

УДК 616.136/.137-007.272-089.168.1-06

© І.В. АРБУЗОВ, Ю.С. СПІРІН, Є.Ю. ГАРДУБЕЙ

Херсонська обласна клінічна лікарня, Клінічна лікарня Суворовського району м. Херсона

Частота і структура ранніх післяопераційних ускладнень у пацієнтів із синдромом Леріша залежно від методу хірургічного лікування

I.V. ARBUZOV, YU.S. SPIRIN, YE.YU. HARDUBEY

Kherson Regional Clinical Hospital, Clinical Hospital Suvorov region, Kherson

FREQUENCY AND STRUCTURE OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH LERICHE'S SYNDROME DEPENDS METHODS OF SURGICAL TREATMENT

Проведено порівняльний аналіз структури та частоти післяопераційних ускладнень при різних методах хірургічного лікування пацієнтів із СЛ, зокрема при наявності критичної ішемії нижньої кінцівки (КІНК) з однієї сторони та при наявності II стадії на контралатеральній нижній кінцівці. Було виконано біфуркаційні, однобічні та багаторівневі реконструкції. Проаналізовано структуру та частоту тромботичних, нетромботичних та системних ускладнень, ампутацій нижньої кінцівки при кожному типі втручань. Наголошено, що тактика хірургічного лікування СЛ має бути індивідуальною, проте, за наявності КІНК з однієї сторони та при наявності II стадії на контралатеральній нижній кінцівці, перевагу слід віддавати здійсненню однобічної реконструкції.

Comparative analysis of the frequency and structure postoperative complications of the various methods of surgical treatment was conducted in patients with Leriche's syndrome for critical lower limb ischemia (CLLI) one side and II stages in contralateral lower limb. Bifurcational, one-side and multilevel reconstructions were performed. Frequency and structure of thrombotic, nonthrombotic, systems postoperative complications and amputation rate for every kind of intervention were analyzed. It was established, that tactics of surgical treatment of Leriche's syndrome have to be individualized, but for CLLI one side and II stages in contralateral lower limb the one-sided reconstructions must be preferred.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Лікування пацієнтів із двобічним ураженням аорто-здухвинного сегмента (синдром Леріша) є однією зі складних проблем судинної хірургії, яка потребує подальшого детального вивчення. Так, залишається відкритим питання щодо тактики при наявності критичної ішемії однієї нижньої кінцівки (н/к) та клінічно інтактної (або друга стадія ішемії за класифікацією Фонтейна-Покровського) контралатеральної н/к, незважаючи на її критичне стенозування. Що робити в таких випадках: двобічні чи односторонні реконструкції? В більшості робіт наводяться узагальнюючі дані щодо лікування таких пацієнтів без порівняльного аналізу результатів між різними типами реконструктивних втручань [2, 4].

Важливу роль для вирішення даного завдання відіграє не тільки аналіз післяопераційної (п/о) летальності, безпосередніх та віддалених результатів лікування, а й аналіз п/о ускладнень при різних методах реконструкції, що дозволить визначити їх ефективність та доцільність.

Мета роботи: проаналізувати частоту та структуру ранніх післяопераційних ускладнень після реконструктивних втручань у пацієнтів із синдромом Леріша залежно від вибраної хірургічної тактики.

Матеріали і методи. З метою лікування пацієнтів із синдромом Леріша (СЛ) було виконано 113 реконструктивних втручань на аорто-здухвинному сегменті (АЗС) та залежно від обраної оперативної тактики сформовано три клінічні групи. Перша група – 47 (40,71 %) пацієнтів, яким було виконано аорто-стегове біфуркаційне протезування (АСБП); друга група – 20 (17,70 %) пацієнтів, яким виконані лінійні протезування аорто-клубового сегмента (АКС); третя група – 46 (41,59 %) пацієнтів, яким виконано одночасні реконструкції аорто-клубового та стегового сегментів. Критичну ішемію обох н/к мав 21 (44,68 %) хворий, а однієї 26 (55,32 %) пацієнтів I групи. Пацієнти II групи клінічно значуще ураження мали тільки однієї н/к, клінічна картина контралатеральної н/к (критичне стенозування здухвинних артерій) відповідала другому ступеню ішемії.

У пацієнтів III групи критична ішемія обох н/к була у 22 (47,83 %) пацієнтів, а однієї – у 24 (52,17 %) пацієнтів, незважаючи на критичний стеноз здухвинних артерій контралатеральної н/к. Але у всіх пацієнтів I групи були виконані двосторонні реконструкції, а в пацієнтів III групи вони були виконані в 35 (76,9 %) осіб, незважаючи на критичну ішемію нижньої кінцівки (КІНК) тільки з однієї сторони.

