

## ВИБІР МЕТОДУ РЕКОНСТРУКЦІЇ ПРИ РЕОКЛЮЗІЇ СТЕГНОВО-ПІДКОЛІННО-ГОМІЛКОВОГО СЕГМЕНТА

Корсак В.В., Микита А.І., Корсак Ю.В., Липчей О.С.

ужгородський державний університет, кафедра госпітальної хірургії

Серед різноманітних форм та локалізацій облітеруючих захворювань артерій нижніх кінцівок значна частка припадає на ураження стегново-підколінних сегментів. При лікуванні хворих з оклюзією даного сегмента виникає найбільше дискусійних питань.

В світовій літературі постійно обговорюються питання, пов'язані з хірургічним лікуванням цієї категорії хворих. Аналізуються соціальні та економічні аспекти даної проблеми. Кількість ампутацій досягає 16 -37% [1]. За даними всіх хірургічних клінік США щорічна кількість ампутацій вносить щороку більше 9 млрд. доларів. Більшість авторів вважає, що реконструктивна операція обходиться значно дешевше, ніж ампутація кінцівки з подальшим протезуванням. Важливо і те, що летальність після ампутації переважає такову після реконструктивних операцій. Нерідко первинна реконструктивна операція не вирішує проблеми внаслідок багатоповерховості оклюзуючого ураження та прогресування атеросклеротичного процесу. Це заставляє хворих знову звертатися за допомогою для вирішення питання про повторну реконструкцію.

Основним критерієм при вирішенні питання про повторну реконструкцію являється ступінь ішемії нижніх кінцівок. Дані, опубліковані авторами, свідчать про те, що до 70% хворих, яким показане повторне оперативне втручання, мають важку ішемію раніше оперованої кінцівки [3]. Важкість ішемії кінцівки є неблагоприємним фактором, що негативно впливає на результати повторного втручання. Враховуючи велику кількість незадовільних результатів, деякі автори пропонують розширити показання до первинної ампутації, обґрунтовуючи свою точку зору тим, що первинно виконана ампутація не потребує в дальнішому реоперації. Однак, Затевахін І.І., 1993р. [5] показав, що відновлення кровотоку благотворно впливає на загальну гемодинаміку, корегує зменшений ударний викид, знижує загальний опір, чим досягається зменшення роботи серця та покращення скоротливої здатності міокарда.

На результат реконструктивної операції впливає стан дистального судинного русла. При ураженні дитальних відділів артерій нижніх кінцівок консервативне лікування перспективне лише на початкових стадіях [4]. При явищах декомпенсації консервативне лікування малоефективне і супроводжується ампутаціями в двох третинах спостережень. При

наявності багатоповерхового ураження артерій нижніх кінцівок основною причиною, що ускладнює лікування даної групи хворих, є множинне ураження артерій гомілки. Більш, ніж у половини хворих проходить тільки одна артерія гомілки [2]. Це, звичайно, впливає на тривалість функціонування реконструкції. Тому деякі автори розширюють показання до ампутації кінцівки [4, 5]. Інші, навпаки, пропонують розширити показання до реконструктивної операції, рахуючи, що навіть стеноз артерії до 50% не є протипоказанням до накладання анастомозу. Статистика свідчить, що ампутація кінцівки не є легкою операцією і в 15 -30% спостережень супроводжується летальним кінцем, і тільки реконструктивна операція і відновлений кровоток в ураженій кінцівці можуть повернути хворому радість життя [1,6]

У відділенні судинної хірургії ОКЛ м. Ужгорода виконано 207 реконструктивних операцій на стегново-підколінно-тиб'яльному сегменті:

стегново-підколінне шунтування вище щілини колінного суглоба - 86;

стегново-підколінне шунтування нижче щілини колінного

суглоба - 39;

стегново-тиб'яльне шунтування - 18;

Ендартеректомія із стегнової та підколінної артерій - 64.

В 37 випадках (17,9%) в різні строки після операції наступила реоклюзія, яка вимагала оперативного втручання. Вік хворих від 40 до 74 років, середній вік - 62,5 років. Чоловіків було 35, жінок - 2. У переважній більшості хворих виявлені супутні захворювання: ішемічна хвороба серця та постінфарктний кардіосклероз - 64%, артеріальна гіпертензія - 15%, хронічні захворювання судин головного мозку - 6%, цукровий діабет - 15%.

Всім хворим до операції виконувалася ультразвукова доплерографія, дуплекс-сканування для визначення стану глибокої артерії стегна. 27 хворим виконана пункційна артеріографія. Операції виконувалися під спинномозковою анестезією. Основним показанням до оперативного втручання була виражена ішемія нижніх кінцівок III-IV стадіїх за Фонте-ном.

При аналізі причин реоклюзії стегново-підколінного сегменту виявлено 12 випадків неспроможності проксимального анастомозу, 24 ви-



падків неспроможності дистального анастомозу, 1 - перекут автовени. Строки виявлення ускладнення від 2 місяців до 2,4 років. В 10 випадках клінічний перебіг характеризувався явищами гострої ішемії нижніх кінцівок, в інших прогресували явища хронічної ішемії. При гострій ішемії операція виконувалася в день поступлення або на наступну добу після нетривалої передопераційної підготовки.

