

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Воропаев В. В., Ковальчук А. В., Орлов А. Г.

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака» НАМН Украины

Проведен анализ результатов лечения 88 опийных наркоманов с постинъекционным повреждением магистральных сосудов последние 10 лет. Остановка кровотечения производилась путем реконструктивно-восстановительных операций в остром периоде (10 больных) и лигирующих операций, с последующим восстановлением кровообращения конечности в отдаленном периоде (21 больной). Учитывая высокий процент повторных геморрагических осложнений у больных с восстановлением кровотока в остром периоде, пришли к выводу о необходимости лигирующих операций с последующими реконструктивно-восстановительными операциями после заживления ран.

Выполнение обходных шунтирований с использованием аутовенозного шунта позволяет снизить вероятность возникновения инфекционных осложнений и утраты конечности при постинъекционных повреждениях магистральных сосудов у больных с наркотической зависимостью.

Ключевые слова: наркотическая зависимость, постинъекционные повреждения, хирургическое лечение, магистральные сосуды.

Последние два десятилетия хирурги постсоветского пространства и в частности Украины столкнулись с новой и довольно сложной патологией – кровотечения при постинъекционных повреждениях магистральных сосудов у больных с наркотической зависимостью. Наиболее часто данная патология встречается у наркоманов, использующих внутрисосудистый путь введения препаратов опия кустарного производства (ПОКП) [1].

подавляющее число наркоманов нашего региона используют именно эти препараты в связи с дешевизной сырья и возможностью приготовления ПОКП в бытовых условиях. Большие проблемы для urgentных хирургов, сталкивающихся с данным контингентом, создает отсутствие общепринятой тактики лечения этой патологии.

Цель. Выработать оптимальную тактику хирургического лечения кровотечений при постинъекционных повреждениях магистральных сосудов у больных с наркотической зависимостью.

Материалы и методы

В отделе хирургии сосудов ИНВХ АМН Украины проведен анализ результатов лечения 88 опийных наркоманов (мужчин – 73, женщин – 15), с кровотечениями при постинъекционных повреждениях магистральных сосудов. Используются истории болезни отдела хирургии сосудов ИНВХ и медицинская документация областного центра экстренной и неотложной медицинской

помощи за последние 10 лет. Средний возраст больных – 26 лет. Помощь больным оказывалась ангиохирургами в условиях института, а также хирургических отделений городских и районных больниц. Все больные оперированы в экстренном и неотложном порядке. С целью диагностики повреждений магистральных сосудов и жизнеспособности конечности нами применялись методы объективного исследования, ультразвуковая доплерография, рентгенконтрастная ангиография и электромиография.

Обсуждение

Многочисленные пункции периферических вен с целью введения ПОКП приводят к окклюзии последних, что заставляет опийных наркоманов производить инъекции в магистральные вены [5]. Наиболее часто избирается для введения бедренная вена в области скарповского треугольника – 81 случай, подмышечные – 4, подключичные – 2, вены шеи – 1. Длительное использование магистральной вены и многократные ее пункции приводят к инфицированию паравазальных структур и, в конечном итоге, к аррозивному кровотечению из магистральных сосудов. Чаще кровотечение возникает из артерий, располагающихся в непосредственной близости с пунктируемой веной. Это обусловлено высоким давлением крови и воспалительной деструкцией стенки артерии [2, 4]. Нами выявлено 73 случая кровотечений из артерий, 9 – из вен, 6 – из артерии и вены одновременно.

Наружные кровотечения возникали через гнойный свищ в проекции магистрального сосуда – 15 больных. Внутренние кровотечения наблюдались у 73 пациентов в виде пульсирующей артериальной (67 случаев) или артериовенозной гематомы (6 случаев). Однако, несмотря на малые сроки существования гематом (от нескольких часов до 3 суток), они имели хорошо сформированную капсулу. Гистологическое строение стенки этих гематом сходно с пиогенной капсулой гнояника. Это говорит о том, что аррозия сосуда произошла в сформированный паравазальный гнояник [5, 9]. Дифференциальная диагностика постинъекционных воспалительных инфильтратов в зоне магистральных сосудов и пульсирующих гематом проводилась по данным объективного, ультразвукового и ангиографического исследований.

