

© Петрушенко В.В., Скупий О.М., Хребтій Я.В., Цигалко Д.В.

УДК: 617.582-089.193.4.12

Петрушенко В.В.¹, Скупий О.М.^{1,2}, Хребтій Я.В.^{1,2}, Цигалко Д.В.^{1,2}

¹Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018),
²Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М. І. Пирогова (вул. Пирогова, 46, м. Вінниця, Україна, 21018)

РЕЗУЛЬТАТИ ПОВТОРНИХ РЕКОНСТРУКТИВНИХ ОПЕРАЦІЙ НА АОРТО-СТЕГНОВОМУ ТА СТЕГНОВО-ПІДКОЛІННОМУ СЕГМЕНТАХ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ОБЛІТЕРУЮЧИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ АРТЕРІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Резюме. Проаналізовані результати повторних реконструктивних операцій на аорто-стегновому (АС) та стегново-підколінному (СП) сегментах з 2012 по 2016 рр. у відділенні хірургії судин Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова. Повторна реоклюзія шунтів діагностувалась у 152 пацієнтів (24,0 %). Причинами повторних хірургічних реконструктивних втручань були тромбози шунтів - 79,6 %, неоінтимальна гіперплазія анастомозів - 12,5 %, інфікування протезів - 3,2 %, прогресування ішемії - 4,6 %. Виконували повторні оперативні втручання: тромбектомія з аутовенозного шунта, з аллошунта з пластикою дистального анастомозу, заміна аллошунта. Тромбектомія з аллошунта з пластикою дистального та проксимального анастомозів, повторне алошунтування, аутовенозне шунтування. Принциповим вважаємо використання аутовенозної вставки та латки при пластиці дистальних анастомозів. Встановлено, що повторне оперативне втручання пацієнтам з реоклюзією АС та СП сегменту є доцільним та обґрунтованим, що дозволяє зберегти пацієнту кінцівку, покращити якість життя.

Ключові слова: облітеруючий атеросклероз, повторні реконструктивні операції, аорто-стегновий, стегново-підколінний сегмент, реоклюзія, тромбози, аутовенозне шунтування, алошунтування.

Вступ

Актуальність проблеми хронічних облітеруючих захворювань артерій полягає в їх розповсюженості та в незадовільних результатах лікування.

Поширеність захворювань периферичних артерій у всьому світі складає від 3 до 12 % і зростає у хворих старших вікових груп.

В Україні за 2016 рік виконано більше 16 500 операцій на артеріях (з них більше 4 000 - реконструкції стегново-підколінного сегменту) [5]. За даними деяких досліджень серед різноманітних методів реконструкції аорто-стегнового (АС) та стегново-підколінного (СП) сегментів відмічаються безпосередні позитивні результати у 95-91% у хворих [1]. Однак, зберігається великий відсоток тромбозів після первинних оперативних втручань та залишається на високому рівні кількість ампутацій [1, 3, 5]. У 2016 році в Україні виконано 4 124 ампутацій нижніх кінцівок (при судинних захворюваннях) [5]. Потреба у повторних реконструктивних втручаннях внаслідок різноманітних причин виникає у 30 % [1].

Повторні реконструктивні операції на АС та СП сегментах є складною проблемою судинної хірургії. Такі операції відносяться до категорії важких технічних завдань для хірурга, також залишається складним вибір алопластичного або венозного матеріалу. Актуальним є вибір, перевага, результати, помилки того чи іншого відновлення кровообігу - вибір тактики повторних реконструктивних операцій.

Таким чином, не дивлячись на значні успіхи в лікуванні цієї патології, повторні реконструктивні операції на АС та СП залишаються важкими та до кінця не вирішеним питанням сучасної хірургії судин.

Мета дослідження - розробити тактику лікування та покращити результати хірургічних втручань у хворих з

реоклюзією аорто-стегнового та стегново-підколінного сегментів на основі встановлення причин розвитку тромбозів оперованих судин.

Матеріали та методи

За період з 2012 по 2016 рр. проаналізовано результати хірургічного лікування у 1 725 хворих з хронічними облітеруючими захворюваннями артерій.

