal anastomosis were performed, with aneurysm - excision of the aneurysm and reconstruction of distal anastomosis, in patients with suppuration - the elimination of the purulent center and, if possible, extraanatomic bypass surgery. Positive results were obtained in 64,4% of patients.

Key words: thrombosis, aneurysm, abscess, repeated reconstructive surgery.**Pathologia.** 2012; №2 (25): 43–45

Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей – распространенное заболевание, которым страдают 11–23% мужчин старше 50 лет [1,2]. В последние годы это заболевание имеет тенденцию к развитию у лиц более молодого возраста, что приводит к более неблагоприятному течению заболевания, так как у них отмечают прогрессирующий тип течения атеросклероза за счет наличия II–III типов гиперлипидемии, а это сказывается на течении отдаленного послеоперационного периода в сторону его ухудшения [3].

В настоящее время облитерирующий атеросклероз хорошо диагностируют, разработаны стандарты консервативной терапии и методы оперативного лечения с использованием традиционных (АБШ, БПШ, профундопластика) и нетрадиционных методов (экстраанатомические шунтирования, эндоваскулярная дилатация со стентированием или без него, микрохирургическая трансплантация большого сальника, реваскуляризация остеотрпанация) [4,5].

Однако с увеличением количества реконструктивных

вмешательств увеличивается и количество повторных операций вследствие развития поздних тромбозов, аневризм анастомозов, поздних нагноений, прогрессирования периферического атеросклероза [6–8].

Цель работы

Изучение возможностей повторных реконструктивных операций при облитерирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей.

Пациенты и методы исследования

В клинике госпитальной хирургии за последние 10 лет выполнено 844 реконструктивных операции на артериях нижних конечностей. Так, аорто-бедренное шунтирование выполнено у 180 больных, подвздошно-бедренное – у 32, перекрестное бедренно-бедренное – у 28, перекрестное подвздошно-бедренное – у 2, интраоперационная дилатация подвздошного сегмента+профундопластика – у 25, рентгенэндоваскулярная дилатация со стентированием подвздошных артерий – у 10.

При бедренно-подколенных окклюзиях выполнены

следующие операции. Так, бедренно-подколенное шунтирование выполнено у 65 больных аутовеной ниже коленного сустава, бедренно-берцовое шунтирование аутовеной – у 12 больных, бедренно-подколенное шунтирование выше коленного сустава – у 34 больных, из них аутовеной – у 11 и протезом «Gor-tex» – 23 пациентов. Профундопластика выполнена у 452 больных, из них аутоартерий – у 152, аутовеной – у 248, заплатой «Gor-tex» – у 52 больных, профундопластика+РОТ – у 27 больных. У 367 пациентов эти операции дополнены поясничной симпатэктомией, у 5 больных выполнена трансплантация сальника на бедро и голень.

Результаты и их обсуждение

В течение десятилетнего периода наблюдения у 231 больного (27,3%) из 844 развились различные осложнения. Так, тромбоз бранши протеза из 242 аорто- и подвздошно-бедренных реконструкций определен у 52 больных (21,5%), после дилатации подвздошной артерии и профундопластики тромбоз в отдаленном периоде – у 4 (16%) больных. После рентгенэндоваскулярной дилатации и стентирования тромбозов не отмечено.

Тромбозы после операций на бедренно-подколенном сегменте также отмечены у довольно большого количества пациентов. Особенно неблагоприятными были результаты бедренно-подколенного шунтирования ниже коленного сустава – 18 больных (27,7%) и бедренно-берцового шунтирования – 7 пациентов (58,3%). При шунтировании выше коленного шунтирования тромбозов было меньше – 6 (17,7%). После профундопластики отмечено наименьшее количество тромбозов – 30 больных (6,6%). После профундопластики, поясничной симпатэктомии и РОТ тромбозов в отдаленном периоде не отмечено, после микрохирургической трансплантации сальника с профундопластикой тромбозы не обнаружены. Причиной тромбоза было разрастание неоинтимы в области анастомозов и прогрессирование периферического атеросклероза.

Аневризмы анастомозов развились у 38 больных (15,7%) из 242 больных, оперированных на аорто-подвздошно-бедренном сегменте, причем только у 4 больных были аневризмы как проксимального, так и дистального анастомозов. Они появлялись, как правило, на 3–5 году после операции, у некоторых значительно позже. После операций на бедренно-подколенном сегменте аневризма развилась у 25 больных (4,2%).

Нагноение ран в ближайшем и отдаленном периоде отмечено у 52 пациентов (6,2%).

