

© Коллектив авторов, 2016
УДК [616.136-007.64+616.137.83/.93]:616-089.844

А. Я. Бедров¹, А. А. Моисеев¹, А. Н. Морозов², А. Л. Быкова²

УСПЕШНЫЕ ЭТАПНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТА С АНЕВРИЗМОЙ ИНФРАРЕНАЛЬНОГО СЕГМЕНТА АОРТЫ И СОЧЕТАННЫМ МНОГОУРОВНЕВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

¹ Кафедра хирургии госпитальной с клиникой (зав. — академик РАН проф. Н. А. Яицкий);

² отделение рентгеновской компьютерной томографии № 1 (зав. — А. Н. Морозов), ГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» МЗ РФ

Ключевые слова: атеросклероз, окклюзионно-стенотическое поражение артерий нижних конечностей, критическая ишемия, аневризма инфраренального сегмента аорты

Среди больных с аневризмой инфраренального сегмента аорты (АИСА) примерно у 20–30% встречается окклюзионно-стенотическое поражение артерий нижних конечностей, в том числе с развитием критической ишемии, что создает значимые проблемы в определении тактики и этапности хирургического лечения данной категории больных [2, 3].

Приводим наше наблюдение возможности успешного этапного хирургического лечения пациента старческого возраста с АИСА и сочетанным многоуровневым поражением артерий нижних конечностей.

Больной Ч., 77 лет, 13.03.2013 г. госпитализирован в хирургическое отделение нашего университета с клиникой критической ишемии левой нижней конечности. Объективно: пульсация бедренных артерий и левой подколенной артерии (лПКА) сохранена, пульсация правой подколенной артерии (рПКА) и артерий стоп отсутствует. В околопупочной области пальпируется образование с экспансивной пульсацией диаметром 10 см. По данным УЗДС, в инфраренальном сегменте аорты определяется мешковидная аневризма диаметром

6 см с массивным тромбом по передней стенке. Выполнена катетерная аортоартериография, диагноз аневризмы подтвержден, левые подвздошные, бедренные и проксимальный сегмент лПКА проходимы, на голени контрастируется единственная проходимая малоберцовая артерия (МБА).

Первым этапом в связи с явлениями критической ишемии 26.03.2013 г. была проведена реваскуляризация левой нижней конечности. Латеральным доступом в средней трети левой голени выполнена поднадкостничная резекция малоберцовой кости и мобилизована МБА диаметром 4 мм. Выполнены шунтирование от проксимального сегмента лПКА до МБА реверсированным аутовенозным трансплантатом и ампутация I, II, III пальцев левой стопы. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии, кровоснабжение левой нижней конечности компенсированное.

Спустя 3 мес, 15.08.2013 г. пациент был планово оперирован по поводу АИСА. При ревизии из срединного лапаротомного доступа установлено, что в инфраренальном сегменте аорты имеется мешковидной формы аневризма диаметром 7,5 см, верхний полюс которой располагался на 2 см дистальнее устьев почечных артерий. Нижняя брыжеечная артерия облитерирована, подвздошные артерии — с выраженными явлениями стенозирующего атерокальциноза. В связи с этим ревизованы обе общие бедренные артерии (ОБА), которые оказались пригодны для формирования анастомозов. Выполнена резекция АИСА с внутримешковым аортобедренным бифуркационным протезированием. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение.

Через 1 год после первой операции, в связи с развитием явлений критической ишемии правой нижней конечности,

Сведения об авторах:

Бедров Александр Ярославович (e-mail: abedrov@gmail.com), Моисеев Алексей Андреевич (e-mail: moiseev85@mail.ru), кафедра хирургии госпитальной с клиникой;

Морозов Алексей Николаевич (e-mail: morozovan1983@gmail.com), Быкова Александра Львовна (e-mail: lvovna83@yandex.ru), отделение рентгеновской компьютерной томографии № 1, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, 197022, Санкт-Петербург, ул. Рентгена, 12, корп. 44

пациент вновь госпитализирован. По данным КТ-ангиографии установлено: проходимые аortoбедренный бифуркационный протез и подколенно-малоберцовый аутовенозный шунт слева, субокклюзия правой ОБА дистальнее анастомоза с браншей протеза и глубокой артерией бедра (ГАБ) на протяжении, поверхностная бедренная артерия окклюзирована, на правой голени проходимы проксимальный сегмент передней большеберцовой артерии (ПББА) и задняя большеберцовая артерия (ЗББА).