Серед пацієнтів було 1 725 хворих на хронічні облітеруючі захворювання артерій. Чоловіки становили 1 507 пацієнтів (87,4 %), жінки - 218 пацієнтів (12,6 %). Середній вік цих осіб був 63,4±8,32 роки. За 5 років спостереження у 631 хворого (41,8 %) було виконано реконструкцію АС; СП сегментах. Із них реконструкція на АС виконана у 131 пацієнта (20,7 %); у 262 (41,5 %) СП з аутовенозним шунтуванням та 238 (37,7 %) СП - з алошунтуванням.

Розподіл за статтю був наступним: чоловіки склали 87,4 % (1 507 пацієнтів), жінки - 12,6 % (218 пацієнтів). Вік пацієнтів коливається від 44 до 78 років (середній вік 63,4±8,32 роки). У роботу були включені пацієнти з клінічними ознаками ішемії нижніх кінцівок III-IV ст. за Фонтейном. У різних пацієнтів строки виникнення реоклюзій з моменту первинної операції були не однаково і складали від 1 доби до 3,9 років.

Критеріями виключення були: цукровий діабет, мультифокальні ураження інших артеріальних сегментів після оперативного втручання (аорто-коронарне шунтування, ендартеректомії з сонних артерій, шунтуючих операцій аорто-клубового або ж ендоваскулярних втручань в цих сегментах).

Усі хворі були обстежені при надходженні до стаціонару. Окрім стандартних клінічних та лабораторних досліджень їм було проведено ультразвукове дуплекс-

сне сканування аорти, здухвинних, клубових артерій з використанням апарату "Toshiba ksario" та рентгенконтрастна ангіографія на ангіографі "Toshiba".

Під час стаціонарного лікування пацієнти отримували загально прийняте лікування, а в амбулаторних умовах їм проводилась профілактика атеросклерозу, дезагрегантна терапія у вигляді препаратів ацетилсаліцилової кислоти та клопідогрелю у профілактичних дозах та прийом статинів. Отримані дані піддані статистичній обробці.

Результати. Обговорення

За 5 років спостереження з 1725 хворих оперованих на магістральних артеріях у 631 хворого (41,8 %) було виконано реконструкцію АС, СП сегментів. Із них реконструкція на АС сегменті виконана у 131 пацієнта (20,7 %), у 262 (41,5 %) СП з аутовенозним шунтуванням та 238 (37,7 %) СП алошунтуванням. Повторна реоклюзія шунтів на АС і СП діагностувалась у 152 пацієнта (24,0 %).

Аналіз причин розвитку повторного звернення пацієнтів свідчить, що тромбози шунтів становлять 121 пацієнт (79,6 %), неоптимальна гіперплазія анастомозів - 19 хворих (12,5 %), інфікування протезів - 5 осіб (3,2 %) та прогресування ішемії - 7 хворих (4,6 %).

Вибір хірургічної тактики при реоклюзіях базувався на ступені ішемії кінцівок, розповсюдженості оклюзійного процесу, адекватності центрального кровотоку та ураженні дистальних сегментів артеріального русла. Повторні оперативні втручання були направлені на відновлення артеріального кровотоку у 98 хворих (65,0 %), у 10 пацієнтів (6,0 %) проводилась медикаментозна терапія. У 44 хворих (29,0 %) хворих виконані ампутації кінцівок.

Серед 262 хворих, яким було виконано оперативне втручання на СП сегменті з аутовенозним шунтуванням, повторно оперувалось 30 (30,6 %). У 7 (23,4 %) з них проводилась тромбектомія і пластика дистального анастомозу, у 23 (76,6 %) хворих виконувалось алошунтування у зв'язку з неадекватністю аутовенозного шунта.

Серед 23 (23,4%) хворих з реоклюзією АС сегменту. У 8 з них (34,8 %) проводилась тромбектомія та пластика дистального анастомозу. Тромбектомія з профундопластиком виконана у 15 (65,2 %) хворих. В якості пластичного матеріалу вважаємо за необхідне використовувати аутовени.

Із 238 хворих з СП алошунтами повторне оперативне втручання виконувалось у 45 хворих (45,9 %). Тромбектомія з алошунта та пластика дистального і

проксимального анастомозів виконана у 21 (46,6 %) хворих. Накладення анастомозу нижче щілини колінного суглоба - 13 (28,8 %). Заміна алошунта - у 6 (13,3 %). Видалення шунта - у 5 хворих (11,1 %).

Вважаємо за принциповий підхід використовувати аутовенозні вставки та латки при пластичці дистальних анастомозів.