Всі ускладнення, що виникли в п/о періоді, для кращого структурного аналізу були розподілені на три групи. I група – це ускладнення, які призвели до повторного оперативного втручання в ранньому п/о періоді; II група – це місцеві ускладнення з боку п/о ран; III група – це системні ускладнення, які виникли з боку інших органів та систем. Методика операцій була стандартною. В п/о періоді всі хворі отримували в перші 3-4 дні гепаринотерапію з подальшим переходом на непрямі антикоагулянти. Антибіотикотерапію призначали за день до операції та продовжували до 4-7 днів. При виписуванні зі стаціонару усім пацієнтам (при відсутності протипоказань) рекомендували потрійну терапію – аспірин, клопидогрель та статини.

Результати досліджень та їх обговорення.

Найбільш поширеними ускладненнями після реконструктивних втручань на аорто-здухвинному сегменті є тромбози експлантатів в п/о періоді з формуванням КІНК та подальшою ампутацією н/к. Інші ускладнення, такі як кровотеча, інфекція, парaproтезні сероми та ін., хоч і зустрічаються рідше, але суттєво погіршують безпосередні результати лікування. Так, загальна частота ранніх та пізніх ускладнень після планових операцій на черевній частині аорти та магістральних артеріях н/к досягає інколи 60 % [5, 1]. *Спіридонов А.А. зі співавт.* повідомляє про 11-річний досвід лікування 232 хворих із атеросклеротичним ураженням аорто-стегового сегмента. П/о летальність склала 3 %, частота розвитку тромбозів експлантатів у ранньому п/о періоді – 3,9 %, ампутації у віддаленому (до 5 років) періоді виконані 8,2 % хворим. Основними

причинами смерті були кардіальні ускладнення та злякисні новоутворення [3].

У роботі *Мамаєва В.Є. зі співавт.* представлено аналіз результатів 284 аорто-стегових реконструкцій, виконаних із приводу СЛ, та визначено фактори, що впливають на прогноз. У 103 випадках виконані односторонні реконструкції здухвинних артерій, в 181 – двосторонні. Тромбоз шунта в ранньому п/о періоді відбувся в 17 (3,9 %) випадках, відновити прохідність вдалося в 9 випадках, частота інфекції протеза склала 2,7 %. Госпітальна летальність становила 4,6 %. [2]. Але порівняльного аналізу результатів лікування та розвитку ускладнень між групами автори не вказують.

Сухарев І.І. зі співавт. наводить дані про аорто-біфеморальне алошунтування, виконане в 475 хворих, одностороннє аорто-стегове – в 175, одностороннє клубово-стегове – в 177, надлобково-стегово-підколінне в 48 пацієнтів. Добрі безпосередні результати лікування відмічені в 56,63 %, задовільні – в 37,54 % пацієнтів, незадовільний результат спостережено в 5,83 % хворих [4]. Так само бачимо, що порівняльного аналізу в світлі результатів та ранніх ускладнень залежно від обраної хірургічної тактики між хворими немає. Також у даних роботах не вказується розподіл хворих за видом ураження аорто-клубового сегмента. Тобто відповіді на питання щодо тактики при КІНК з однієї сторони та при II стадії з контралатеральної н/к в даних роботах ми не знайшли.

Для структурного аналізу ми виділили такі групи п/о ускладнень: I – це так звані “великі” ускладнення, які призвели до повторного оперативного втручання в ранньому п/о періоді. Вони виникли у 10 (8,85 %) пацієнтів. У групах були отримані такі результати: серед пацієнтів I клінічної групи в чотирьох (8,52 %), II клінічної групи – в одному (5,00 %) та III клінічної групи в 5-ти (10,87 %) випадках діагностовано великі ускладнення в ранньому п/о періоді (табл. 1).

Тромбоз експлантата виник у 7 (6,20 %) хворих, що по групах склало 2 (4,26 %) пацієнти з I групи, 1 (5,00 %) – з II групи та 4 (8,70 %) пацієнти з III групи. В усіх випадках тромбоз виник протягом пер-

Таблиця 1. Структура та частота п/о “великих” ускладнень у хворих із синдромом Леріша

Вид п/о ускладнення	I група		II група		III група	
	Абсолютна кількість	Відносна кількість, %	Абсолютна кількість	Відносна кількість, %	Абсолютна кількість	Відносна кількість, %
Тромбоз шунта	2	4,26	1	5,00	4	8,70
Тромбоз судин кишечника	1	2,13	-	-	-	-
Кровотеча	1	2,13	-	-	-	-
Евентрація					1	2,17
Загалом	4	8,52	1	5,00	5	10,87

