

А.В. Калинин, А.И. Квашин, Т.В. Очирова

АНГИОГРАФИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА ПОРАЖЕНИЙ АРТЕРИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ И ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Поражение сосудов у больных сахарным диабетом является одним из специфических осложнений этого заболевания. Многие исследователи считают диабетическую ангиопатию одним из ведущих факторов патогенеза «диабетической стопы» (Мазовецкий А.Г., 1997; Bloodworth, 1985; Schaper N.C., 1996). Вместе с тем, в современной литературе нет четких данных о различиях между атеросклеротическим поражением сосудов нижних конечностей и диабетической макроангиопатией.

Цель исследования заключалась в изучении ангиографической семиотики поражений артерий нижних конечностей у больных синдромом диабетической стопы и при атеросклерозе.

У 10 больных сахарным диабетом, госпитализированных по поводу гнойно-некротического поражения стопы, и у 10 пациентов с критической ишемией на фоне атеросклероза изучали данные ангиографии. Ангиография проводилась по методу Сельдингера на рентгенографическом комплексе «Ангиостар» фирмы Siemens с визуализацией в режиме реального времени.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ангиографическая картина поражений артерий нижних конечностей у больных с признаками ишемии стопы на фоне сахарного диабета заключалась в следующем:

- Дистальный тип гемодинамически значимого поражения артериального русла — от уровня трифуркации берцовых артерий.
- Наличие множественных, гемодинамически значимых, стенозов артерий голени по типу «четок».
- Слабо развитая сеть коллатеральных сосудов.
- Обеднение, вплоть до полного отсутствия, сосудистого рисунка стопы.
- Продолжительная поздняя артериальная и паренхиматозная фазы.

Под гемодинамически значимым стенозом артерии подразумевалось сужение просвета более 50 % от исходного. Следует подчеркнуть, что при сахарном диабете изменения в бедренной и подколенной артериях проявлялись в виде кальциноза среднего слоя с гладкой поверхностью интимы. Гемодинамически значимых поражений на этом уровне у больных диабетом не наблюдалось.

Напротив, у больных атеросклерозом, при ангиографии выявляли:

- Двусторонние поражения подвздошно-бедренного сегмента бедренной и подколенной артерий без вовлечения в процесс сосудов голени.
- Хорошо выраженная сеть коллатеральных сосудов.
- Участки стеноза на коротком протяжении с выраженными нарушениями магистрального кровотока выше уровня берцовых артерий.
- Хорошо контрастируемые сосуды стопы, за счет коллатерального кровотока.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные позволяют сделать вывод о различиях ангиографической картины поражений артерий нижних конечностей у больных синдромом диабетической стопы и при атеросклерозе.

А.В. Карпович

СПОСОБ ЛИМФОДИСЕКЦИИ ПРИ СОХРАНЕНИИ ДОБАВОЧНОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА И ПИЩЕВОДА

НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ (Северск)

Необходимость адекватной лимфодиссекции обусловлена высокой степенью лимфогенного метастазирования рака верхних отделов ЖКТ. При оперативном лечении пациентов с раком пищевода и желудка, в частности и выполнении расширенной лимфодиссекции в области чревного ствола и печеночных артерий (7, 8 и 9 группы лимфоузлов по классификации Японской Ассоциации Рака Желудка), может происходить пересечение проходящей здесь добавочной печеночной артерии (ДПА), что приводит к развитию в раннем послеоперационном периоде некроза левой доли печени

