

Е. В. ПОТЕМКИНА, Р. М. ЛЫЧКОВСКИЙ, В. И. ПАХОМОВ

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АОРТО-ПОДВЗДОШНЫМИ ОККЛЮЗИЯМИ

Оперативное лечение больных с атеросклеротическими окклюзиями аорты и подвздошных артерий стало возможным около двадцати лет назад, после первых успехов ангиографических методов исследования. В настоящее время реконструктивные операции на аорто-подвздошном сегменте относятся к числу наиболее эффективных и наименее технически сложных по сравнению с операциями на более мелких сосудах нижних конечностей. Восстановление кровотока по брюшной аорте и подвздошным артериям избавляет больных от ишемических явлений, связанных с непроходимостью магистральных артерий. Крупный калибр аорты и подвздошных артерий позволяет применить протезирование синтетическими протезами с хорошими непосредственными и, главное, отдаленными результатами.

Диагностика аорто-подвздошных окклюзий основывается на клиническом симптомокомплексе, в который входят ишемические боли при ходьбе и в покое, возникающие в области икроножных мышц и распространяющиеся на бедра и ягодицы, а также отсутствие пульсации на артериях одной или обеих конечностей.

Диагноз окклюзий брюшной аорты или подвздошной артерии может быть установлен после физикального обследования больного и с помощью инструментальных методов, которые уточняют диагноз.

Роль контрастного метода исследования при аортально-подвздошных окклюзиях своеобразна. Пункционная транслумбальная аортография считается методом выбора для контрастирования брюшной аорты и ее ветвей. Введение зонда через бедренную артерию по методу Селдингера противопоказано даже при односторонней окклюзии подвздошной артерии и сопряжено с опасностью смещения атероматозных бляшек в функционирующей подвздошной артерии, что может привести к тромбозу или эмболии этой артерии или артерий бедра и голени. Однако и транслумбальная аортография небезопасна, если имеется пристеночный тромб или обтурирующий тромбоз аорты. Контрастное вещество, введенное под большим давлением выше обтурирующего тромба, попадает в почечные артерии, иногда способствуя развитию острой почечной недостаточности. Пристеночный тромб может раскрошиться во время введения контрастного вещества и привести к эмболии функционирующих ветвей аорты и бедренных артерий. С другой стороны, контрастирование брюшной аорты при аортально-подвздошных окклюзиях почти никогда не выявляет состояния сосудов, расположенных дистальнее окклюзий, в частности, мы ни разу не получили контрастирования бедренных артерий на стороне окклюзии подвздошной артерии или при полной обтурации брюшной аорты.

Поэтому следует признать, что транслумбальная аортография при аорто-подвздошных окклюзиях не позволяет до операции выяснить возможность проведения реконструктивной операции.

На основании обследования 202 больных с аорто-подвздошными окклюзиями, из которых у 176 проведена транслумбальная аортография и 145 были оперированы, мы пришли к выводу, что показания к аортографии при локализации окклюзий в аорто-подвздошной зоне резко ограничены. Возможность реконструктивного вмешательства у таких больных зависит в основном от проходимости сосудов, расположенных «ни-

же паховой складки». Исследование этих артерий и оценка их проходимости возможны лишь во время операции, когда не только ощупываются стенки сосудов и провзвращается их просвет, но и производится в обязательном порядке ангиография. Весь дальнейший ход операции—будет ли она реконструктивной или паллиативной периартериальной симпатэктомией, решается во время обнажения бедренных артерий: если они или хотя бы глубокие артерии бедра проходимы, лишь тогда можно обнажать место окклюзии—брюшную аорту или подвздошную артерию.

За последний год мы применили такое обследование и оперировали 18 больных с аорто-подвздошными окклюзиями (в возрасте 20—30 лет был 1 человек, 31—40 лет—3, 41—50—5, 51—60—4, старше 60 лет—5 человек). Все обследованные больные были мужского пола. Во всех случаях диагноз ставился на основании анамнеза, жалоб больного и данных физикальных методов исследования.