Окончательная остановка кровотечения нами производилась путем лигирования магистральных сосудов в ране и на протяжении (78 случаев) с предварительной и последующей антикоагулянтной и дезагрегантной терапией, вследствие чего только у 6 пациентов развилась гангрена конечности. В остром периоде 10 больным нами выполнены реконструктивно-восстановительные операции. Из них: обходное атипичное подвздошно-бедренное шунтирование эксплантатом – 4, аутовеной – 2; протезирование в зоне повреждения аутовеной – 2, ушивание дефекта артерии – 2. В раннем послеоперационном периоде у данной группы больных наблюдались следующие осложнения: инфицирование синтетических протезов – 4 случая, несостоятельность аутовенозного шунта или заплаты при реконструкции в зоне повреждения – 2, несостоятельность ушитого дефекта артерии – 2. Во всех этих случаях возникали повторные аррозивные кровотечения в сроки от 3 до 7 суток с момента операции. Больные были повторно оперированы – им производилось лигирование артерий в ране и на протяжении, гангрена конечности развилась в 3 случаях. Причиной этих осложнений явилось наличие у больных таких грозных осложнений как сепсис, геморрагический шок, инфицирование в зоне повреждения сосудов и резкое снижение иммунореактивности организма (ВИЧ-инфекция) [3]. В двух случаях, когда обходное атипичное шунтирование производилось аутовенами, осложнений не наблюдалось, раны зажили первичным натяжением, шунты функционировали. Следует отметить, что у этих больных сепсис не был подтвержден, отсутствовали обширные паравазальные гнояники и геморрагический шок [6, 8].

В отдаленном периоде (от 5 до 8 месяцев) после первичных лигирующих операций, нами наблюдались 36 пациентов, у них сохранялась ишемия конечности от I до III степени. При ишемии конечности II Б и III степени

21 больному были предприняты оперативные вмешательства с предварительным исследованием периферического сосудистого русла конечности и жизнеспособности нервно-мышечного аппарата (УЗДГ, рентгенконтрастная ангиография, электромиография). Этой группе пациентов выполнены следующие операции: обходное атипичное подвздошно-бедренное (подколенное) шунтирование эксплантатом – 12, аутовеной – 8; грудная симпатэктомия – 1. При реконструктивно-восстановительных операциях преимущество отдаем аутовенозным трансплантатам. Используем синтетические протезы в случае непригодности большой подкожной вены для трансплантации. Грудная симпатэктомия произведена больному в связи с окклюзией плечевой артерии на всем протяжении и малым диаметром (1,5–2 мм) артерий предплечья. В раннем послеоперационном периоде осложнений у данных больных не наблюдалось. Шунты функционировали, ишемия конечности регрессировала. В отдаленном периоде осложнения возникли у 3 пациентов продолжавших употреблять ПОКП, все они производили инъекции в тканые синтетические протезы. У двух больных возникло инфицирование протеза и зоны дистального анастомоза с последующим развитием пульсирующей гематомы, у одного – инфицирование и разволокнение протеза в месте инъекций, приведшее к наружному кровотечению из дефекта эксплантата. Протезы были удалены, сосуды лигированы. Конечности сохранились при хронической ишемии I–II Б степени. У этих больных было произведено обходное подвздошно-бедренное шунтирование с подкожным расположением протеза на бедре. Большой диаметр протеза и его хорошее контурирование под кожей позволяло больным легко пунктировать трансплантат, для введения ПОКП. С целью защиты трансплантата от подобных манипуляций мы стали располагать его подфасциально на бедре, выводя протез из забрюшинного пространства через запирающее отверстие малого таза [10].

Всем больным, оперированным в отдаленном периоде, проводилось исследование крови на наличие ВИЧ – выявлено 6 вирусоносителей и больных на ранних стадиях заболевания. Несмотря на это, все наркоманы рассматриваются нами как потенциальные носители ВИЧ-инфекции. С целью интраоперационной защиты медперсонала в условиях клиники использовались головные щитки, очки, непромокающие халаты, нитриловые перчатки. Колющие и режущие инструменты не передавались операционной сестрой и хирургом из рук в руки. Следует отметить, что не всегда должным образом в условиях хирургических отделений районных и городских больниц, особенно в ургентной ситуации, удается обеспечить медработников средствами индивидуальной защиты.

