

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ В СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Десятерик В. И., Давыденко А. В., Слободянюк В. А., Желизняк В. Г., Богатырев А. Б., Кабаченко В. В., Прокуда А. Н., Малюта С. В.

*Днепропетровская государственная медицинская академия,
Городская клиническая больница № 2, г. Кривой Рог*

Проведен анализ результатов хирургического лечения 25 больных с клиникой критической ишемии нижних конечностей (КИНК) в сочетании с поражением брахиоцефальных артерий, изучены непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения КИНК. Внедрение активной хирургической тактики при лечении КИНК позволило снизить госпитальную летальность у пациентов с мультифокальным поражением артерий двух бассейнов до 13,3%.

Ключевые слова: критическая ишемия нижних конечностей; окклюзия и стеноз сонных артерий; окклюзия и тромбоз терминального отдела брюшной аорты; хирургическое лечение мультифокальных поражений ветвей аорты.

Тяжело переоценить значение проблемы нарушения кровообращения терминального отдела брюшной аорты у возрастных пациентов с мультифокальным поражением артерий в нескольких артериальных бассейнах в практике врачей разных специальностей. Критическая ишемия нижних конечностей (КИНК) часто развивается у пациентов с имеющейся хронической ишемией головного мозга и подчас уже перенесших инсульт. И такая группа пациентов встречается в практике врачей всех специальностей занимающихся вопросами неврологии, хирургии и гериатрии составляет большие трудности в тактике ведения. При комплексном обследовании этих пациентов часто выявляется мультифокальное поражение терминального отдела аорты, коронарных и брахиоцефальных артерий со значимым стенозом устьев сонных или позвоночных артерий. Согласно результатам национального исследования проведенного Vascular Society of Great Britain (1) КИНК составляет 500–1000 пациентов на 1 млн. населения в год. При наличии сахарного диабета КИНК встречается приблизительно в 5 раз чаще. Трофические нарушения развиваются в 10% пожилых пациентов с сахарным диабетом, в 25–35,2% встречаются атеросклеротические поражения сосудов в двух и более бассейнах. При этом не смотря на системность поражения сосудов атеросклерозом, различные сосудистые зоны вовлекаются неравномерно и неодновременно. По частоте и медико-социальной значимости на первом месте стоит

сочетание КИНК с поражением коронарных артерий которое встречается в 95%, следующее – церебральные нарушения и КИНК. Подтверждением этому данные World Health Organization 2005 год согласно которым основными причинами смерти пациентов были ишемическая болезнь сердца (ИБС), инсульт и заболевания периферических артерий общая летальность от которых в развитых странах составила 45%. Повышение летальности в основном вследствие роста мультифокальных поражений различных сосудистых бассейнов. Частота поражений трех сосудистых бассейнов тоже достаточно высока и достигает 11,2–50,6%.

Таким образом, распространенность сочетанных атеросклеротических поражений разных сосудистых бассейнов колеблется от 33,5 до 99%, на Украине статистических данных по этой проблеме опубликовано не было (2).

Высокая распространенность атеросклеротических поражений аорты и ее ветвей и отсутствие тенденции к снижению частоты атеротромбоза связаны как с трудностью лечения этой патологии, даже, несмотря на проводимую мультидисциплинарную программу профилактики атеротромботических осложнений, так и недостаточным объемом проводимой хирургической помощи этой категории больных в повседневной практике.

Немаловажную роль в этом играют такие факторы, как увеличение среди населения лиц старших возрастных групп, недоступность на-

селению современных диагностических методов, а также недооценка этой проблемы врачами интернистами особенно в поликлинической и общесоматической практике.

Цель работы

Изучить непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения мультифокального поражения брахиоцефальных ветвей грудной аорты и терминального отдела брюшной аорты для дифференцированного выбора лечебной тактики при критической ишемии нижних конечностей (КИНК).

Материалы и методы

Проведен анализ результатов лечения 25 больных с клиникой критической ишемии нижних конечностей в сочетании с поражением брахиоцефальных артерий, изучены непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения КИНК.

Результаты

Все оперированные пациенты с мультифокальным поражением двух вышеназванных сосудистых бассейнов разделены на группы следующим образом: пациенты с КИНК обусловленной окклюзией подвздошных артерий с тромбозом терминального отдела аорты с симптомными поражениями брахиоцефальных артерий – 11 пациентов (44%) из них 4 человек (16%) в стадии транзиторных ишемических атак (ТИА), и 7 человек (28%) перенесших ишемический инсульт и имеющих неврологический дефицит; пациенты с КИНК обусловленной окклюзией подвздошных артерий с тромбозом терминального отдела аорты и безсимптомными поражениями брахиоцефальных артерий – 14 пациентов (56%). При этом использовались два варианта подхода к реконструкции поражений двух сосудистых бассейнов: одномоментное восстановление кровообращения в брахиоцефальных артериях и реконструкция аорто-бедренного сегмента; поэтапное восстановление кровообращения сначала в брахиоцефальных артериях затем реконструкция аорто-бедренного сегмента.

