

Роль реваскуляризации висцеральных артерий в профилактике абдоминальной ишемии при аорто-бедренных реконструкциях

В.М. Агабекян, Г.Г. Григорян, З.М. Петросян, В.С. Казарян

*РМЦ "Армения", Центр хирургии сосудов
375078 Ереван, ул. Маркарян 6*

Ключевые слова: хроническая, абдоминальная ишемия, нижняя брыжеечная артерия, висцеральные реваскуляризации

Вопрос о показаниях к коррекции висцерального кровотока при аорто-бедренных реконструкциях до сих пор вызывает разноречивые суждения клиницистов. Это относится в основном к нижней брыжеечной артерии (НБА). Большинство авторов считают, что во время аорто-бедренной реконструкции нужно восстановить кровоток по указанной артерии [1–3], а остальные указывают на безопасность ее лигирования [4,5,6]. Однако частота острых расстройств кровообращения кишечника, возникшая в раннем послеоперационном периоде, колеблется от 1 до 2% и остается одной из главных причин летальности (3,3%) [4–8].

Причины, обуславливающие развитие ишемии кишечника, делят на две группы: нарушения проходимости брыжеечных артерий и изменения гемодинамики в сосудах, являющихся важными коллатеральными для кишечника. Наиболее часто ишемия кишечника развивается в результате повреждения НБА при выделении терминального отдела аорты. Для причин второй группы выдвигается так называемый "синдром аортоподвздошного обкрадывания" абдоминального кровотока вследствие перераспределения потока крови в нижние конечности [9,10]. Наличие данного синдрома в настоящее время многими авторами оспаривается. Веским доказательством подобной концепции является факт, что поражение висцеральных ветвей наблюдается чаще, о чем свидетельствуют данные аутопсии и ультразвуковых и рентгеноконтрастных методов исследований, в то время как острые нарушения висцерального кровообращения встречаются значительно реже [11, 12].

С другой стороны, аорто-бедренные реконструкции, выполненные изолированно, без учета исходного состояния и компенсаторных возможностей висцерального кровообращения, нередко могут приводить к возникновению или усугублению уже имеющейся клинической картины синдрома хронической абдоминальной ишемии (СХАИ).

С целью разработки показаний к реваскуляризации висцеральных ветвей мы изучали частоту, объем и

характер поражения последних при различных по генезу патологических состояниях, а также частоту и тяжесть послеоперационных желудочно-кишечных осложнений у больных после коррекции абдоминального кровотока при аорто-бедренных реконструкциях или без них.

Материал и методы

Проанализированы истории болезни 162 пациентов с поражением брюшной аорты и артерий конечностей, оперированных в Центре хирургии сосудов РМЦ "Армения" в период с 1988 по 2001г. Среди больных преобладали лица мужского пола (95%) в возрасте от 44 до 76 лет.

В 140 наблюдениях (86, 4%) причиной окклюзирующего поражения является атеросклероз, а в 18 (11,1%) – неспецифический аортоартрит, в 4 (2,5%) – тромбоз бифуркации брюшной аорты.

Сочетанное поражение висцеральных ветвей брюшной аорты выявлено в 108 наблюдениях (66,6%). В основном (около 98,7%) причиной поражений висцеральных артерий был атеросклероз.

Помимо общеклинических методов, поражения мезентериальных артерий выявлены ангиографией и дуплексным сканированием артерий брюшной полости. Мы располагаем опытом около 42 наблюдений реваскуляризации висцеральных ветвей при аорто-бедренных реконструкциях.

Результаты и обсуждение

Тяжесть клинических расстройств зависит не только от количества вовлеченных в патологический процесс висцеральных ветвей, но и от их значимости в абдоминальном кровообращении, этиологии поражений, а также сопутствующей артериальной гипертензии.

Исходя из этого, при дооперационном обследовании больных необходимо не только установить поражение висцеральных ветвей, но и определить функциональное состояние межбрыжеечного анастомоза с целью оценки его компенсаторных возможностей. Такие возможности дают в последнее время широко внедряемые в практику неинвазивные методы, в частности дуплексное сканирование артерий брюшной полости.

Наши наблюдения показали, что при аорто-бедренных окклюзиях хорошее развитие межбрыжеечного анастомоза наблюдается далеко не всегда, а следовательно, и не во всех случаях при лигировании НБА гарантирован адекватный кровоток в бассейне кровоснабжения НБА, что и обуславливает активную хирургическую тактику в отношении указанной артерии при аорто-бедренных реконструкциях.

Мы считаем, что при наличии соответствующих условий необходимо восстановить кровоток по НБА, что обеспечивает адекватное кровоснабжение левой половины толстой кишки и прекращает обкрадывание кровотока из бассейна проксимальных висцеральных ветвей. Реконструкцию пораженных проксимальных висцеральных ветвей производят в тех случаях, когда последние оказываются в зоне оперативного вмешательства и при наличии СХАИ. Для включения в кровоток НБА чаще используется чревоартериальная эндоартерэктомия из ее устья и реплантация ее в основную или левую ветвь эксплантата, реже – протезирование артерий аутовенным или линейным эксплантатом. В наших наблюдениях эндоартерэктомия выполнена у 32

больных, реплантация в эксплантат – у 10.