Основными жалобами больных были боли в икроножных мышцах при ходьбе и в покое, перемежающаяся хромота (остановка при ходьбе через 50—150 метров), боли в области бедер и ягодиц, чувство замерзания и онемения нижних конечностей. Большинство больных жаловались на снижение половой функции. При осмотре у всех больных отмечались явления ишемии конечностей: бледность кожных покровов, снижение чувствительности, шелушение кожи и т. д. У 6 больных обнаружен некроз в области ногтевых фаланг пальцев стоп и у 1 больного гангрена стопы на стороне поражения. У 6 больных пульсация бедренных артерий отсутствовала на обеих конечностях, а у 10—на одной, при хорошо пульсирующих сосудах другой конечности. У 2 больных пульсация бедренных сосудов отсутствовала на одной конечности и была ослаблена на другой. У 13 больных отмечалось повышенное артериальное давление (160/90—180/110 мм рт. ст.). У 1 больного, помимо отсутствия пульсации бедренных сосудов с обеих сторон, отмечалась симптоматика стеноза правой подключичной и внутренней сонной артерий.

Все больные до поступления в стационар неоднократно получали сосудорасширяющую терапию в амбулаторных и стационарных условиях. Лечение этих больных как в дооперационном, так и в послеоперационном периодах включало активную сосудорасширяющую терапию (депот-падутин, папаверин, но-шпа, талазолин, ангиотрофин, йодистый калий, внутривенные вливания глюкозы с никотиновой кислотой, реомакродекс, низкомолекулярный поливинил и др.), гипотензивное и симптоматическое лечение по показаниям. Все 18 больных были оперированы.

Операции начинались с обнажения одной или обеих бедренных артерий с последующей ангиографией на операционном столе. Интраоперационная ангиография осуществлялась переносным рентгеновским аппаратом типа «Хирана» с фокусным расстоянием 100 см и экспозицией 3 сек.

У 4 больных контрастное вещество вводилось одновременно в обе бедренные артерии и у II—в одну.

У 3 больных ангиография бедренных артерий не проводилась из-за полной облитерации их просвета. У 2 больных была обнаружена резкая гипоплазия бедренных артерий и глубоких артерий бедра, наружный диаметр которых не превышал 3 мм с сужением просвета до такой степени, что в него проникал лишь кончик иглы, и с минимальным кровотоком. В этих случаях ангиография выявила лишь наличие мелких извитых сосудов, в очень скудном количестве проходящих в мягких тканях бедра и образующих едва видимую сеть в области коленного сустава (рис. 1).

Поражает, что при столь малом кровоснабжении у больных еще сохранилась конечность, тем более, что и наружная подвздошная артерия у них была гипоплазирована и облитерирована. Одному из этих больных была произведена артериализация большой подкожной вены голени с помощью протеза, проведенного от общей подвздошной артерии до места впадения большой подкожной вены в бедренную. Подкожная вена была перевязана у места впадения в бедренную и по ней направлен артериальный кровоток.

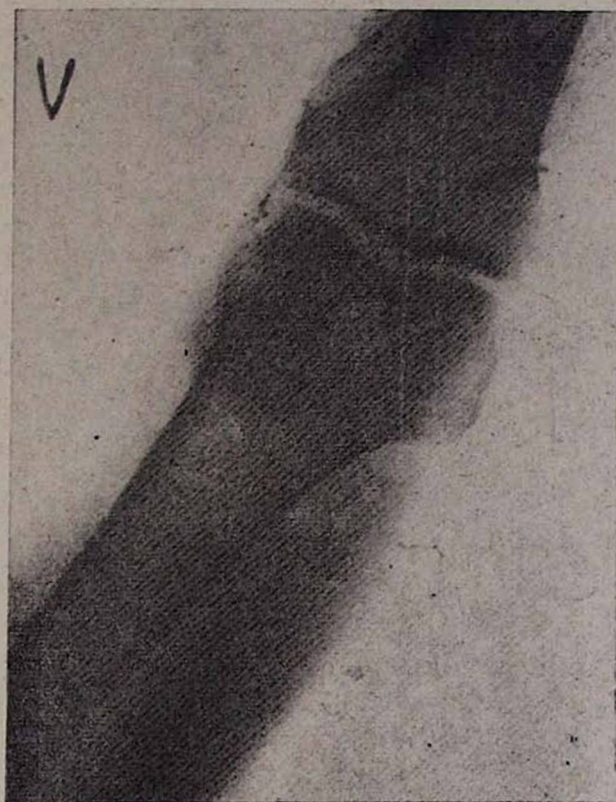


Рис. 1. Ангиограмма левой подколенной артерии (больного Д., 40 лет.), произведенная во время операции. Видна сеть мелких артериальных коллатералей, магистральный ствол не выявляется. Контрастное вещество введено в бедренную артерию в нижней трети бедра.