Выполненные в отделении сосудистой хирургии операции представлены в таблице 1. Отдаленные результаты хирургического лечения пациентов проанализированы в сроки от 4 месяцев до 2 лет.

У 21 больного (84%) оперированных одновременно на брахиоцефальных артериях и брюшной аорте и подвздошных артериях по поводу КИНК отмечены положительные результаты купировались или значительно уменьшились симптомы ишемии конечностей, и не развился ишеми-

ческий инсульт. В 3 случаях (12%) отмечены осложнения связанные с развитием ретромбоза подколенно-бедренного сегмента. Эти пациенты оперированы повторно на артериях конечностей при этом удалось сохранить конечность, выполнив экономные ампутации пальцев. В 1 случае (4%) выполнена высокая ампутация конечности после повторной реконструкции дистального анастомоза аорто-бедренного шунта с включением глубокой артерии бедра в зоне ветвей второго порядка. Ишемических инсультов у оперированных на брахиоцефальных артериях пациентов этой группы не было. Внедрение активной хирургической тактики при лечении КИНК позволило снизить госпитальную летальность у пациентов с мультифокальным поражением артерий двух бассейнов до 13,3%.

По нашему мнению, хирургическое лечение поражения брахиоцефальных ветвей грудной аорты необходимо проводить исходя из возможной опасности развития ишемического инсульта при использовании консервативного лечения этой категории больных, локализации окклюзионно-стенотического процесса и его распространенности, длительности заболевания. Задачами оперативных вмешательств при сочетании атеросклеротического поражения аорты и подвздошных артерий с поражением брахиоцефальных ветвей должно быть выполнение одномоментных реконструкций на обоих бассейнах и это, прежде всего, диктуется особенностями гемодинамики и возможным развитии синдрома обкрадывания при включении пораженного бассейна терминального отдела аорты. При наличии комбинированных поражений брюшной аорты или подвздошных артерий и сосудов шеи одновременно с аорто-бедренными реконструкциями для сохранения адекватного кровообращения по сосудам шеи и профилактики церебрального тромбоза в отдаленном периоде, целесообразно применение одномоментных реконструкций терминального отдела аорты и сосудов шеи.

Нами накоплен небольшой опыт лечения пациентов, перенесших инфаркт головного мозга, у которых развилась КИНК в сроки до 1 месяца от начала мозговой катастрофы. В этой группе в первую очередь была выполнена реконструкция брахиоцефальных артерий преимущественно каротидная эндартерэктомия с пластикой заплатой, оперировано 6 пациентов. Мы выполняли следующие виды таких операций: каротидная эндартерэктомия классическая или эверсионная с одномоментным выполнением аорто-бедренного шунтирования (4 пациента) и (2 больным) которым выполнялась реимплантация позвоночной артерии по поводу имеющейся вертебробазиллярной недостаточности с тромбозом устья позвоночной артерии и аорто-бедренная реконструкция. В 5 случаях получены удовлетворительные результаты как в регрессирование мозговой

симптоматики так и купирования критической ишемии конечности, в одном случае наступил тромбоз бранши протеза в раннем послеоперационном периоде, по подуч чего выполнена операция тромбэктомия из шунта и дополнено бедренно-подколенным шунтированием этот пациент умер из-за прогрессирующей сердечно сосудистой недостаточности. Изучив отдаленные результаты, мы пришли к выводу, что следует считать тактической ошибкой отказываться от реконструкций у этой категории больных или выполнять высокие ампутации, после которых летальность в срок до 1 года достаточно высокая до 67,2%.

Таким образом, представленная тактика позволила снизить летальность от осложнений, развивающихся у этой категории больных при консервативном лечении и высоких ампутаций с 67,2%, когда преимущественно использовались консервативные методы лечения до 13,3% в группе пациентов которым применена реконструктивная операция. Показания к каротидной эндартерэктомии и реконструкциям аорто-подвздошного сегмента общепринятые определенные в Украинских междисциплинарных консенсусах по лечению КИНК и хронической ишемии мозга. Проанализировав отдаленные результаты лечения в сроки от 4 мес. до 2 лет можно отметить, что рецидив КИНК развивается в группе пациентов, которым применена активная хирургическая тактика значительно реже, чем при проведении консервативного лечения.

