СПОСІБ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ АРТЕРІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Русин В.І., Корсак В.В., Липчей О.С.

Ужгородський державний університет, кафедра госпітальної хірургії

Лікування хворих з важкою ішемією нижніх кінцівок, що обумовлена оклюзивними ураженнями артерій стегново-підколінно-гомілкових сегментів, залишається однією з актуальних проблем. Це підтверджується незадовільними післяопераційними результатами. Так, за даними літератури, після реконструктивних операцій в ділянці стегново-підколінно-гомілкових сегментів прохідність шунтів на протязі 5 років зберігається у 50,6 - 60,6 % пацієнтів , а на протязі 5 - 10 років - лише у 33,4 - 45,6 % оперованих [5, 7, 3]. Однією з основних причин незадовільних результатів реваскуляризації нижніх кінцівок є високий периферичний опір, який обумовлений облітерацією артерій гомілки та плантарної дуги стопи, що спостерігається у 34,3 - 54,3 % пацієнтів [8]. Це змушує судинних хірургів шукати нестандартні шляхи та методи реваскуляризації нижніх кінцівок.

Традиційно найчастіше застосовують операцію стегново-підколінного шунтування автовеною. Останнім часом дослідники приділяють велику увагу порівнянню різноманітних модифікацій застосування великої підшкірної вени. Завдяки кращим результатам найбільший інтерес представляє використання великої підшкірної вени методом in situ. В 1992. році в США було проведено обстеження 1359 раніше оперованих хворих і виявлено, що після використання великої підшкірної вени in situ результати в два рази кращі, ніж після операцій, виконаних іншими .методами [1]. Порівнюючи матеріал, представлений різними авторами та клініками, відмічається тенденція до "дисталізації" шунтуючих операцій. В середньому від 5,5 до 57,0% загального об'єму реконструктивних операцій дистальніше щілини колінного суглоба виконуються в нижній третині гомілки та на артеріях стопи [7].

А.В.Покровський із співавт.[7] представляє власний досвід застосування артеріалізації вен стопи при дистальних оклюзіях з позитивним ефектом від 62,5 до 80% хворих. Однак по мірі збільшення загальної кількості операцій, дослідники зустрілися з проблемою " венозної " стопи, іноді виявляючи навіть вологу гангрену.

А. С. Криковцов із співавт. [6] представляє результати 18 випадків шунтування біологічним протезом, виготовленим з внутрішньої грудної артерії корів. Слід відмітити, що використання штучних протезів для стегново-підколінних реконструкцій обмежено, головним чином, внаслідок відсутності в широкій клінічній практиці вдалих, за винятком протезів із PTFE, судинних замінників артерій середнього та малого діаметру. На сьогоднішній день хірурги не мають можливості вільного вибору протезів для стегново-підколінних шун-туючих операцій.

В Кемеровському науково-практичному кардіологічному центрі на протязі 20 років ведуться роботи по створенню оригінальних судинних протезів артерій середнього та малого діаметра на основі біологічних тканин. Ними був розроблений біопротез із внутрішньої грудної артерії корів. Результати клінічного застосування нових біопротезів для шунтуючих операцій на артеріях нижніх кінцівок в строки до 3 років виявилися обнадійливими і не поступаються результатам автовенозного шунтування [2].

Т.Г. Гульмурадов [4] у пацієнтів з єдиною проходимою артерією гомілки та ураженням артерій стопи перевагу віддавав прямій артеріальній реконструкції з створенням додаткових шляхів відтоку артеріальної крові у вигляді артеріо-венозної фістули в

ділянці дистального анастомоза. У верхній третині стегна виділили велику підшкірну вену разом з медіальною гілкою. Після реверсії автовенозного трансплантата формували дистальний анастомоз з проходимою тибіальною артерією, потім формували проксимальний анастомоз. Артеріо-венозну фістулу створювали в ділянці дистального анастомоза або проксимальніше нього між боковою гілкою автовенозного трансплантата та притоком близько розташованої магістральної вени по типу кінець в кінець з використанням мікрохірургічної техніки. При такому способі формування артеріо-венозної фістули виключається додаткова травматизація стінок магістральної вени та артерії.

Нами запропоновано новий спосіб стегново-підколінно-гомілкового шунтування (патент України №98084587). Його можна застосувати при первинному шунтуванні, або при повторній більш дистальній реконструкції, коли велика підшкірна вена вже використана.