Наш опыт позволяет считать нецелесообразной артериализацию вен при непроходимости артериальных стволов.

Артериография у 8 больных выявила резкие атеросклеротические изменения в артериях бедра и деформацию подколенной артерии.

При поражениях глубоких артерий бедра реконструктивные операции противопоказаны потому, что после наложения на артерию зажима происходит повреждение и последующая отслойка хрупкой интимы с распространенными тромбозами и нарушением того компенсаторного коллатерального кровообращения, за счет которого сохранялась конечность.

У 3 больных глубокие артерии бедра были в относительно удовлетворительном состоянии, на ангиограммах была видна обильная сеть коллатералей и хорошее контрастирование подколенных артерий (рис. 3). Стенки глубоких артерий были тонкими, и можно было рискнуть на пережатие их мягким зажимом. В этих случаях была произведена ревизия брюшной аорты и подвздошных артерий, и у всех больных оказалось возможным выполнить реконструктивные операции: у 1 больного — эндартерэктомию из устья глубокой артерии бедра с тромбэктомией из наружной подвздошной артерии и наложением заплаты из аутовены и у 2 больных наложение подвздошно-бедренного пластмассового шунта.

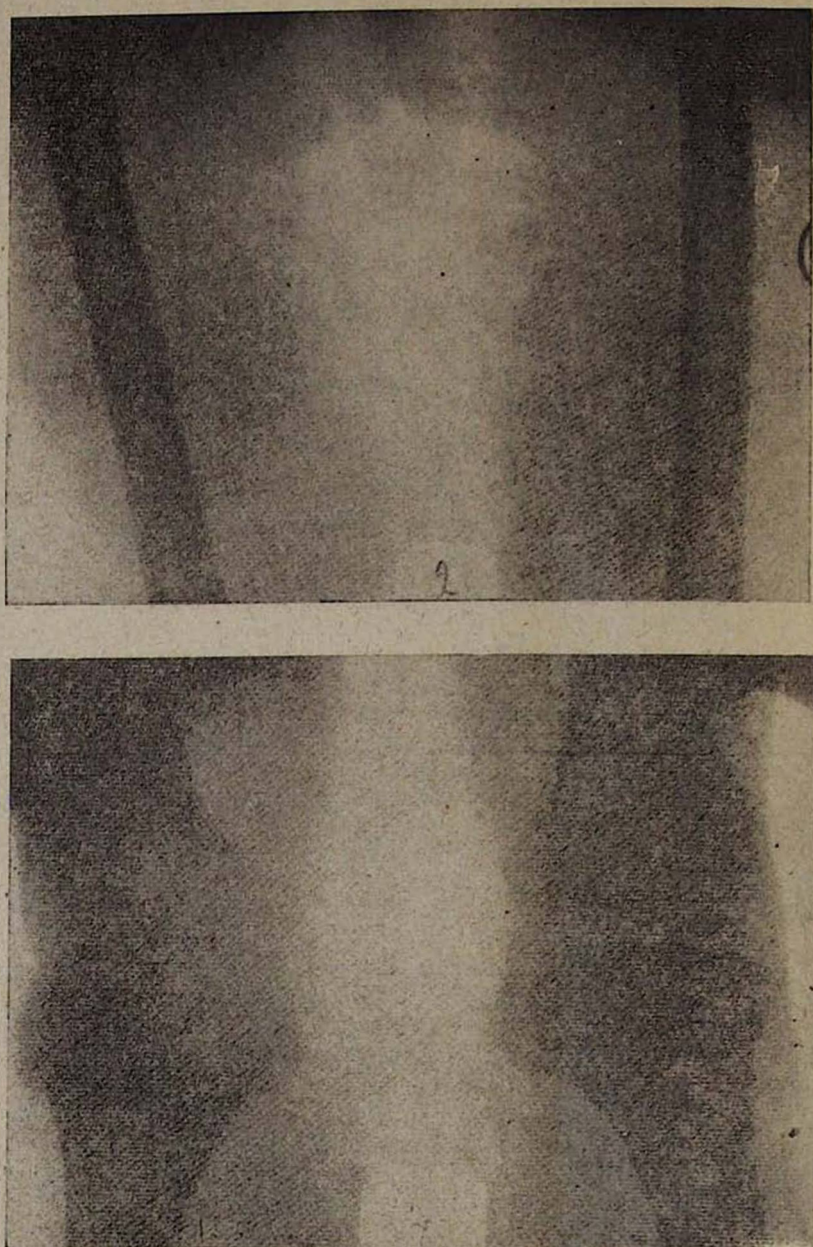


Рис. 2. Артериограмма бедренных артерий (больного Б. 64 лет), произведенная во время операции. Непроходимость бедренных артерий, деформация и перерыв левой глубокой артерии бедра, отсутствие контрастирования подколенных артерий. Реконструктивные операции противопоказаны.

