

Отдаленные результаты аорто-бедренных реконструктивных операций

В.М. Агабекян

РМЦ «Армения», Центр хирургии сосудов
375078 Ереван, ул. Маркарян, 6

Ключевые слова: аорто-бедренная реконструкция, кумулятивная проходимость протеза, профундопластика, повторные реконструкции

Аорто-бедренные реконструкции являются одним из основных методов лечения ишемии нижних конечностей. Различные аспекты их применения, включая показания и противопоказания, широко освещены в современной литературе [12–15]. Восстановление кровообращения в конечностях после первичных реконструктивных операций составляет 85–97%, а летальность колеблется от 0,5 до 8% [5,6,12].

Истинные результаты реконструктивных операций при окклюзирующем поражении аорто-бедренного сегмента оцениваются достаточно редко, так как проследить за функционированием имплантированных трансплантатов не всегда удается из-за смерти больных от причин, связанных и не связанных с операцией. В основном эти данные представлены за периоды от 1,5 до 8 лет, частота нарушения функционирования протеза колеблется от 7 до 18% [9–12]. Поскольку часть больных оперируется в молодом возрасте, рассмотрение качества их дальнейшей жизни требует более тщательного анализа отдаленных результатов. Кроме того, представляется необходимым изучение результатов операций в зависимости от уровня первичной артериальной реконструкции и исходной степени ишемии конечностей.

Материал и методы

В период с 1987 по 2002 г. в Центре хирургии сосудов РМЦ «Армения» выполнено 176 реконструктивных операций аорто-бедренного сегмента. Среди оперированных больных преобладали лица мужского пола (95%). Средний возраст пациентов 64,2 года (от 44 до 75 лет). Работа основана на отдаленных результатах операций 90 (51,2 %) пациентов, которые в отдаленные

сроки (около 10 лет) с определенной периодичностью находились под наблюдением.

Причиной поражения артериального русла в 153 (87 %) наблюдениях был облитерирующий атеросклероз, в 18 (10,2%) – неспецифический аортоартерит, в 5 (2,8 %) – тромбоз бифуркации аорты. У 40 (22,7 %) пациентов окклюзирующие изменения чаще ограничивались аортоподвздошным уровнем, у 92 (52,3 %) отмечалось вовлечение 2 сегментов (аортоподвздошного и бедренного) и приблизительно каждый 4-й больной имел трехуровневое поражение. Степень хронической ишемии нижних конечностей определяли по классификации R. Fantaine. В 35,2% случаев имелась ишемия правой нижней конечности, в 27,2% – левой, а в 37,6% наблюдений обе конечности были поражены одинаково. У большинства больных отмечалась ишемия IIб степени (рис.1).

Из сопутствующих заболеваний преобладали ИБС, сахарный диабет, хронические заболевания легких и почек. Среди факторов риска преобладало курение (почти 80 %). Все операции выполнялись срединной лапаротомией или забрюшинным доступом в условиях общей анестезии. В качестве протеза использовались советские протезы фирмы «Север» и американские PTFE протезы (Gore-Tex и Bard). Проксимальный анастомоз накладывался в основном по типу конец в бок, а при высоком тромбозе аорты – конец в конец. Дистальные анастомозы формировались с бифуркацией или с самой общей бедренной артерией, а в некоторых случаях сочетались с профундопластикой (42,7%). В последнее время отмечается тенденция к более широкому выполнению профундопластики [1–4].