При анализе отдаленных результатов хирургического лечения в течение 5–6 лет основное внимание нами уделялось динамике СХАИ у больных в зависимости от реваскуляризации висцеральных ветвей. Так, после реваскуляризации брыжеечных артерий осложнений со стороны кишечника не отмечено. У 28 больных наблюдалось возникновение или прогрессирование абдоминального симптомокомплекса. Острое нарушение висцерального кровообращения в 4 наблюдениях послужило причиной летального исхода (причина – острый тромбоз брыжеечных артерий). Во всех остальных случаях СХАИ не выявлен из-за компенсаторных возможностей и степени пораженности меэнтеральных ветвей.

При обследовании тканевого мышечного кровотока нижних конечностей у больных с включением в кровоток нижней брыжеечной артерии и без него установлено, что в результате реконструкций этой артерии кровоток в мышцах увеличивается на 14 % [5].

Таким образом, реваскуляризация нижней брыжеечной артерии имеет значение не только для кровообращения кишечника, но и для улучшения коллатерального кровотока нижней конечности.

При выполнении аорто-бедренных реконструкций следует учитывать имеющееся поражение висцеральных ветвей брюшной аорты, оценивать тяжесть циркуляторных расстройств висцерального кровообращения и при необходимости ставить вопрос о коррекции кровотока по брыжеечным артериям.

Поступила 18.05.01

Աորտա-ագորային վերակառուցողական վիրահատությունների ժամանակ ընդերային զարկերակների արյան շրջանառության վերականգնման նշանակությունը որովայնային իշեմիայի կանխարգելման գործում

Վ.Մ. Աղաբեկյան, Գ.Գ. Գրիգորյան, Զ.Մ. Պետրոսյան, Վ.Ս. Ղազարյան

Դիտարկվել են 162 վերակառուցողական վիրահատությունների արդյունքները, որոնք կատարվել են «Արմենիա» ՀԲԿ-ի անոթային վիրաբուժության կենտրոնում: 108-ի մոտ ախտորոշվել է ընդերային զարկերակների համակցված ախտահարում՝ զարկերակների խցանիչ հիվանդությունների պատճառով: 42 հիվանդի մոտ կատարվել է ընդերային զարկերակների վերականգնում՝ վերջինիս տեղադրումով զարկերակային պրոթեզի վրա կամ միջա-

դրյալ էնդարտերեկտոմիայի ճանապարհով: Արդյունքները ցույց են տալիս, որ աորտա-ագորային վերակառուցողական վիրահատությունների ժամանակ պետք է հաշվի առնել ընդերային զարկերակների ախտահարվածության աստիճանը, գնահատել ընդերային արյան շրջանառության ցիրկուլյատոր հնարավորությունները և անհրաժեշտության դեպքում կատարել դրանց վերականգնում:

The role of revascularization of visceral arteries in prophylaxis of abdominal ischemia at aortofemoral reconstructions

V.M. Agabekian, G.G. Grigorian, Z.M. Petrosian, V.S. Kazarian

Affection of the visceral branches of the abdominal aorta was diagnosed in 108 out of 162 patients subjected to aortofemoral reconstructions. The clinical picture of affection of the visceral branches is analyzed according to the extent of their involvement and the genesis of the occlusive process. The authors possess experience in 42 cases with revascularization of the visceral branches in

aortofemoral reconstructions. The retrospective analysis of the frequency and severity of gastrointestinal complications in the early and late postoperative periods allowed the authors to formulate the indications and elaborate the optimal extent of reconstruction of the visceral branches depending on the character of their affection and the course of the occlusive process.

Литература

1. Вахидов В.В., Князев М.Д., Гамбарин Б.Л. Хирургическое лечение осложнений реконструктивных операций на аорте и артериях нижних конечностей. Ташкент, 1985.
2. Волкалаков Я.В., Тхор С.Н. Реконструктивная хирургия брюшной аорты. Л., 1981.
3. Гавриленко А.В. Хирургия, 1987, 12, с. 19.
4. Князев М.Д., Белорусов О.С., Золотавин А.А. Вестник хирургии, 11, 1979, с.3.
5. Покровский А.В., Спиридонов А.А. и др. Хирургия, 1976, 5, с. 78.
6. Покровский А.В., Казанчян П.О., Юдин В.И. и др. Хирургия, 1989, 3, с.11
7. Ретнер Г.Л., Азгуз В.К. Вестник хирургии, 1982, 9, с. 69.
8. Boley S.J., Brandt L.V. et al. Curr. Probl. Surg., 1978, 4, p.15.
9. Erosl C.B. Surgery, 1983, 93, 1, p. 443.
10. Kim M.W. et al. Amer. J. Surg., 1988, 145, 3, p. 392.
11. Pokrovsky A.V., Kazanchian B.O. J. Angiol., 1985, 4, 2, p. 181.
12. Vollmar J. Longen becs. Arch. Chir., 194, 337, p. 353.