

УДК 616.137.83-007.278-038.83-089

© І. К. ВЕНГЕР, С. Я. КОСТИВ, А. Р. ВАЙДА

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського"

Превентивні операції у віддаленому післяопераційному періоді у пацієнтів з реконструкцією аорто-стегнового сегмента

I. K. VENHER, S. Ya. KOSTIV, A. R. VAIDA

SHEI "Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky"

PREVENTIVE OPERATIONS IN THE REMOTE POSTOPERATIVE PERIOD IN PATIENTS AFTER RECONSTRUCTION OF AORTO-FEMORAL SEGMENT

Відновні операційні втручання на артеріальному руслі нижньої кінцівки у віддаленому післяопераційному періоді у пацієнтів, які перенесли реконструкцію аорто-стегнового сегмента, слід проводити при наростанні ішемії нижньої кінцівки. У 14 спостереженнях проведено реконструкцію стенозованого дистального анастомозу аорто-клубово-стегнового алошунта. У двох пацієнтів при функціонуючому дистальному анастомозі аорто-клубово-стегнового алошунта, при атеросклеротичній оклюзії стегно-підколінного сегмента здійснено стегнодистальне автовенозне шунтування.

Restorative surgical interventions on the distant arterial bed of the lower extremity at postoperative period in patients undergoing aorto-femoral reconstruction segment should be conducted with an increase in lower limb ischemia. In 14 observations the reconstruction with stenosis on the distal anastomosis aorto-iliac-femoral bypass. 2 patients with functioning distal anastomosis of the aorto-iliac-femoral bypass, with atherosclerotic occlusion hip-hamstring segment by distal femoral autovenous bypass.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Широке впровадження реконструктивних операцій при атеросклеротичній оклюзії аорто-стегнової зони зумовило зростання числа пацієнтів з ускладненням, пов'язаним з порушенням функції алотрансплантата. Частота повторних реконструкцій з приводу пізнього тромбозу аорто-стегнового алопротеза в останні роки зросла на 12 % і складає до 24 % від усіх первинних операцій [1, 2]. Складні, нестандартні останні виконуються з приводу рецидиву критичної ішемії нижніх кінцівок на ґрунті пізнього тромбозу зони дистального анастомозу аорто-стегнового алопротеза [3]. Водночас, повторне операційне втручання у значної частини пацієнтів неможливо провести через виражене атеросклеротичне ураження шляхів відтоку. А в ряді спостережень повторні хірургічні втручання супроводжуються розвитком ускладнень, серед яких має місце наростання ішемії нижньої кінцівки як результат реперфузійного синдрому, що проявляється при відновленні кровотоку в умовах критичної ішемії нижньої кінцівки [4]. Крім того, діагностується тромбоз сегмента реконструкції та інфекція зони операційних маніпуляцій [5]. Вказаних ускладнень можна уникнути або

ж значно знизити частоту їх розвитку при проведенні превентивних операційних втручань, тобто задовго до розвитку критичної ішемії нижньої кінцівки.

Мета роботи: покращити результати реконструкції аорто-стегнового сегмента у віддаленому післяопераційному періоді шляхом проведення хірургічних маніпуляцій у зоні субінгвінального артеріального русла при наростанні ішемії нижньої кінцівки.

Матеріали і методи. Під наглядом було 16 пацієнтів у віці 54–59 років. Всі хворі оперовані від 2,9 до 5,2 року до моменту госпіталізації у судинне відділення. Аорто-біфеморальне алошунтування проведено у 14 спостереженнях, а в 2 – клубово-стегнове алошунтування. Слід відмітити, що у всіх спостереженнях під час первинного хірургічного втручання не було виявлено гемодинамічно значимого стенозуювального процесу в поверхневій і глибокій артеріях стегна.

При госпіталізації пацієнти відмічали посилення ішемії нижньої кінцівки, що проявлялась у появі переміжного болю при ходьбі на відстань до 50–100 м, появу нічного болю, похолодання та блідість шкірних покривів гомілки і ступні та в окремих осіб запусіння підшкірних вен гомілки. Наведена

симптоматика відповідає III А ст. ішемії за класифікацією О. В. Покровського і з'явилась у пацієнтів за 4–7 місяців до госпіталізації.

Результати досліджень та їх обговорення.

В процесі обстеження в 11 пацієнтів було встановлено, що процес, який привів до наростання ішемії нижньої кінцівки, локалізувався в дистальному анастомозі аорто-клубово-стегнового алошунта. У 4 спостереженнях із вказаної групи діагностовано стенозуювальний процес контралатерального дистального анастомозу, що не досягав критичного рівня і не викликав симптоматики посилення ішемії нижньої кінцівки. У пацієнтів діагностовано стеноз дистального анастомозу аорто-клубово-стегнового алошунта, що був на рівні 62 % і вище, а в одному із спостережень сягав 79 %. Стенозичний процес посилювався за рахунок атеросклеротичного процесу біфуркації стегнових артерій, глибокої артерії стегна до відходження перфорантних гілок II порядку.