ших чотирьох п/о діб. Всім хворим було виконано повторні оперативні втручання. В одного хворого III клінічної групи шляхом тромбектомії з клубово-стегнової бранші та шляхом протезування поверхневої стегнової артерії вдалося відновити магістральний кровотік. В іншого хворого цієї ж групи достатнім було виконання тромбектомії з поверхневої стегнової артерії. В одного хворого першої групи було виконано реконструкцію дистального анастомозу. Двом хворим (4,35, %) III групи та по одному (5,00 %) хворому II та (2,13 %) I груп виконано високу ампутацію н/к у зв'язку з наростанням блискавичної КІНК та ростом азотистих шлаків.

Гострий тромбоз мезентеріальних судин спостерігався в 1 (2,13 %) пацієнта. У хворого спочатку була застосована консервативна терапія, спрямована на поліпшення кровообігу, яка не дала ефек-

ту. На 5-ту добу хворого оперовано. Виконано сегментарну резекцію тонкого кишечника. В п/о періоді хворий помер від поліорганної недостатності.

Кровотеча з п/о рани правого стегна розвинулась у кінці першої доби після операції в одного хворого (2,13 %) I клінічної групи. В ургентному порядку виконано ревізію стегнових артерій, виявлено дефект по задній стінці дистального анастомозу. Було накладено додаткові вузлові шви.

В одного пацієнта (2,17 %) III клінічної групи виникла евентрація лапаротомної рани на 8-му п/о добу. В ургентному порядку була виконана релапаротомія з ушиванням рани.

II група – це ускладнення, які виникли з боку п/о рани, але не потребували повторних оперативних втручань. Дані ускладнення виникли в 11 (9,73 %) пацієнтів (табл. 2).

Таблиця 2. Структура та частота п/о ускладнень у хворих із синдромом Леріша, що виникли з боку операційної рани

Вид п/о ускладнення	I група		II група		III група	
	Абсолютна кількість	Відносна кількість, %	Абсолютна кількість	Відносна кількість, %	Абсолютна кількість	Відносна кількість, %
Діастаз країв рани	3	6,38	1	5,00	1	2,17
Парапротезна серома					1	2,17
Лімфорейя	3	6,38	-	-	2	4,35
Загалом	6	12,64	1	5,00	4	8,69

Діастаз країв п/о рани виник у 5 (4,42 %) хворих. По одному випадку (2,17 %) та (5,00 %) у пацієнтів II та III клінічної груп та у трьох (6,38 %) пацієнтів I групи. В усіх випадках застосовувалась додаткова антибіотикотерапія та щоденний туалет рани антисептиками. В усіх випадках також не було жодного інфікування бранші протеза та протезного сепсису. На момент виписування у всіх хворих рани затягнулися вторинним натягом.

Лімфорейя в п/о періоді мала місце в 5 (4,43 %) хворих: у 3 (6,38 %) пацієнтів I групи та 2 (4,35 %) пацієнтів III групи. В 4 (3,54 %) випадках спостерігали лімфорейю з латерального стегнового доступу. В одному випадку з метою лікування лімфорейї вводили в п/о рану розчин 76 % тріомбрасту, після чого на 3-й день лімфорейя припинилася. У трьох випадках лімфорейя зникла самостійно протягом 10-14 днів. В одного (2,13 %) пацієнта мала місце лімфорейя в заочеревинний простір. На 9-ту п/о добу було виконано дренажування заочеревинного простору. Через 35 днів хворий був виписаний у задовільному стані. Явища лімфорейї зникли.

Парапротезна серома виникла в одного (2,17 %) пацієнта III клінічної групи. Вона проявлялася виділеннями з п/о латерального доступу серозної

рідини та була верифікована ультрасонографічним дослідженням. Протягом 12 днів самостійно зникла, для профілактики інфікування хворий отримувал антибіотикотерапію протягом всього часу.

III група ускладнень – це системні ускладнення, які виникли з боку інших органів та систем. Сюди віднесли пацієнтів, у яких в п/о періоді мали місце гострий коронарний синдром, гостра ниркова недостатність та гостре порушення мозкового кровообігу, порушення моторної функції кишечника (табл. 3).

Гостре порушення коронарного кровотоку, що проявилось розвитком інфаркту міокарда, було відмічено в 3 (6,39 %) випадках у пацієнтів I та 4 (8,68 %) хворих III клінічної груп, що в загальному склало 6,20 %. У всіх випадках хворі були переведені до кардіологічного блоку, але, незважаючи на проведені лікування, померли.