Из 18 больных с аорто-подвздошными окклюзиями лишь у 7 бедренные артерии оказались проходимыми на всем протяжении, что выявилось на ангиограммах, полученных во время операции. При ревизии брюшной аорты и подвздошных артерий у

1 больного были найдены столь резкие атероматозные изменения их стенок, что наложение зажима было невозможным без риска вызвать перелом сосуда. У остальных удалось произвести реконструктивные операции: у 2 больных было выполнено подвздошно-бедренное шунтирование, у 2 больных—интимтромбэктомия с наложением заплаты из аутовены, у 1 больного—подвздошно-бедренное протезирование пластмассовым протезом с использованием собственной вены, у 1 больного резекция обеих подвздошных артерий с подвздошно-бедренным протезированием.

Таким образом, у 18 больных с аорто-подвздошными окклюзиями необходимости в предоперационной аортографии не было, так как пальпаторное и визуальное исследование сосудов во время операции и ангиография обнаженной бедренной артерии дали достаточную информацию о показаниях и противопоказаниях к реконструкции сосудов.

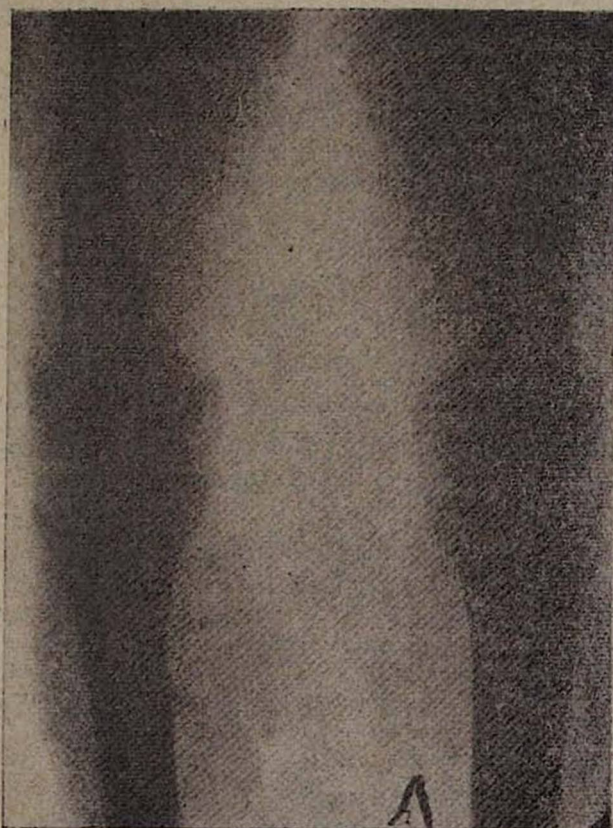


Рис. 3. Артериограмма бедренных артерий (больного Д. 57 лет) с окклюзией обеих подвздошных артерий и сегментарной окклюзией обеих бедренных артерий. Хорошее состояние коллатералей между глубокой артерией бедра и бедренной артерией с обеих сторон. Двустороннее шунтирование от общей подвздошной до глубокой бедренной артерии.