Цель: обосновать показания и оценить результаты применения способа лимфодиссекции при сохранении добавочной печеночной артерии (ДПА) при операциях по поводу рака пищевода и желудка.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектом исследования стали 18 больных раком желудка и пищевода (15 и 3, соответственно), у которых интраоперационно была выявлена ДПА в элементах малого сальника. У всех пациентов выполнялось рассечение печеночно-желудочной связки, в которой проходил сосуд, как элемент мобилизации желудка и пищевода и лимфодиссекции. Показания к сохранению или пересечению ДПА определялись на основании результатов интраоперационной лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ), при которой проводили измерение микроциркуляции с поверхности левой доли печени в течение 5 минут при отсутствии дополнительного механического и медикаментозного воздействия на ткань и сосуды печени. После этого накладывали сосудистую клипсу на ДПА и продолжали запись показателей микроциркуляции в течение еще 5 минут. При их снижении на 25 % расценивали присутствие ДПА гемодинамически значимым в кровоснабжении левой доли печени и стремились ее сохранить. При этом лимфодиссекцию выполняли следующим образом: клетчатку и лимфатические узлы (7 и 8 групп) удаляли исключительно острым путем, придерживаясь адвентиции обнажаемых сосудов, начиная со стороны печени и печеночно-двенадцатиперстной связки, сдвигая удаляемую жировую ткань с лимфоузлами в сторону препарата. Дойдя до истока ДПА, перевязывали восходящую левую желудочную артерию, проводили ее препаровку со смещением клетчатки в сторону малой кривизны желудка. Ветви второго порядка, идущие от добавочной печеночной артерии к желудку, под контролем глаза перевязывали и пересекали. Проксимальный отрезок левой желудочной артерии выше отхождения ДПА обрабатывали аналогичным образом вплоть до чревного ствола, смещая лимфатические узлы 7 и 9 групп в сторону препарата. При снижении показателей микроциркуляции менее 25 % в первые 5 минут после пережатия ДПА пациентам выполнялась перевязка левой желудочной артерии у истока и лимфодиссекция проводилась по традиционной методике. В послеоперационном периоде состояние пациентов и функцию печени оценивали с помощью лабораторных методов (контроль АсАТ, АлАТ, фибриногена и ПТО) и ультразвукового исследования. В качестве контрольной группы выступали пациенты, не имевшие ДПА и оперированные по традиционной методике.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На основании данных интраоперационной ЛДФ у 11 больных добавочная артерия была сохранена, у остальных 7 — пересечена. В раннем послеоперационном периоде не умер ни один из 18 включенных в исследование пациентов. При сравнении показателей системы гемостаза среди пациентов этих групп и пациентов, не имевших ДПА и оперированных по традиционной методике (39 человек) достоверных различий выявлено не было. Некоторое повышение среднего значения ПТО и фибриногена во всех группах в первые сутки после операции обусловлено операционной травмой и кровопотерей. Напротив, при анализе уровня сывороточных трансаминаз у всех пациентов в группе с пересеченной ДПА с первых суток отмечалось повышение уровня АлАТ и АсАТ в 1,5–2 раза от исходных значений с максимумом на 3–4 сутки. Выявленные отклонения пришли в норму у всех пациентов на 8–9 сутки после операции на фоне инфузионной и гепатопротективной терапии. Функциональные печеночные показатели в группе с сохраненной ДПА не отличались от таковых в контрольной группе.

При оценке с помощью УЗИ структуры печени и ее левой доли в частности, ни у одного из данных 18 пациентов с ДПА не было выявлено очаговых или диффузных изменений после операции. При оценке ткани печени в режиме цветного дуплексного сканирования у 6 (54,5 %) из 11 пациентов с сохраненной ДПА визуализировался внутрипаренхимальный ствол диаметром 4–6 мм с хорошим спонтанным кровотоком. Кроме того, из 11 пациентов данной подгруппы у 9 (81,8 %) при исследовании области чревного ствола помимо общей печеночной и селезеночной артерий визуализировался сохраненный добавочный ствол, диаметром 3–6 мм.

Прочие общехирургические осложнения не были связаны с выполненной нами манипуляцией и наблюдались: пневмония — у 2 (11,1 %) пациентов, обострение тромбофлебита вен нижних конечностей — у 2 (11,1 %) пациентов, анемия средней и тяжелой степени — у 5 (27,8 %) пациентов, формирование подкапсульной гематомы селезенки — у 1 (5,6 %) пациентов и развитие ранней спаечной кишечной непроходимости — у 1 (5,6 %) пациента. Последние два осложнения потребовали повторного оперативного вмешательства, остальные купировались консервативными мероприятиями.

Таким образом, предлагаемый способ сохранения ДПА при операциях на пищеводе и желудке уменьшает число послеоперационных осложнений, связанных с сегментарным некрозом печени, без ухудшения здоровья пациентов в раннем послеоперационном периоде.