

УДК 616.8-009.186-089.843

АНЕВРИЗМЫ АНАСТОМОЗОВ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ж.К. Казтуганов

Представлены результаты хирургического лечения больных с аневризмами анастомозов, развившихся у пациентов, оперированных в аорто-подвздошно-бедренной зоне с применением синтетических бифуркационных и линейных протезов. Доказана эффективность повторных реконструктивно-пластических операций в области дистальных анастомозов у больных с восстановлением кровотока.

Ключевые слова: анастомоз; аневризма; протезирование сосудов; реконструктивно-пластическая операция.

ANEURYSMS ANASTOMOSES AFTER REVASCULARIZATION OF THE LOWER LIMB

Zh.K. Kaztuganov

The article presents the results of surgical treatment in patients with aneurysms anastomoses developed in patients operated on the aortic-iliac-femoral area with synthetic and linear bifurcation prosthesis. The efficacy of repeated reconstructive plastic surgery in the distal anastomoses in patients with restoration of blood flow.

Keywords: anastomosis; aneurysm; vascular prostheses; reconstructive and plastic surgery.

Актуальность. В общей структуре сердечно-сосудистых заболеваний окклюзионно-стенотические поражения артериального русла нижних конечностей занимают второе место, уступая первенство ишемической болезни сердца [1–4]. По данным Л.А. Бокерия (2006), ежегодно в России производится более 5000 оперативных вмешательств по поводу облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей (ОЗАНК), что составляет 12–14 % от всех оперативных вмешательств на артериальной системе. Реконструктивные операции на аорто-бедренном сегменте являются одними из самых распространенных в ангиохирургии (А.В. Покровский и соав., 2004).

Непосредственный успех хирургического лечения аорто-бедренных окклюзий с купированием симптомов ишемии конечностей возвращает к трудоспособности значительную часть больных в ближайшие сроки после реконструктивных операций (Н.А. Макаров и соавт., 2005). В то же время возникновение поздних местных осложнений в отдаленные сроки сводит на нет успех реконструктивной операции, обуславливает инвалидизацию успешно оперированных больных или требует выполнения у них повторных оперативных вмешательств (А.А. Спиридонов и соав., 2003).

Материалы и методы исследования. В отделении хирургии сосудов Областной клинической

больницы г. Уральска с 2000 по 2014 г. выполнена 241 реконструктивная операция в аорто-подвздошно-бедренной зоне с применением бифуркационных и синтетических протезов. У 18 (7,2 %) больных возникла 21 аневризма анастомозов в сроки от 3 мес. до 8 лет после операции, в том числе в первые 1–2 года у 5 пациентов, в более поздние сроки – у 13 больных. Образование аневризм в ближайшие сроки наблюдения через 3–11 мес. у 3 больных было связано с техническими погрешностями выполнения первичных операций.

Все оперированные – мужчины, средний возраст которых составлял 54 ± 3 года, 50 % пациентов страдали артериальной гипертонией. У 4 больных были аневризмы проксимальных анастомозов: аорты с протезом – у 2, подвздошной артерии с протезом – у 2. В месте анастомоза протеза с бедренной артерией в паховой области локализовались 16 аневризм.

Всем больным были произведены аорто-ангиографические, радионуклидные (изотопная ангиография, определение мышечного кровотока конечности) и ультразвуковые (дуплексные, доплерография) исследования. Основной целью комплексных диагностических исследований явились анатомическая локализация аневризм оперированных сосудов, состояние проксимального и дистальных артериальных русел с целью опреде-

ления возможности повторных оперативных вмешательств по устранению аневризм и восстановлению магистрального кровотока.

Полученные результаты. Аневризма дистального анастомоза в 3 наблюдениях не выявлена, так как мешок ложной аневризмы был заполнен кровью. Основными клиническими проявлениями аневризм оперированных сосудов у 13 больных были постепенно увеличивающееся пульсирующее образование в паховой области, незначительная боль, отсутствие признаков выраженного нарушения кровообращения дистальнее аневризмы в конечностях. У 2 больных в анамнезе отмечались резкие разгибательные движения в тазобедренном суставе и появление припухлости в паховой области в течение 24 часов, у одного больного имела место тупая травма верхней трети бедра в области дистального анастомоза.