Некоторые авторы считают необходимой аортографию во всех случаях аорто-подвздошных окклюзий. С помощью сериографической методики обследования они получают изображение артериальной системы от брюшной аорты до артерий стоп. При таком виде исследований аортография целесообразна, поскольку на серии снимков получается изображение всех коллатералей и магистральных стволов дистальнее окклю-

зии. При единичных снимках или на обычных сериографах получить это изображение не удастся. Осложнения при транслюмбальных аортографиях отмечались многими исследователями [1,3—8,10].

В литературе отмечалась важность интраоперационной ангиографии для определения возможности реконструкции артерии, и нецелесообразность ее при односторонних или двусторонних окклюзиях подвздошных артерий [2].

Наш опыт также позволяет ограничить показания к транслюмбальной аортографии при окклюзиях аорто-подвздошной зоны.

В ы в о д ы

1. Диагностика окклюзий сосудов аорто-подвздошной зоны основывается на характерных симптомах и физикальных методах исследования. Контрастные методы исследования сосудов до операции не дают возможности определить показания к реконструктивным оперативным вмешательствам.

2. Операбильность больных с аорто-подвздошными окклюзиями зависит от состояния бедренных артерий и глубоких артерий бедра. При их облитерации или резких степенях атеросклероза реконструктивные операции любого типа не показаны.

3. Основными способами определения операбильности больных с аорто-подвздошными окклюзиями являются осмотр сосудов во время операции, пальпация и интраоперационная ангиография.

Институт трансплантации органов
и тканей АМН СССР

Поступило 29.V 1970 г.

б. վ. ՊՈՏԵՄԿԻՆԱ, ր. Մ. ԼԻՉԿՈՎՍԿԻ, վ. Ի. ՊԱԽՈՄՈՎ

ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ ԵՎ ՎԻՐԱՐՈՒԺԱԿԱՆ ՏԱԿՏԻԿԱՆ ԱՈՐՏՈՆԵՐԹԱԶԴԻՐԱՅԻՆ
ԽՑԱՆՈՒՄՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա մ փ ն փ ն ի մ

Սեփական հետազոտություններից ելնելով հեղինակները հանգում են այն եզրակացության, որ աորտո-ինֆարտային զոնայի անոթների խցանման ակտորոշումը հիմնվում է յուրահատուկ քիմպոմենների և հետազոտման ֆիզիկալ մեթոդների վրա: Այդ հիվանդների վիրահատման հնարավորությունը կախված է ազդրային և ազդրի խորանից զարկերակների վիճակից, նրանց խցանման կամ աթերոսկլերոզի արտահայտված դեպքերում:

POTOMKINA E. V., DICHKOVSKY R. M., PAKHOMOV V. I.

DIAGNOSTICS AND SURGICAL TACTICS IN TREATMENT OF PATIENTS WITH AORTA-ILIAC OCCLUSIONS

S u m m a r y

The authors have concluded that the diagnostics of blood vessel occlusions in aorta-iliac zone is based on the characteristic symptoms and physical methods of investigations.

The indication of these patients being operable depends upon the state of femoral arteries and the profound arteries of the thigh. Reconstructive operations are not indicated in the case of obliterations or in great degrees of atherosclerosis.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. *Anthony J. E.* A. M. A. Arch. Surg., 1958, 1, 28—34.
2. *Barker W. F.* Surgery, 1954, 36, 233—236.
3. *Boyarsky S. J.* A. M. A., 1954, 156, 599—602.
4. *Büchner H., Suezac S.* Thoraxchirurgie 1963, 10, 4, 478—488.
5. *Ciccantelli M. J., Gallagher W. B., Skemp F. C., Dietz P. C.* New. Engl. J. Med., 1958, 258, 433—435.
6. *Conder K. B., Reardon H., Arey J. A.* M. A. Arch. Surg., 1957, 74, 287—293.
7. *Crawford E. S., Beal A. C., Mayer J. H., De Kaey M. E.* Surg. Gynec. Obst., 1957, 104, 129—141.
8. *Johnson J. K.* Arch. Surg., 1954, 69, 5, 663—668.
9. *Meitfee J. G.* Radiology, 1957, 68, 6, 825—838.
10. *Tokaro T., Peashy R. D. et al.* Arch. Surg., 1959, 79, 6, 1023—1027.
11. *Samuel E., Denny M. A.* M. A., Arch. Surg., 1958, 542—545.