Выводы

1. Реконструктивно-восстановительные операции в остром периоде у данных больных производим при отсутствии сепсиса, геморрагического шока и обширного очага инфицирования. Реконструкцию производим вне очага инфицирования и только аутоvenой.

2. В отдаленном периоде после заживления ран и при отсутствии сепсиса реконструктивно-восстановительные операции производим с использованием аутоven и синтетических протезов.

3. При обходном атипичном подвздошно-бедренном (подколенном) шунтировании считаем рациональней проводить трансплантат из забрюшинного пространства через запирающее отверстие малого таза и располагать его подфасциально на бедре.

4. Всех больных с наркотической зависимостью рассматриваем как вероятно инфицированных ВИЧ. Считаем, что в средствах индивидуальной защиты нуждаются медработники контактирующие в ходе лечебных мероприятий с данным контингентом больных.

Литература

1. Выренков Ю. Е. Диагностика и комплексное лечение гнойно-септических и сосудистых осложнений у больных парентеральной и опиоидной наркоманией. Астрахань. Учебно-методическое пособие., 2005 г. 32 с.
2. Бубнова Н. А., Акинчиц Л. Г., Тонэ Р. В. Гнойная хирургическая инфекция у наркоманов и ВИЧ-инфицированных больных. Амбулатор. хирург. 2003; 3 (3): 24–6.
3. Лунькова Л. К., Макарова О. В., Каниболоцкий А. А., Миткова С. В. Морфология органов иммунной системы при наркомании. Архивы патологии, 2002 г., № 4, С. 21–25.
4. Скарзов А. В. Клинические особенности гнойно-воспалительных заболеваний у лиц страдающих наркоманией и пути оптимизации хирургического лечения. Саратов, 2003, 142 с.
5. Султаналиев Т. А., Турсынбаев С. Е., Ивакин В. М., 2007 (Журнал «Ангиология и сосудистая хирургия»). Этиология и патогенез повреждения кровеносных сосудов у наркоманов.
6. Arora S, Weber MA, Fox CJ et al. Common femoral artery ligation and local debridement: a safe treatment for infected femoral artery pseudoaneurysms. J Vasc Surg 2006; 33 (5): 990–3.
7. Bittner Ch., Zuber M., Eisner L., Acute ischemia of the hand in a drug addict after accidental intra-arterial injection, Swiss Surgery, 2008, V.8 (№ 6), P. 281–284.
8. Manekeller S, Tolba RH, Schroeder S, Lauschke H, Remig J, Hirner A. Analysis of vascular complications in intra-venous drug addicts after puncture of femoral vessels Zentralbl Chir. 2004 Jan; 129(1): 21–8.
9. Padberg F. T. Infected femoral artery false aneurysm associated with drug abuse. In: Current Therapy in Vascular Surgery. Ed by C. B. Ernst and I. C. Stanley. New York: Mosby. 2005; P. 1005.
10. Takahashi T A, Merrill J O, Boyko E J, Bradley K A. Type and location of injection drug use-related soft tissue infections predict hospitalization. J Urban Health. 2003 Mar; 80(1): 127–36.

TACTICS OF SURGICAL TREATMENT AT POSTINJECTION DAMAGE OF THE MAIN VESSELS AT PATIENTS WITH A DRUG DEPENDENCE

Voropaev V., Kovalchuk A., Orlov A.

Institute of an urgent and reconstructive surgery National academy of medical science of Ukraine

This article is dedicated to the tactics of surgical treatment at postinjection damage of the main vessels at patients with a drug dependence. The analysis of results of treatment 88 opium narcomaniacs with postinjection damage of the main vessels is carried out last 10 years. The bleeding stopping was made by reconstructively-regenerative operations in the acute period (10 patients) and legating operations, with the subsequent restoration of a circulation of an extremity in the remote period (21 patients). Considering high percent of repeated hemorrhagic complications at patients with blood flow restoration in the acute period, have come to a conclusion about necessity of legating operations with the subsequent reconstructively-regenerative operations after healing of wounds.

Performance of roundabout shuntings with use of the autovenous shunt allows to reduce probability of prevention of the infectious complications and of loss of an extremity at postinjection damage of the main vessels at patients with a drug dependence.

Keywords: drug dependence, postinjection damage, surgical treatment, main vessels.