

ВОЗМОЖНОСТЬ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ПОСЛЕ АОРТО-БЕДРЕННОГО БИФУРКАЦИОННОГО ШУНТИРОВАНИЯ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Гормаш А. В., Печёнкин А. А., Лызилов А. А., Шубов Л. Б.,
Гороховский С Ю., Каплан М. Л.

Учреждение «Гомельский областной клинический кардиологический
центр», г. Гомель, Республика Беларусь
УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение. Реконструктивные хирургические вмешательства на аорте и периферических артериях при облитерирующем атеросклерозе значительно снижают частоту ампутаций и летальных исходов. Своевременное выполнение оперативных вмешательств на артериальном русле ежегодно позволяет восстановить утраченную функцию конечностей, трудоспособность, предотвратить инвалидность пациентов. Однако выполнение оперативных вмешательств сопровождается риском развития осложнений как в раннем, так и отдаленном послеоперационном периоде. Среди поздних осложнений одно из наиболее часто встречающихся - тромбозы синтетических трансплантатов, которые приводят к резкому прогрессированию ишемии, сопровождаются высоким риском потери конечности и представляют непосредственную опасность для жизни пациентов. Выполнение повторных хирургических вмешательств на аорте и периферических сосудах сопряжено с множеством трудностей: рубцовые сращения, выраженная сеть коллатеральных ветвей, опасность присоединения инфекции, что значительно затрудняет коррекцию нарушенного кровотока у данной категории пациентов. Таким образом, несмотря на первичные восстановительные операции при заболеваниях сосудов, прогрессирование атеросклероза может привести к развитию ряда тяжелых последствий, хирургическая коррекция которых представляет актуальную проблему сосудистой хирургии.

Цель: описать случай хирургического лечения послеоперационной окклюзии бранши протеза сочетанием открытого и эндоваскулярного этапов.

Результаты и обсуждение. Пациент М., 1948 г. р., обратился с жалобами на боль в правой ноге в покое, препятствующую ночному сну и требующую постоянного приема обезболивающих препаратов. Отмечает резкое уменьшение расстояния безболевого ходьбы и усиление интенсивности болевого синдрома в течение последнего года. В последний месяц отмечает ухудшение – боль в правой ноге в покое, которая не купируется приёмом ненаркотических анальгетиков. Пациент длительно (около 15 лет) страдает облитерирующим атеросклерозом. В 2006 г. (12 лет назад) выполнена операция: аорто-бедренное бифуркационное шунтирование (АББШ) синтетическим эксплантатом.

Правая стопа и голень бледные, прохладные, капиллярный пульс слабый. Активные движения пальцев стопы замедленные, пассивные - в полном объеме. Чувствительность стопы сохранена. Пульсация на периферических артериях правой ноги не определяется. На другой конечности – определяются пульсация на подколенной артерии. На верхних конечностях определяется пульсация на лучевых артериях с двух сторон. Пульсация на сонных артериях определяется отчётливо. Шум над периферическими сосудами не выслушивался. Трофических некрозов и ишемических язв не выявлено.

По данным дуплексного ультразвукового исследования артерий нижних конечностей имеется окклюзия правой бранши протеза с коллатеральным кровотоком в артериях, дистальнее места окклюзии, и стеноз левой поверхностной бедренной артерии (ПБА) до 75%.

Выставлен диагноз: облитерирующий атеросклероз, операция АББШ эксплантатом в 2006 г.; тромботическая окклюзия правой бранши протеза; стеноз левой бедренной артерии, критическая ишемия правой ноги; хроническая артериальная недостаточность (ХАН) правой ноги третьей степени (по А.В. Покровскому); ХАН левой ноги первой степени. Сопутствующий диагноз: ишемическая болезнь сердца,

стабильная стенокардия напряжения, функциональный класс 2; атеросклеротический кардиосклероз, недостаточность кровообращения первой степени; артериальная гипертензия второй степени, риск 4; хроническая обструктивная болезнь легких, дыхательная недостаточность первой степени.

Назначена сосудорасширяющая терапия, коррекция сопутствующей патологии. Пациенту выполнена спиральная компьютерная томография (СКТ) с применением контрастирования брюшной аорты и артерий ног. По результатам СКТ установлена окклюзия правой бранши протеза (состояние после АББШ), окклюзия проксимального отдела правой ПБА (до 30 мм).

Консервативное лечение в течение трех дней было неэффективным, в связи с чем пациенту выполнена операция: тромбэктомия из правой бранши протеза с реконструкцией дистального анастомоза. Интраоперационно полученный кровоток из правой бранши ослаблен. Принято решение о выполнении интраоперационной ангиографии, по результатам которой выявлен стеноз начального отдела правой бранши синтетического сосудистого экспланта, вероятно, вызванный сдавлением её снаружи рубцовыми тканями. Выполнена баллонная ангиопластика и в зону стеноза имплантирован стент IVascular 9.0x18 на давлении 10 атм. с использованием направляющего катетера Asahi ZenyteEX JR4. При контрольной ангиографии - оптимальный результат в зоне стентирования. Получен магистральный пульсирующий кровоток, выполнено удаление интродьюсера. В послеоперационном периоде имеется пульсация на подколенных артериях обеих нижних конечностей. Болевой синдром полностью купирован, пациент не отмечает явлений перемежающей хромоты, выписан на 10-е сутки после снятия швов в удовлетворительном состоянии.

Вывод. В ряде случаев причиной окклюзии сосудистого протеза может служить внешняя компрессия просвета. В этой ситуации, на наш взгляд, оптимальным решением является эндоваскулярное восстановление просвета.