Неотложная операция в 1-е сутки была показана 2 больным. У одного больного с разрывом аневризмы проксимального анастомоза выполнена резекция инфраренального отдела аорты с удалением основной части бифуркационного протеза с восстановлением кровотока по подвздошным протезам с интерпозицией бифуркационного протеза. У одного больного с двусторонней аневризмой протезно-бедренного анастомоза тромбозом одной из бранш и выраженной ишемией конечности иссечена аневризма, перевязаны бранши протеза из-за отсутствия периферического русла, а на контралатеральной стороне выполнено репротезирование.

Оперированы в плановом порядке 16 больных. У одного больного с аневризмами трех анастомозов выполнены повторная операция устранения аневризмы и пластика дистальных анастомозов, а от операции устранения аневризмы аорто-протезного анастомоза он воздержался. В течение 2 лет находится под наблюдением. Двум больным с аневризмами проксимальных анастомозов после подвздошно-бедренных протезирований из внебрюшинного доступа иссечены аневризмы подвздошно-протезного анастомоза с репротезированием проксимального анастомоза.

При аневризмах дистальных анастомозов разрезом над паховой связкой выделяли протез в забрюшинном пространстве, затем обнажали бедренную артерию и глубокую артерию бедра, иссекали аневризматический мешок, выполняли различные виды повторных пластических способов восстановления дистальных анастомозов. Простое ушивание дефекта произведено – 2 пациентам, повторная операция с интерпозицией синтетического протеза с подключением глубокой артерии бедра (ГАБ) – 3, бедренной артерии (БА) – 6, с подклю-

чением БА, ГАБ и дополнительной пластикой глубокой артерии бедра – 4, удаление бранши протеза по поводу инфекции аневризматического мешка после подвздошно-бедренного протезирования – 1 больному.

При повторных операциях установлено: несостоятельность анастомоза по наружнолатеральной губе на протяжении 1,5–2 см отмечена в 5 наблюдениях, по медиальной губе – в 4, дегенеративные изменения стенки сосудов – в 4, инфекция – в 1 случае, технические и тактические ошибки хирурга – в 3, в 3 наблюдениях причину образования аневризмы установить не удалось.

Следует отметить, что при первичных операциях у 14 пациентов дистальные анастомозы были наложены по типу “конец в бок” и во всех случаях предшествовали лимфорееи различной степени выраженности. Один больной перенес повторную экстренную операцию по реконструкции дистального анастомоза по поводу острого тромбоза бранши аорто-бифуркационного протеза.

В послеоперационном периоде от инфицирования протеза и развития сепсиса умерли 2 больных. Рецидив аневризм наступил у 3 больных, которые оперированы повторно с хорошими клиническими результатами. У одного больного с тромбозом протеза и нарастающей ишемией конечности была произведена ампутация на уровне средней трети бедра.

Таким образом, результаты повторных оперативных вмешательств аневризм оперированных сосудов, развившихся после реконструктивно-восстановительных операций при окклюзионных поражениях аорто-подвздошно-бедренной зоны, свидетельствуют о высокой эффективности метода. Методом выбора при аневризмах проксимальных и дистальных анастомозов аорто-бедренных протезирований являются реконструктивно-пластические операции по устранению аневризм с восстановлением кровотока.

Выводы

1. В диагностике аневризм проксимальных анастомозов важное значение имеют ультразвуковые, радионуклидные и аорто-ангиографические методы исследования.

2. После реконструктивных операций на аорто-бедренных реконструктивных операциях с применением синтетических протезов чаще развиваются ложные аневризмы дистальных бедренных анастомозов.

3. Методом выбора является повторные реконструктивно-пластические операции устранения аневризмы с восстановлением магистрального кровотока.

Литература

1. Плечев В.В. Острая непроходимость магистральных артерий конечностей / В.В. Плечев, В.М. Тимербулатов, А.И. Шестаков и др. // Очерки сердечно-сосудистой хирургии: монография; под ред. В.В. Плечева, Р.П. Козленко. Уфа, 2002. С. 169–190.
2. Плечев В.В. Коарктация аорты / В.В. Плечев, И.И. Семенов, А.М. Караськов и др. Уфа; Новосибирск, 2005. 248 с.
3. Плечев В.В. Профилактика инфекционных осложнений в хирургии аорты и ее ветвей / В.В. Плечев, А.И. Шестаков, А.И. Мурысева и др. // Избранные главы госпитальной хирургии: монография / под ред. В.В. Плечева, В.М. Тимербулатова. Уфа, 2007. С. 333–346.
4. Плечев В.В. Профилактика инфекционных осложнений в реконструктивной хирургии аорты и ее ветвей: методические рекомендации / В.В. Плечев, А.И. Шестаков, А.Р. Хафизов и др. Уфа, 2006.