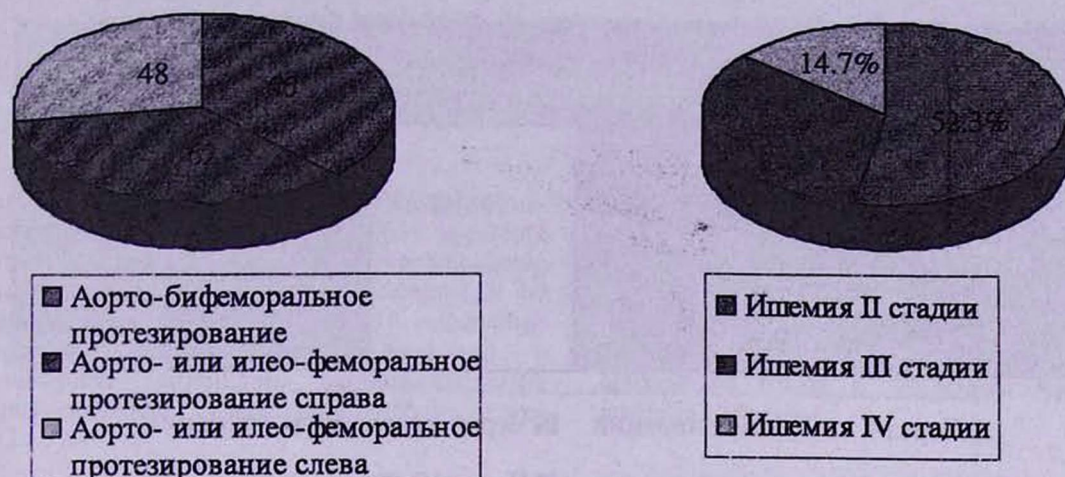


Рис. 1. Распределение больных по степени ишемии и типу оперативных вмешательств

Необходимым условием реваскуляризации конечности только через бассейн глубокой артерии бедра при двухэтажном поражении являлись: просвет ГБА более 0,4 см и наличие хорошо развитой системы коллатералей ГБА, обеспечивающей малое периферическое сопротивление и, соответственно, хороший кровоток по шунту к ГБА (130 мл/мин). Вынужденными показаниями были: окклюзия магистральных артерий голени и отсутствие адекватного пластического материала для дистальной реконструкции.

Результаты и обсуждение

Анализ результатов хирургического лечения осуществляли на основании данных клинического осмотра больного, его жалоб, ультразвуковой доплерографии для определения лодыжечно-плечевого индекса и дуплексного сканирования сосудов.

В послеоперационном периоде 30-дневный внутригоспитальный летальный исход отмечен у 14 больных (7,9%) (по данным литературы от 1,9 до 9%) [7,8,12,14]. Причинами смерти явились: инфаркт миокарда (5), инсульт (2), почечно-печеночная недостаточность (3), острая анемия (2), интоксикация и сепсис (2). Как и в других статистиках, 42% летальных исходов были обусловлены осложнениями со стороны сердца [16–20]. Поэтому правильная предоперационная оценка состояния миокарда позволяет решить приоритетность аортокоронарного шунтирования и аорто-бедренной реконструкции, особенно при ишемии II и III степени. При ишемии IV степени приоритетным является спасение конечности.

Окклюзия протеза в течение первых 30 суток по-

сле операции послужила причиной выполнения 11 повторных вмешательств, после которых 2 больных умерли, а у двух пришлось ампутировать конечности после безуспешных попыток восстановить проходимость протеза.

• Кумулятивная проходимость протезов через год после операции составила 87,5%, через 3 года – 76,1%, через 5 лет – 70,1% (рис.2).

Удовлетворительными считали результаты, при которых сохранялась полная проходимость эксплантата и отсутствовало выраженное прогрессирование ишемического синдрома с развитием трофических изменений тканей. Результаты проведенных исследований свидетельствуют об эффективности снижения оперативных вмешательств в первые три года, после чего происходит их выравнивание. Аналогичные отдаленные результаты приводят и другие авторы [7–9], литературные данные [9–14] показывают, что отдаленные результаты реконструктивных операций на аорте и артериях нижних конечностей зависят от многих причин: этиологии окклюзивного процесса, степени пораженности артериального русла, вида реконструктивной операции (после протезирования наблюдается большее число осложнений, чем после шунтирующих операций), пластического материала и состояния проксимального и дистального (относительные зоны первичной операции) артериального русла. В отдаленном периоде выявлена группа больных, составляющая 18–33% первично оперированных [2, 4–7], с поздними осложнениями реконструктивных операций, нуждающихся в повторных операциях на эксплантатах или дезоблитерированных артериях. Следует отметить, что повторным операциям аорто-подвздошный сегмент подвергается чаще, чем бедрен-