Для пластики аргерій гомілки використовується латеральна підшкірна вена руки, v.cephalica, з проміжною веною ліктя,v.intermedia cubiti, яка не має клапанів. Остання використовується для створення артеріо-венозної фістули для скиду артеріальної крові.

Нами виконана дана операція у 3-х хворих з реокклюзією стегново-підколінних шунтів. У двох хворих попередньо виконано автовенозне шунтування вище щілини колінного суглоба, у одного - нижче щілини колінного суглоба. У всіх пацієнтів причиною реоклюзії була неспроможність дистального анастомозу та прогресування атеросклеротичного процесу.

В першому спостереженні виконана тромбектомія із шунта, стегново-підколінне автовенозне шунтування нижче щілини колінного суглоба з формуванням артеріо-венозної фістули в ділянці дистального анастомозу. В другому випадку виконано стегново-підколінне шунтування протезом ГОРЕ-ТЕКС на стегні, венозний шунт з латеральної вени руки проведено в підколінну ямку, де сформовано дистальний анастомоз з задньою тибіальною артерією із створенням артеріо-венозної фістули. У третього хворого за допомогою вени руки виконано дистальне шунтування задньої тибіальної артерії вище медіальної кісточки. Артеріо-венозна фістула сформована в підколінній ямці. Перевагою даного способу є накладання одного анастомозу при формуванні артеріо-венозної фістули по типу кінець фістули в бік магістральної вени.

На протязі від 2 до 4 місяців визначається чітке функціонування венозних шунтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абалмасов К. Г., Морозов К.М. " Оклюзирующие поражения артерий дистального русла. Проблемы диагностики и лечения. /Часть II /. Анналы хирургии, № 5 , 1997,с.21-26.
2. Барбараш Л.С, ,Криковцов А.С., Иванов С.В., Лучанкин А.А. ,Ануфриев А.И., Журавлева И.Ю. "Клиническая оценка результатов применения биопроте зов,стабилизированных эпоксидными соединениями, в инфраингвинальных реконструкциях артерий." Ангиология и сосудистая хирургия, 1996, №2, с.93-103.
3. Белов Ю.В., Гавриленко А.В., Косенков А.Н., Сагандыков И.Н., "Сравнительная оценка бедренно-бедренного и бедренно-подколенного шунтирования в свете отдаленных результатов."" Ангиология и сосудистая хирургия, 1996, № 1, с.98 - 106.
4. Гульмурадов Т. Г., Рахматуллаев Р.Р., Султанов Д.Д., Валиев Ш. "Выбор способа хирургической коррекции кровотока при тяжелой ишемии нижних конечностей "Ангиология и сосудистая хирургия, 1998, № 1, с. 102-113.
5. Затевахин И.И., Говорунов Г.В., Сухарев И.И. "Реконструктивная поздней реоклюзии аорты и периферических артерий" . М.,1993, с.88-108.
6. Криковцов А.С., Иванов С.В., Ануфриев А.И., Капустин А.А., Барбараш Л.С. "Выбор сосудистого протеза для бедренноподколенных аттериальных реконотрукций с дистальньм анастомозом выше щели коленного сустава. " Ангиология и сосудистая хирургия, 1998, №2, с.102-109.
7. Покровский А.В., Дан В.Н., Хоровец А.Г., Чупин А.В. "Артериализация венозного кровотока стопы в лечении тяжелой ишемии больных с окклюзиями артерий голени и нефункционирующей плантарной дугой." Хирургия, 1990, № 5, с. 35 - 41.
8. Crido E., Burnham S.D., Tinslen E.A., "Femoro-femoral graft, analysis of potency and factors influencing long-term outcome." J.Vasc.Surg., 1993, 18, 3; p.495-504.

РЕЗЮМЕ

Способ реваскуляризации артерий нижних конечностей

Русин В.И., Корсак В.В., Липчей О.С.

В работе представлены три наблюдения нового способа реваскуляризации артерий нижних конечностей с использованием подкожной вены руки.

SUMMARY

Method of revascularisation of the arteries of lower extremities

V.I.Rusin, V.V. Korsak, O.S.Lypchey

In the article three observations of a new method of revascularisation of the arteries of lower extremities with the use of saphenous vein of the arm.