В комплекс обследования больных входили клинические и биохимические анализы, УЗИ-исследования, ангиография, при необходимости – КТ и фистулография.

Всем больным проведены различные оперативные вмешательства или консервативное лечение.

Методы оперативных вмешательств зависели от патологии, общего состояния больного, возраста, состояния анастомозов и состояния тканей дистальных отделов конечности.

Больным с гангреной выполняли первичную ампута-

цию конечности. Ее уровень определяли по состоянию кровообращения бедра и голени. При наличии пульсации на ОБА и проходимости глубокой артерии бедра, ампутацию выполняли на уровне нижней трети бедра, что дает возможность получить более функциональную культю. При отсутствии пульсации ОБА ампутацию выполняют на уровне средней или верхней трети бедра в зависимости от состояния кровообращения в мышцах. При необходимости высокой ампутации бедра с вычленением бедренной кости в тазобедренном суставе бедренную кость не вычленяют, а перепиливают по анатомической шейке, чтобы вертлужная впадина была закрытой – это дает возможность лучшему заживлению раны. Первичная ампутация выполнена у 37 больных (4,4%), у которых не было возможности выполнить повторную реконструкцию.

Повторные реконструктивные операции выполняли в зависимости от вида поражения. Так, при тромбозе аорто-бедренного шунта основным видом операции была тромбэктомия из бранши протеза с реконструкцией дистального анастомоза и восстановление кровотока в глубокую артерию бедра (90% больных), поверхностную и глубокую (8%) или только в ПБА (2%). При реконструкции такого вида у большинства больных требуется тракция бранши протеза, что позволяет войти катетером Фогарти в аорту и осуществить удаление тромба и неоинтимы, избыток протеза иссекают с наложением анастомоза конец в конец, после пластики глубокой артерии бедра или ГБА и ПБА. Таких операций было 49. Повторное АБШ при тромбозе обеих бранш выполнено 8 больным. При отсутствии путей оттока для улучшения коллатерального кровообращения 12 больным выполнена ПСЭ.

При тромбозе перекрестного шунта 2 больным выполнена первичная ампутация бедра, 1 больного не оперировали из-за компенсации кровообращения, еще одному больному выполнена тромбэктомия из шунта и повторная реконструкция обоих анастомозов.

При тромбозе бедренно-подколенного шунта у 10 пациентов выполнена первичная ампутация из-за отсутствия возможностей повторной реконструкции, у 17 – поясничная симпатэктомия, у 17 – профундопластика или репрофундопластика аутовеной и у 8 больных – рещунтирование аутовеной ниже коленного сустава.

Ухудшение кровообращения после профундопластики наступало либо вследствие прогрессирования атеросклероза артерий голени (13 больных) либо бедренной и глубокой бедренной артерий с их тромбозом и тромбозом общей бедренной артерии (18 больных). Повторные операции носили различный характер. Так, 6 больным выполнена ампутация бедра, 5 – ПСЭ, тромбэктомия и репрофундопластика – 19 пациентам и аорто-бедренное шунтирование – 6.

Причиной развития поздних аневризм дистальных и проксимальных анастомозов в большинстве случаев была дегенерация стенки артерии в зоне анастомоза за счет нарушения гемодинамики и турбулентности кро-

вотока, в некоторых случаях, инфекция. Все больные оперированы. У 19 больных выполнена реконструкция дистального анастомоза с иссечением аневризмы ОБА и протеза, тракция протеза по нашей методике и протезо-глубоко-бедренное протезирование со вставкой протеза или аутовены, удалением неоинтимы из протеза. У 4 больных с аневризмой проксимального и дистального анастомозов выполнено повторное аорто-бедренное шунтирование без удаления протеза и разоблачение проксимального анастомоза. Аорту пересекают, дистальный конец прошивают и перевязывают, протез вшивают конец в конец, бранши проводят забрюшинно на бедра и выполняют дистальную реконструкцию. Такая методика дает возможность быстро выполнить операцию без большой кровопотери. Такую же технику применяют и при тромбозе аорто-бедренного шунта.

При наличии аневризмы после реконструкции бедренно-подколенного сегмента у 5 больных выполнена перевязка артерий и ампутация бедра, у 20 больных – репрофундопластика аутовеной (10), аутоартерий (6) и заплатой из ткани «Gog-tech» (4 пациента).