Основними причинами реоклюзій після реконструктивних операцій на СП сегменті були прогресування атеросклеротичного процесу та ураження дистального артеріального русла. Виконання операцій тромбектомія з шунта, заміна шунта, реконструкція анастомозів та в складних випадках по декілька повторних оперативних втручань не завжди дозволили досягти бажаного результату.

Не дивлячись на поєднання потворних реконструктивних втручань, ризик ампутацій кінцівки був високим. Ампутації кінцівок виконані у 44 хворих (29,0 %).

У випадках компенсації регіонарного кровообігу, відсутності анатомічних умов для повторних операцій на артеріях проводилась медикаментозна терапія та всі пацієнти отримували антиагреганти та статини.

Таким чином, ефективність повторних реконструктивних операцій в значній мірі залежить від перебігу основного захворювання, адекватності лікування, що ускладнюється відсутністю периферійного кровообігу.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Повторне оперативне втручання у пацієнта з реоклюзією АС та СП артеріального сегменту є доцільним та обґрунтованим, незважаючи на технічну складність та більш високий ризик ускладнень, дозволяє не тільки зберегти пацієнту кінцівку, а й покращити якість життя.

2. Результати лікування поліпшуються при використанні аутовенозних вставок в ділянці анастомозу з підколінною артерією.

3. Ефективність повторних реконструктивних операцій в значній мірі залежить від перебігу основного захворювання та адекватного лікування із застосуванням статинів та антикоагулянтів.

4. Застосування розробленої тактики лікування хворих з реоклюзіями АС та СП сегментів дало можливість отримати добрі та задовільні результати 98 (64,4 %) хворих.

Подальше використання аутовенозної вставки та латки при пластичці всіх анастомозів у перспективі дозволить суттєво зменшити реоклюзію шунтів і зберегти хвору кінцівку.

Список посилань

- Арбузов, І. В. & Спірін, Ю. С. (2006). Безпосередні наслідки стегново-підколінних артеріальних реконструкцій у разі непридатності великої підшкірної вени. *Серце і судини*, 4 (16), 66-69.
- Ермолаев, Е. В., Губка, А. В. & Буга, Д. А. (2011). Результати повторних операцій после бедренно-подколенного алошунтирования. *Клінічна флебологія*, 4 (1), 71-73.
- Ковальчук, Л. Я., Венгер, І. К. & Вайда, А. Р. (2012). Повторні реконструктивні втручання при реоклюзії аорто-стегнового-підколінного сегмента. *Шпитальна хірургія*, 2, 5-9.
- Нікульніков, П. І., Ратушнюк, А. В., Абраменко, А. В., Гиндич, П. А. & Мелуа, Г. О. (2017). Вибір методу

повторного хірургічного втручання на стегново-підколінно-гомільковому сегменті в залежності від виду первинної реконструкції. *Клінічна флебологія*, 10 (1), 125-126.

5. Никоненко, А. С., Губка, А. В. & Губка, В. А. (2010). Повторные реконструк-

тивные операции у больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей. *Клінічна флебологія*, 1, 97-99.

6. Белов, Ю. В. & Степаненко, А. Б. (2009). *Повторные реконструктивные операции на аорте и магистральных ар-*

териях. Москва: МИА, 65.

7. Kudo, T., Chandra, F. A. & Ahn, S. S. (2012). The effectiveness of percutaneous transluminal angioplasty for the treatment of critical limb ischemia: a 10-year experience. *J. Vasc. Surgery*, 41 (3), 423-435.

Петрушенко В.В., Скупой О.М., Хребтий Я.В., Цыгалко Д.В.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНЫХ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА АОРТО-БЕДРЕННОМ И БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОМ СЕГМЕНТАХ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Резюме. Проанализированы результаты повторных реконструктивных операций на аорто-бедренном (АБ) и бедренно-подколенном (БП) сегментах с 2012 по 2016 гг. в отделении хирургии сосудов Винницкой областной клинической больницы им. М. И. Пирогова. Повторная реокклюзия шунтов диагностировалась у 152 пациентов (24,0 %). Причинами повторных хирургических реконструктивных вмешательств были тромбозы шунтов - 79,6 %, неоинтимальная гиперплазия анастомозов - 12,5 %, инфицирование протезов - 3,2 %, прогрессирование ишемии - 4,6 %. Выполняли повторные оперативные вмешательства: тромбэктомия с аутовенозного шунта, с аллошунта с пластикой дистального анастомоза, замена аллошунта. Тромбэктомия с аллошунта с пластикой дистального и проксимального анастомозов, повторное аллошунтирование, аутовенозное шунтирование. Принципиальным считаем использование аутовенозной вставки и заплатки при пластике дистальных анастомозов. Установлено, что повторное оперативное вмешательство пациентам с реокклюзией АБ и БП сегментов есть целесообразным и обоснованным, что позволяет сохранить пациенту конечность, улучшить качество жизни.