В основі стенозування анастомозу та прилеглих до нього артеріальних сегментів лежать гіперпластичні процеси в медіоінтимальному прошарку судинної стінки. Їх активність перебуває в прямій залежності від рівня системної запальної відповіді. Будь-які хірургічні маніпуляції в ділянці анастомозу сприяють активації гіперплазії і тим самим пришвидшують стенозування анастомозу. У зв'язку із вказаними обставинами резекцію дистального анастомозу і будь-які хірургічні маніпуляції з ним не проводили. Здійснювали пересічення бранші алопротеза і блокування ретроградного кровотоку по анастомозу. Наступним етапом виконували забір великої підшкірної вени на достатньому протязі, а в ряді спостережень і на контралатеральній нижній кінцівці. Останнє вимагається обставинами – наявність критичного стенозу/оклюзії стегно-підколінного сегмента. Надалі дистальний анастомоз одного з автовенозних шунтів формується із прохідною термінальною частиною поверхневої стегнової або підколіної артерії і проводиться вздовж судинного жмута до верхньої третини стегна. Інша автовена анастомозується з дистальним відділом глибокої артерії стегна. Проксимальні сегменти обох автовенозних шунтів розсікаються повздовж по передньо-внутрішній поверхні довжиною до 15 мм. Розсічені краї автовен зшиваються безперервним обвивним швом атравматичною поліпропіленовою ниткою 5/0, в результаті чого сформовується біфуркація. Остання анастомозується із пересіченою браншею аорто-клубово-стегнового алопротеза.

У двох спостереженнях через відсутність автовени використали алопротез діаметром 8 мм (GORE-TEX). В його проксимальний сегмент, розсічений по передньо-внутрішній поверхні, анастомозували із розсіченим повздовж проксимальним

сегментом автовени, що анастомозована з глибокою артерією стегна. Надалі сформована комбінована біфуркація анастомозується із кінцевим сегментом бранші аорто-клубово-стегнового шунта за типом “кінець в кінець”.

Реконструкцію стенозованого дистального анастомозу аорто-клубово-стегнового алошунта з оклюзованою глибокою артерією стегна і прохідною поверхневою стегновою артерією виконали у 3 пацієнтів. Операційні маніпуляції розпочинали з пересічення бранші аорто-клубово-стегнового алошунта вище верхнього краю анастомозу. Надалі формували дистальний анастомоз автовени із прохідним сегментом поверхневої стегнової артерії, а проксимальний – з пересіченим алошунтом за типом “кінець в кінець”. Наступним етапом операційного втручання було формування автовенозного шунта між глибокою артерією стегна та поверхневою артерією стегна. Потрібно вказати, що пересічення гирла глибокої артерії стегна не проводили задля збереження кровотоку по латеральній артерії, що огинає стегнову кістку. Відповідно до вказаного анастомоз із автовеною та глибокою артерією стегна формували за методом “кінець реверсованої вени в бік глибокою артерією стегна”. Таким чином, здійснено включення у кровотік обох стегнових артерій шляхом дисталізації їх біфуркації.

У 2 спостереженнях діагностовано атеросклеротичну оклюзію стегно-підколінного сегмента при функціонуючому дистальному анастомозі аорто-клубово-стегнового алошунта. Функціонування анастомозу забезпечувала прохідна глибока артерія стегна. Але кровопостачання нижньої кінцівки за рахунок тільки глибокої артерії стегна виявилось недостатнім, і за 5–7 місяців до госпіталізації у стаціонар почала наростати ішемія нижньої кінцівки. Було встановлено, що це відбувалось за рахунок атеросклеротичної оклюзії стегно-підколінного сегмента артеріального русла нижньої кінцівки. Операційне втручання полягало у проведенні стегно-підколінного шунтування. В обох спостереженнях дистальний анастомоз автовенозного шунта формували нижче колінної щілини. В одному із спостережень проксимальний анастомоз формували із дистальним сегментом аорто-стегнового алошунта, зона дистального анастомозу, в іншому – із поверхневою стегновою артерією, проксимальніше дистального анастомозу аорто-стегнового алошунта.

Висновок. Представлені операційні втручання у пацієнтів з реконструкцією аорто-стегнового сегмента в умовах хронічної ішемії II B–III A ст. однієї із нижніх кінцівок дали можливість попередити розвиток критичної ішемії нижньої кінцівки або формування пізнього тромбозу дистального анастомозу аорто/клубово-стегнового алошунта.

Перспективи подальших досліджень. Слід спрямувати дослідження на вивчення умов та причин розвитку стенозувального процесу в місцях

анастомозування судин та причин прогресування атеросклеротичного процесу в умовах корегувальної протисклеротичної терапії.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Повторные реконструктивные операции у больных облитерирующим атеросклерозом / А. С. Никоненко, А. В. Губка, Л. П. Карнаух [и др.] // Матеріали ХІХ з'їзду хірургів України. – Харків, 2000. – С. 216–217.
2. Late reoperations after surgical and endovascular lower limb revascularisation / P. Desgranges, J. Cron, E. Allaire [et al.] // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 2002. – Vol. 23, № 1. – P. 44–48.
3. Кобза І. І. Реваскуляризація критично ішемізованих кінцівок у хворих з мультифокальними ураженнями артерій / І. І. Кобза. – Львів : НВП “Мета”, 1997. – 247 с.

4. Костів С. Я. Корекція реперфузійного синдрому при хірургічному лікуванні пацієнтів із атеросклеротичною оклюзією аорто-клубово-стегнового сегмента / С. Я. Костів // Шпитальна хірургія. – 2006. – № 1. – С. 36–40.
5. Венгер І. К. Критична ішемія у віддаленому періоді після багаторівневої реконструкції атеросклеротичної оклюзії термінального сегмента черевної аорти та магістральних артерій нижніх кінцівок / І. К. Венгер, А. Р. Вайда, А. С. Адарбех // Шпитальна хірургія. – 2008. – № 4. – С. 83–85.

Отримано 09.07.14