Гостра ниркова недостатність (ГНН) розвинулась у 5 (4,43 %) пацієнтів, що по групах склало 2 (4,26 %) та 3 (6,25 %) пацієнти в I та III клінічних групах відповідно. Всім пацієнтам проводили інтенсивну терапію з метою відновлення діурезу та зменшення рівня азотемії. Двоє пацієнтів (4,35 %) з III клінічної групи з ГНН померли.

Таблиця 3. Структура та частота системних п/о ускладнень у хворих із синдромом Леріша

Вид п/о ускладнення	I група		II група		III група	
	Абсолютна кількість	Відносна кількість, %	Абсолютна кількість	Відносна кількість, %	Абсолютна кількість	Відносна кількість, %
Гострий коронарний синдром	3	6,39	-	-	4	8,68
Гостре порушення мозкового кровообігу	1	2,13	-	-	1	2,17
Гостра ниркова недостатність	2	4,16	-	-	3	6,52
Парез кишечника	1	2,13	-	-	2	4,35
Загалом	7	14,81	-	-	10	23,91

Парез кишечника в ранньому п/о періоді мав місце в 3 (2,66 %) пацієнтів: в одного (2,13 %) хворого I та у двох (4,35 %) пацієнтів III клінічної групи. В цих випадках була застосована традиційна комплексна стимуляція моторики кишечника. Протягом двох днів в усіх хворих явища парезу було ліквідовано.

Гостре порушення мозкового кровоотоку було відмічено по одному (2,13 %) та (2,17 %) випадку в I та III клінічній групі. Всі хворі померли.

Як видно з отриманих результатів при вивченні частоти та структури п/о ускладнень, що мали місце після різних видів реконструктивних втручань, найменша їх кількість спостерігається в пацієнтів II клінічної групи, де були виконані односторонні реконструкції. Найбільше ускладнень виявлено в пацієнтів III клінічної групи, де було виконано реконструкцію як аорто-клубового, так і стегнового сегмента.

Ампутації н/к було виконано в 5 (4,43 %) хворих, що склало 2 (4,26 %), 1 (5,00 %) та 2 (4,35 %) пацієнти по групах відповідно. Причому безпосередньо з приводу тромбозу експлантата виконано високу

ампутацію у 4 (3,54 %) пацієнтів: в одного пацієнта (5 %) із II клінічної групи, також в одного пацієнта (2,13 %) із I клінічної групи та у двох хворих (4,35 %) III групи. В одному випадку (2,13 %) після формування чіткої демаркаційної лінії було виконано дистальну резекцію стопи, в зв'язку зі збереженням явищ сухої гангрени стопи у пацієнта I клінічної групи. Стосовно ампутацій бачимо, що достовірної різниці між різними групами не виявлено.

Висновки. 1. Незважаючи на прогрес реконструктивної хірургії, при синдромі Леріша післяопераційні ускладнення залишаються на відносно високому рівні.

2. Виконання односторонніх реконструкцій приводить до значно меншої кількості ускладнень як в структурному, так і кількісному складі, ніж при двосторонніх.

3. При наявності критичної ішемії однієї н/к пацієнтів та клінічно інтактній контралатеральній н/к методом вибору вважаємо односторонні реконструкції.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Белов Ю.В., Степаненко А.Б., Генс А.П., Халилов И.Г. Оценка результатов хирургического лечения больных с множественным поражением артерий нижних конечностей // Хирургия. – 2001. – № 10. – С. 35-41.
2. Мамаев В.Е., Чугунов А.Н., Максимов А.В., Викторова С.В. Отдаленные результаты аорто-бедренных реконструкций – факторы, влияющие на прогноз // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2003. – № 6. – С. 39-43.
3. Спиридонов А.А., Бузишвили Ю.И., Тутов Е.Г., Аракелян В.С., Абдулгасанов Р.А., Азарян А.С., Шумилина М.В., Гукасян Л.В.

Результаты хирургического лечения пациентов с окклюзирующими поражениями аорто-бедренного сегмента // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2004. – № 3. – С. 48-54.

4. Сухарев И.И., Ващенко М.А., Никульников П.И. и др. Диагностика и хирургическое лечение окклюзии брюшной части аорты и магистральных артерий нижних конечностей // Клінічна хірургія. – 2002. – № 5-6. – С. 100.

5. Cardia G., Cianci V., Merlicco D. Reoperation on the femoral arterial bifurcation: technical notes and surgical strategy // Chir. Ital. – 2002. – Vol. 54, № 4. – P. 487-493.

Отримано 28.09.09