Ключевые слова: облитерирующий атеросклероз, повторные реконструктивные операции, аорто-бедренный, бедренно-подколенный сегменты, реокклюзия, тромбозы, аутовенозное шунтирование, аллошунтирование.

Petrushenko V.V., Skupyi O.M., Khrebtii Ya.V., Tsyhalko D.V.

OUTCOMES OF REPEATED RECONSTRUCTIVE SURGERY IN AORTO-FEMORAL AND FEMUR-POPLITEAL SEGMENTS IN PATIENTS WITH CHRONIC OBLITERATING DISEASE OF ARTERIES OF THE LOWER EXTREMITIES

Summary. The results of repeated reconstructive operations on the aorto-femoral (AF) and femoral-popliteal (FP) segments from 2012 to 2016 in the department of vascular surgery of the Vinnitsa Regional Clinical Hospital named after M.I. Pirogov. Reocclusion of shunts was diagnosed in 152 patients (24,0%). The reasons of repeated surgical reconstructive interventions were shunt thrombosis - 79,6%, neointimal hyperplasia of anastomosis - 12,5%, infection of prostheses - 3,2%, progression of ischemia - 4,6%. Performed repeated surgical interventions: thrombectomy from an autovenous shunt, from alloshunt with plastic of distal anastomosis, replacement of alloshunt. Thrombectomy from alloshunt with plastic of distal and proximal anastomoses, repeated alloshunt, autovenous bypass surgery. We consider the use of an autovenous insert and a patch in the plastic of distal anastomosis. It has been established that repeated surgical intervention for patients with reocclusion of AF and FP segment is appropriate and justified, which allows to save the limb patient, improve the quality of life.

Key words: obliterating atherosclerosis, repeated reconstructive surgery, aorto-femoral, femoral-popliteal segments, reocclusion, thromboses, autovenous shunting, allo-shunting.

Рецензент - д.мед.н., проф. Каніковський О.Є.

Стаття надійшла до редакції 07.06.2017 р.

Петрушенко Вікторія Вікторівна - д.мед.н., проф., зав. кафедри ендоскопічної та серцево-судинної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова; vikusya.pet@gmail.com

Скупой Олег Михайлович - к.мед.н., доц. кафедри ендоскопічної та серцево-судинної хірургії ВНМУ ім. М.І. Пирогова, зав. відділенням хірургії судин Вінницької обласної лікарні імені М.І. Пирогова; +38(0432)661331

Хребтий Ярослав Віталійович - к.мед.н., доц. кафедри ендоскопічної та серцево-судинної хірургії ВНМУ ім. М.І. Пирогова, заступник головного лікаря з надання хірургічної допомоги Вінницької обласної лікарні імені М.І. Пирогова; +38(0432)661331

Цыгалко Денис Валерійович - к.мед.н., доц. кафедри ендоскопічної та серцево-судинної хірургії ВНМУ ім. М.І. Пирогова, лікар-ординатор відділення хірургії судин Вінницької обласної лікарні імені М.І. Пирогова; +38(0432)661331

© Серкова В.К., Задача Ю.Л., Иванова О.П.

УДК: 616.12-005.4:616.379-008.64

Серкова В.К.¹, Задача Ю.Л.², Иванова О.П.²

¹Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, кафедра внутрішньої медицини №1 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), ²Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М. І. Пирогова, кардіологічне відділення (вул. Пирогова, 46, м. Вінниця, Україна, 21018)

КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ПРИ ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Резюме. Мета дослідження: оптимізація діагностики ІХС у хворих на цукровий діабет (ЦД) шляхом вивчення клініко-функціональних особливостей перебігу ІХС при поєднанні з ЦД 2-го типу. Обстежено 112 хворих на ІХС, в тому числі 66 пацієнтів з поєднанням ІХС та ЦД і 46 хворих на ІХС без проявів ЦД. Встановлено, що ІХС при ЦД розвивається у більш