Самой сложной остается проблема ближайших и поздних нагноений в сосудистой хирургии. Такие осложнения отмечены у 52 больных. Из них поверхностные нагноения отмечены у 35 пациентов без вовлечения в процесс артерии и протеза, у 17 – глубокие нагноения, в т. ч. в одном случае нагноение в области перфорации подвздошной артерии стентом, в четырех случаях инфицирована аневризма дистального АБШ. Все больные оперированы. Все поверхностные нагноения раскрыты, раны дренированы и зажили вторичным натяжением. У 10 больных выполнено иссечение протеза, санация раны и ампутация конечности из-за отсутствия условий для реконструкции. У 5 – экстраанатомическое шунтирование, у 2 пациентов проведено дренирование зоны протеза «Gog-tech», у которых удалось погасить инфекционный процесс.

Как видно из представленного материала, как осложнения отдаленного периода (от 1 до 10 лет), так и повторные операции были самые разнообразные; часть больных не оперированы, части пациентов выполнена первичная ампутация. Результаты повторных операций не столь хороши, как хотелось бы. Из 236 больных с поздними осложнениями, которые были под нашим наблюдением, умерли 13 (7,2%), у 34 (14,4%) пациентов наступил ретромбоз, потребовавший выполнения ампутации (из них 4 умерли).

Положительные результаты получены у 152 больных (64,4%), что требует дальнейших разработок по улучшению отдаленных результатов реконструктивных операций на артериях нижних конечностей.

Поздние осложнения в виде тромбозов, аневризм и

нагноений требует активной хирургической тактики и выполнения различных видов реконструктивных операций.

Выводы

1. Поздние осложнения реконструктивных операций на брюшной аорте и артериях нижних конечностей возникают в течение 10 лет наблюдения у 27,3%.

2. Наиболее частыми осложнениями в отдаленном периоде являются тромбозы (50,5%), второе место занимают ложные аневризмы анастомозов (27,2%), третье – поздние нагноения (22,3%).

3. Большинство больных с поздними осложнениями реконструктивных операций требуют оперативного лечения – ампутации конечности при гангрене конечности, повторной реконструкции при тромбозе, аневризме и ликвидации гнойного очага при нагноении.

4. Положительные результаты лечения отдаленных осложнений после реконструктивных операций на брюшной аорте и артериях нижних конечностей получены у 64,4% больных, что требует дальнейшего улучшения в выборе первичной операции, назначения современной постоянной консервативной терапии и разработки методов повторных операций.

Список литературы

1. Мишалов В.Г. Принцип медикаментозного лечения облитерирующих заболеваний периферических артерий по материалам международного консенсуса (TASC-200) / Мишалов В.Г., Селюк В.М. // Серце і судини. – 2004. – №1. – С. 55–59.
2. Agnino R. Natural history of claudication: Long-term serial following study of 1244 claudicates / Agnino R., Johnniaes C., Makaronn M. // J.Vasc. Surg. – 2001. – Vol. 34, №6. – P. 962–970.
3. Губка А.В. Липидный обмен и выбор метода реконструктивной операции у больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей / Губка А.В., Тишкин Н.М. // Клиническая хирургия. – 1989. – №7. – С. 18–20.
4. Гудз І.М. Реконструктивна і ендovasкулярна хірургія інфраренальної аорти та артерій нижніх кінцівок / Гудз І.М., Бальцер К. – Івано-Франківськ, 2004. – 224 с.
5. Образцов А.В. Патогенетические аспекты операции реваскуляризирующей остеотрепанации / Образцов А.В., Кохан Е.П., Заварина И.Н. и др. // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2000. – Т. 6, №1. – С. 18–21.
6. Доміняк А.Б. Повторні реконструктивні втручання на черевній частині аорти та периферичних артеріях / А.Б. Доміняк, Ю.Л. Ящук, Г.Г. Влайков, А.В. Ратушняк // Серце і судини. – 2005. – №1. – С. 56–57.
7. Кобза І.І. Хірургічне лікування пацієнтів при інфікуванні судинних протезів аорто-стегнової зони / Кобза І.І., Сорока Т.Г., Жук Р.А. // Клінічна хірургія. – 2004. – №4–5. – С. 89–90.
8. Русін В.І. Повторні реконструктивні операції при реоклюзії судин стегново-подколінно-тібіального сегмента / Русін В.І., Корсак В.В., Левчан Ю.А. // Клінічна хірургія. – 2004. – №4–5. – С. 104–105.

Сведения об авторе:

Губка В.А., к. мед. н., доцент каф. госпитальной хирургии ЗГМУ.

Надійшла в редакцію 09.07.2012 р.