31.03.2014 г. медиальным доступом в средней трети правой голени мобилизованы проходимая ЗББА диаметром около 3 мм и дистальный сегмент прПКА диаметром около 5 мм. Доступом в верхней трети правого бедра мобилизованы проходимая правая бранша бифуркационного протеза и ГАБ, содержащая множественные субокклюзирующие бляшки на протяжении 10 см. Дистальнее ГАБ проходима диаметром 4 мм, в связи с чем были произведены аутовенозная феморо-профундопластика (ФПП) длиной 3 см и далее шунтирование ГАБ от правой бранши до зоны ФПП с использованием синтетической протезной вставки диаметром 8 мм. Затем были

выполнены протезно-заднеломберцовое шунтирование реверсированной аутовеной с формированием в зоне дистального анастомоза артериовенозной фистулы длиной 10 мм и секвенциальное шунтирование с формированием анастомоза по типу «бок в бок» между аутовеной и дистальным сегментом прПКА над устьем передней большеберцовой артерии (ПББА) (рисунок). Пациент выписан в удовлетворительном состоянии с компенсированным кровоснабжением нижних конечностей.

Если при сочетанном окклюзионно-стенотическом поражении каротидного и коронарного бассейна у больных с АИСа тактика лечения отработана, то при поражении дистального артериального русла нижних конечностей, особенно при развитии критической ишемии, мнения исследователей расходятся [2, 3]. Ряд авторов предлагают первым этапом выполнять «дистальную» реконструкцию, а вторым эта-



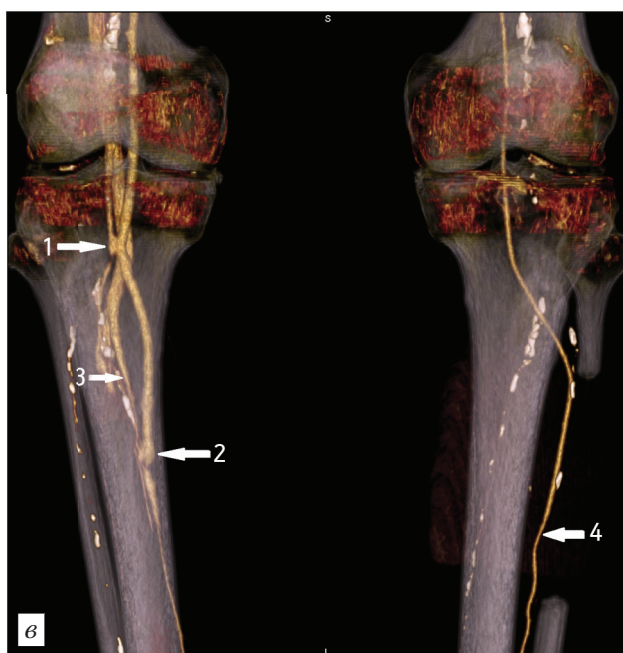
*КТ-ангиография больного Ч., 27 лет,
с аневризмой инфраренального сегмента аорты
(объяснение в тексте).*

а — функционирующий аortoбедренный бифуркационный протез; б — функционирующий протезно-глубокобедренный шунт справа и зона феморопрофундопластики; в — функционирующие аутовенозные шунты обеих голени.

1 — секвенциальный анастомоз по типу «бок в бок» между аутовеной и дистальным сегментом прПКА;

2 — дистальный анастомоз аутовенозного шунта с артериовенозной фистулой между ЗББА и сопутствующей веной; 3 — контрастирование задней берцовой вены через функционирующую артериовенозную фистулу;

4 — функционирующий аутовенозный подколенно-малоберцовый шунт слева



пом — плановую операцию по поводу АИСА. При симптомных или разорвавшихся АИСА, когда речь идет о спасении жизни больного, операция должна быть выполнена максимально быстро и наименее травматичным способом, что иногда заставляет жертвовать ишемизированной конечностью. Выбранная нами тактика первичной «дистальной» реконструкции артериального русла левой нижней конечности позволила подготовить адекватные «пути оттока», что является необходимым условием успешного выполнения плановой аневризмэктомии. Прогрессирование атеросклеротического поражения артерий правой голени явилось показанием к выполнению дистального шунтирования с формированием артериовенозной

фистулы [1], что позволило купировать явления критической ишемии.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Гаилов А.Д., Султанов Д.Д., Калмыков Е.Л., Карим-Заде Б.Д. Значение разгрузочных артериовенозных фистул при лечении диффузных поражений периферических артерий и варианты их применения // Хирургия. 2012. № 11. С. 63–68.
2. Казанчян П.О., Сотников П.Г., Козорин М.Г., Ларьков Р.Н. Хирургическое лечение мультифокальных поражений с нарушением кровообращения в нескольких артериальных бассейнах // Грудная и серд.-сосуд. хир. 2013. № 4. С. 31–38.
3. Щербук А., Кошелев Ю., Леменев В. Дистальные реконструкции при резекциях аневризм брюшной аорты у больных с хронической критической ишемией нижних конечностей // Врач. 2009. № 4. С. 60–63.

Поступила в редакцию 21.09.2016 г.