Выводы

1. При наличии у пациентов с КИНК подтвержденных сегментарных окклюзий и гемодинамически значимых стенозов брахиоцефальных ветвей грудной аорты повышается риск развития ишемического инсульта, что требует применения активной хирургической тактики для профилактики тромбозов и купирования симптомов ишемии мозга.

2. При наличии комбинированных поражений брюшной аорты или подвздошных артерий и сонных или позвоночных артерий одновременно с аорто-бедренными реконструкциями для сохранения адекватного кровообращения по сосудам головного мозга и профилактики инсульта в отдаленном периоде, целесообразно применение одномоментных реконструкций терминального отдела аорты и брахиоцефальных артерий.

3. При выявлении гемодинамически значимых стенозов сонных артерий у пациентов с синдромом Лериша при КИНК предпочтения должны быть отданы первоочередной или одномоментной реконструкции сонных артерий (каротидная эндартерэктомия), так как они позволяют компенсировать недостаточность мозгового кровообращения и уменьшить количество осложнений как в раннем послеоперационном периоде, так и в сроки более 2 лет с момента операции.

Таблица 1

Характер оперативных вмешательств представлен

Вид операции	Количество	Умерло
Каротидная эндартерэктомия из ВСА. Аорто-бедренное бифуркационное шунтирование	8	
Резекция петли ВСА. Аорто-бедренное бифуркационное шунтирование	6	
Реимплантация позвоночной артерии Бифуркационное протезирование аорты + пластика чревного ствола	3	1
Одномоментная каротидная эндартерэктомия + Бифуркационное шунтирование аорты +бедренно-п\к шунтирование	2	
Одномоментная каротидная эндартерэктомия + Бифуркационное протезирование аорты+реимплантация нижней БА	5	
Одномоментная каротидная эндартерэктомия+повторная реконструкция, резекция аневризмы дистального анастомоза бифуркационного протеза	1	
ВСЕГО	25	1

Литература

1. Бокерия Л. А. Научно исследовательская работа НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН. \ Сердечно-сосудистые заболевания, Приложение, 2005, том 6, № 4, с. 4–89.
2. Мишалов В. Г. и др. Клінічне застосування нової класифікації мультифокального атеросклерозу у хворих з важким ішемічним ураженням органів і тканин. Матеріали 1 Сьезда судистих хирургів України 2006г. Стр. 163–168.

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З КРИТИЧНОЮ ІШЕМІЄЮ НИЖНІХ КІНЦІВОК ПРИ МУЛЬТИФОКАЛЬНИХ УРАЖЕННЯХ В ПОЄДНАННІЗ ПАТОЛОГІЄЮ БРАХІОЦЕФАЛЬНИХ АРТЕРІЙ

*Десятерик В. І., Давиденко О. В., Слободянюк В. А., Желізняк В. Г., Богатирьов О. Б.,
Кабаченко В. В., Прокуда О. М., Малюта С. В.
Дніпропетровська державна медична академія,
Міська клінічна лікарня № 2, м. Кривий Ріг*

Проведено аналіз результатів хірургічного лікування 25 хворих з клінікою критичної ішемії нижніх кінцівок в поєднанні з ураженням брахіоцефальних артерій, вивчено безпосередні і віддалені результати хірургічного лікування критичної ішемії нижніх кінцівок. Впровадження активної хірургічної тактики дозволило знизити летальність у пацієнтів з мультифокальним ураженням артерій двох басейнів до 13,3%.

Ключові слова: критична ішемія нижніх кінцівок, оклюзія і стеноз сонних артерій; оклюзія і тромбоз термінального відділу черевної аорти; хірургічне лікування мультифокальних уражень гілок аорти.

THE EXPERIENCE OF THE SURGICAL TREATMENT PATIENTS WITH CRITICAL ISCHEMIA OF THE LOWER EXTREMITIES AT MULTIFOCALIS IN COMBINATION WITH PATHOLOGY BRACHIOCEPHALIC-ARTERIES

*Desyaterik V. I., Davydenko A. V., Slobodyanyuk V. A., Zheliznyak V. G., Bogatyrev A. B.,
Kabachenko V. V., Prokuda A. N., Malyuta S. V.
Dnepropetrovskaya state medical academy, clinical hospital № 2, Kryvyi Rih city.*

The Organized analysis result surgical treatment 25 sick with clinic critical ischemia lower limbs in combination with defeat brachiocephalic artery, studied direct and remote results of the surgical treatment. Introduction active surgical tactics at treatment has allowed to reduce hospital mortality beside patient with multifocalis by defeat artery two pools before 13,3%.

Keywords: critical ischemia lower limbs; occlusion and stenosis carotid artery; occlusion and thrombosis of the terminal division of the abdominal aorta; the surgical treatment multifocalis defeats of the brachiocephalic-arteries.