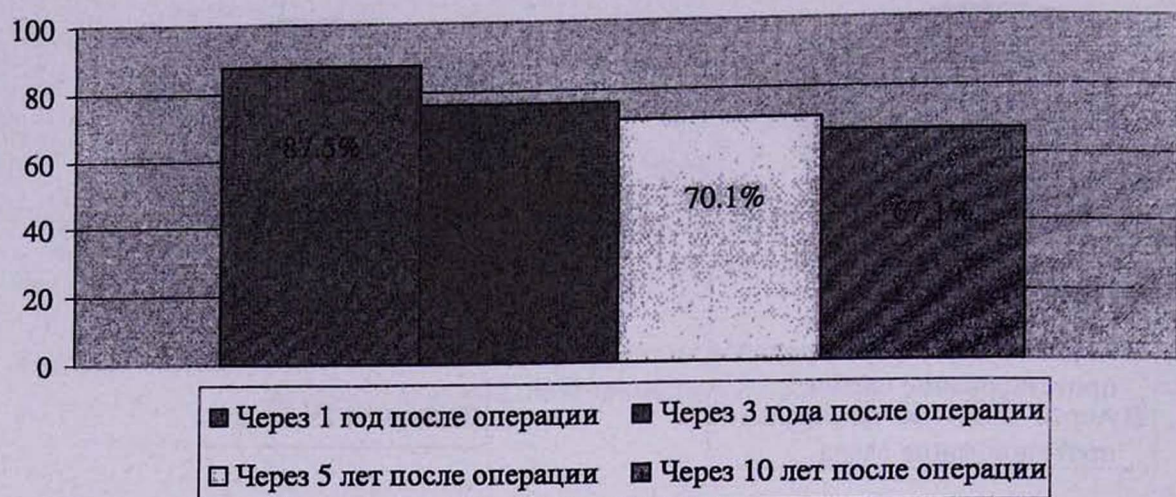


Рис. 2. Кумулятивная проходимость протезов

но-подколенный, однако в этих сегментах выполняется примерно одинаковое число операций. Это можно объяснить тем, что при реокклюзии эндартерэктомизированной бедренной артерии или после тромбоза бедренно-подколенного шунта компенсация кровообращения конечности обеспечивается функционирующей глубокой артерией бедра, и большие повторным операциям не подвергаются. Главными причинами поздних реокклюзий аорто-бедренных трансплантатов являются прогрессирование атеросклероза в дистальном русле и интимальная гиперплазия в области анастомоза, чаще дистального [3,7]. В наших наблюдениях повторные вмешательства у 38 больных (21,6%) позволили повысить уровень пятилетней проходимости с 71,5 до 85,5%. Во всех случаях во время повторной операции первоначально производилась ревизия дистального анастомоза и тромбэктомия из бранши протеза, после чего ликвидировался стеноз дистального анастомоза. С этой целью использовались виды вмешательств: пластика анастомоза (с расширением устья ГБА и угла анастомоза) аутовенозной или PTFE-заплатой без его переналожения; открытая дезоблитерация области дистального анастомоза и бифуркации общей бедренной артерии с одним из вариантов ауто-

пластики и последующим переналожением дистального анастомоза по типу "конец в бок" или "конец в конец"; резекция дистального анастомоза вместе с устьями поверхностной и глубокой бедренных артерий с последующим протезированием надставкой из тканевого или PTFE-протеза, при этом в случае проходистой ГБА последняя имплантировалась в нижнюю стенку протеза.

Кумулятивная десятилетняя выживаемость, составляющая в нашей группе 67,1%, значительно превосходила выживаемость в других статистиках [5,6,9,10]. Хотя объяснением этому может быть только исходная разнородность групп наблюдения, данный факт, в противоположность раннее распространенным взглядам, может указывать и на то, что бифуркационное протезирование при изолированном подвздошном поражении способно улучшить отдаленную выживаемость.

Поскольку данные о проходимости протезов, выживаемости и спасении конечностей за длительный период наблюдения оказались лучше, чем в более ранних сообщениях, целесообразно пересмотреть критерии отбора больных для аорто-бедренных реконструкций в сторону их расширения.

Поступила 23.10.02