В групі хворих з неспроможністю проксимального анастомозу в 4 випадках виявлено стенозування здухвинних артерій, що вимагало виконання здухвинно-стегнової алошунтування, та реконструкції проксимального анастомоза. В одному випадку не вдалося відновити магістральний кровоток в кінцівці, хворому виконана ампутація на рівні стегна.

В 2 випадках причиною реоклюзії було прогресування атеросклеротичної бляшки загальної стегнової артерії; в 6 випадках - стеноз проксимального автовенозного анастомоза. В 4 із цих спостережень, на наш погляд, причиною реоклюзії був недостатній діаметр автовени ( не більше 4 мм). При повторній операції в 5 випадках виконане автовенозне розширення проксимального анастомозу, тромбектомія з шунта. В 3 випадках виконане повторне протезування:

В двох - алопротезування протезом ГОРЕ-ТЕКС, в одному - автовенозне з використанням вени протилежної кінцівки. Ретромбоз в ранньому післяопераційному періоді наступив у одного хворого, повторна реоперація ефекту не дала; виконана ампутація кінцівки.

Серед 24 хворих з неспроможністю дистального анастомозу у 8 останній накладався вище щілини колінного суглоба, що давало непоганий шанс в ефективності повторної операції. В 10 випадках дис-

тальний анастомоз був накладений на піколінну артерію нижче колінного суглоба, в 6 випадках - на тибіальні артерії.

При повторних операціях у 8 хворих виконана тромбектомія з шунта, реконструкція ( автовенозна латка) дистального анастомоза. В 10 випадках виконано більш дистальне шунтування. В 7 спостереженнях нижче колінного суглоба: за допомогою протеза ГОРЕ-ТЕКС- 3; за допомогою дакронового протеза (США) - 2; за допомогою автовени - 2. В 3 випадках виконані стегново- підколінно-гомількові реконструкції з використанням вени верхньої кінцівки.

В 6 випадках виявлено відсутність умов для реконструкції, операдії завершилися ревізією артерій гомілки.

В строки від 3-х місяців до 1 року ще у 5 хворих прогресування ішемії призвело до ампутації кінцівки. Таким чином, в 13 випадках ( 35,1%) після повторних реконструктивних операцій виконана ампутація кінцівки.

**Висновки.** 1. Після реконструктивних операцій в стегново-підколінно-гомільковому сегменті у 17,9% хворих виникає реоклюзія, що потребує оперативного втручання.

2. При неспроможності проксимального анастомозу виконується його реконструкція з вшиванням автовенозної латки.

3. При неспроможності дистального анастомозу в більшості випадків виконується більш дистальна реконструкція.

4. Після повторних операцій в стегново-підколінно-тибiальному сегменті на протязі 1 року вдається зберегти кінцівку в 64,9% випадків.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Абалмасов К.Г., Морозов К.М. "Окклюзирующие поражения артерии дистального русла. Проблемы диагностики и лечения. / часть I/. *Анналы хирургии*, №4, 1997, с.21 - 25.
2. Горбенко Ю.Ф.- Трансплантация большого сальника при тромбооблитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей. Дис... канд. мед. Наук.-М. 1987.
3. Затевахин И.И., Говорунов Г.В., Сухарев И.И.. Реконструктивная хирургия поздней реокклюзии аорты и периферических артерий. - М. 1993 .
4. Климов В.Н., Бурлева Е.П. "Тактика при тяжелой ишемии конечностей у больных с облитерирующими заболеваниями артерий" // *Вестн.хирр.*- 1984, №9, с. 52 - 55.
5. Леманев В.Л., Свинтрадзе Р.Г., Казаков Э.С. и др. "Пути снижения уровня ампутации при декомпенсированной ишемии нижних конечностей". // *Хирургия*, № 3, 1989, с. 20 - 24.
6. Покровский А.В., Казанчян П.О., Варава Б.Н. и др. " Хирургическая тактика при окклюдированных поражениях брюшной аорты и артерий нижних конечностей у больных молодого возраста." // *Хирургия*, 1986, № 10, с. 89 - 95.

## РЕЗЮМЕ

### Выбор метода реконструкции при реокклюзии бедренно-подколенно-лодыжечного сегмента

**Корсак В.В., Микита А.И., Корсак Ю.В., Липчей О.С.**

Представлены результаты 37 повторных операций при реокклюзии бедренно-подколенного сегмента. Выполнена реконструкция проксимального и дистального анастомозов. В 64,9% случаев на протяжении одного года удается сохранить конечность.



**SUMMARY****The choice of the method of reconstruction in reocclusion of the femoropopliteal segment****V.Korsak, A.I.Mikita, Yu.V.Korsak, O.S.Lipchei**

The results of 37 reoperations for reocclusion of femopopliteal segment are presented in the article. The reconstruction of proximal and distal anasthomosis had been performed. In 64.9% of cases the extrimity was saved during the first year after the operation.

---