

И.А.Криворучко, И.Н.Лодяная, Е.Г.Черкашенинов

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра хирургии № 2, Харьков,  
Украина

Особенности хирургического лечения больных с атеросклеротическим окклюзионно-стенотическим поражением инфраренального отдела аорты.

**Введение.** Актуальность проблемы атеросклероза общеизвестна и обусловлена большой распространенностью поражения сосудов, высоким уровнем смертности от его осложнений, трудностями в лечении и, как следствие, возможную последующую инвалидизацию пациента. Прогрессирование облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей (ОАСНК) служит причиной ранней инвалидизации не менее трети больных, а более 10% из них подвергаются ампутации конечностей. Именно мультифокальность поражения (встречается в 30-90% случаев) влечет высокий уровень заболеваемости и смертности данной категории пациентов, которая по данным разных авторов. В целом, статистику результатов хирургического лечения сегодня нельзя признать удовлетворительной, поскольку интраоперационная летальность, по данным ряда отечественных и зарубежных авторов достигает 12 %, частота больших ампутаций 10 - 21,5 %. После выполнения хирургического вмешательства 5- летняя выживаемость больных не превышает 57-78%, 10-летняя – 30-65 %.

Одним из сложных для тактических решений вопросов видов атеросклеротического поражения является окклюзионно-стенотический процесс аорто-подвздошно-бедренно-подколенного сегмента у больных с выраженным кальцинозом (по типу «стеклянной трубки») указанных сегментов.

**Материал и метод.** Исследуемую группу составили 18 больных мужского пола в возрасте 54-76 лет с выраженным кальцинозом инфраренального отдела аорты и ее бифуркации (по типу «стеклянной трубки») и тотальным окклюдизирующим либо критически стенозирующими процессами в магистральных артериях нижних конечностях, хронической ишемией II б степени и более (классификация А.В.Покровского). Больные находились на лечении в отделении сердечно-сосудистой хирургии КУОЗ ОКБ «ЦЭМП и МК» Харьковской области в 2010-2011 г.г. Обследование у них включало лабораторные и инструментальные методы (ангиография и УЗДГ сосудов нижних конечностей). У всех больных был диагностирован циркулярный кальциноз инфраренального отдела аорты с окклюзией наружной подвздошной, общей и поверхностной бедренной артерии. В послеоперационном периоде проводилась соответствующая консервативная терапия, включая введение прямых антикоагулянтов, с последующим переводом больных на прием клопидогреля и статинов.

**Обсуждение.** Для доступа к подвздошным артериям использовали забрюшинные доступы: по Робу (10 больных) и параректальный (8 больных). При выборе вида реконструктивной операции при окклюзии наружной подвздошной артерии одним из условий успешности операции являлась адекватность наложения проксимального анастомоза при минимальном повреждении стенки магистрального сосуда вследствие травматизации его зажимом. Зачастую участок, пригодный для шва, приходится определять пальпаторно. В ходе наших наблюдений при распространенном атеросклерозе в патологический процесс были вовлечены, как правило, аорта, общая и наружная подвздошные артерии, в то время, как внутренняя подвздошная артерия оставалась наименее пораженной атеросклеротическими бляшками, что давало больше возможностей для надежного формирования проксимального анастомоза. Учитывая тот факт, что у этой категории больных наблюдается дальнейшее прогрессирование окклюзионно-стенотического процесса в послеоперационном периоде с распространением его на остальные артерии с необходимостью выполнения аорто-бифеморального шунтирования в различные сроки после первичной операции, инфраренальный отдел аорты у этих больных стараемся оставить не тронутым для выполнения последующих реконструктивных вмешательств. Другим сложным аспектом технического выполнения этапа операции является определение локализации для наложения дистального анастомоза вследствие наличия выраженной кальцинированной стенки бедренно-подколенного сегмента, наблюдаемой у всех анализируемых больных. Поэтому у 18 пациентов в качестве выбора нами было использовано проведение операции внутриподвздошно-глубокобедренного шунтирования синтетическим протезом. Следует отметить, что у этой категории больных в достаточной степени была развита коллатеральная сеть кровоснабжения, в том числе и органов малого таза. Исходя из этого, для того, чтобы избежать возникновение синдрома «обкрадывания» кровотока по протезу, внутренняя подвздошная артерия должна перевязываться дистальнее места наложения проксимального анастомоза. При этом дистальный анастомоз у всех больных формировали с глубокой бедренной артерией, так как именно эта артерия является наиболее подходящим местом для его формирования вследствие того, что она, как правило, в меньшей степени поражена атеросклеротическим процессом и наиболее сопоставима по диаметру с размером проксимального анастомоза.

Послеоперационных осложнений и летальных исходов у оперированных больных не наблюдали, регрессирование явлений ишемии отмечено у всех пациентов. Каждые 6 месяцев оперированные больные осматривались сосудистым хирургом отделения, в эти сроки после операции не зарегистрировано случаев тромбоза внутриподвздошно-глубокобедренного шунта.

**Выводы.** Внутриподвздошно-глубокобедренное шунтирование является операцией выбора при циркулярном кальцинозе инфраренального отдела аорты с окклюзией наружной подвздошной, общей и поверхностной бедренной артерии. Эта методика, на наш взгляд, позволяет

выполнять повторные операции при прогрессировании атеросклеротического процесса, в том числе – и на контрлатеральной нижней конечности.

Криворучко Ігор Андрійович: завідувач кафедри хірургії № 2 ХНМУ, професор,  
тел. 057-705-02-45; e-mail: ikryvoruchko@mail.ru