

© Коллектив авторов, 2011
УДК 616.13-031.14-004.6-089

А.С. Немков, А.Е. Кобак, И.А. Лембриков, И.В. Баталин, С.А. Белый,
В.И. Лукашенко, И.Ю. Сенчик

УСПЕШНАЯ СИМУЛЬТАННАЯ ОПЕРАЦИЯ У БОЛЬНОГО С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. В.М. Седов) ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздравсоцразвития РФ

Ключевые слова: атеросклероз, критическая ишемия нижних конечностей, ишемическая болезнь сердца, оперативное лечение.

Облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей (ОАСНК) в настоящее время страдают от 3 до 20% населения [6]. Необходимость в оперативном лечении этих пациентов в развитых странах ежегодно равна 600 человек на 1 млн населения [1]. При этом к наиболее тяжелой категории пациентов относятся больные с критической ишемией нижних конечностей. К тому же, периоперационная летальность при больших ампутациях находится на уровне 10–15%, а в последующие пять лет жизни достигает 60% [2]. Основной причиной столь высокой частоты

летальных исходов являются острый инфаркт миокарда, внезапная смерть, жизнеугрожающие аритмии как следствие атеросклеротического поражения коронарных артерий, что также требует оперативного лечения.

Согласно данным TASC II (2007) [6], которое основывается на таких исследованиях, как CARP [3] и DECREASE [5], превентивное аортокоронарное шунтирование (АКШ) не имеет преимуществ по отношению к выживаемости и частоте сердечно-сосудистых осложнений по сравнению с пациентами, у которых была оптимизирована медикаментозная терапия. Однако исследование M.Monaco [4] за 2009 г. доказывает обратное.

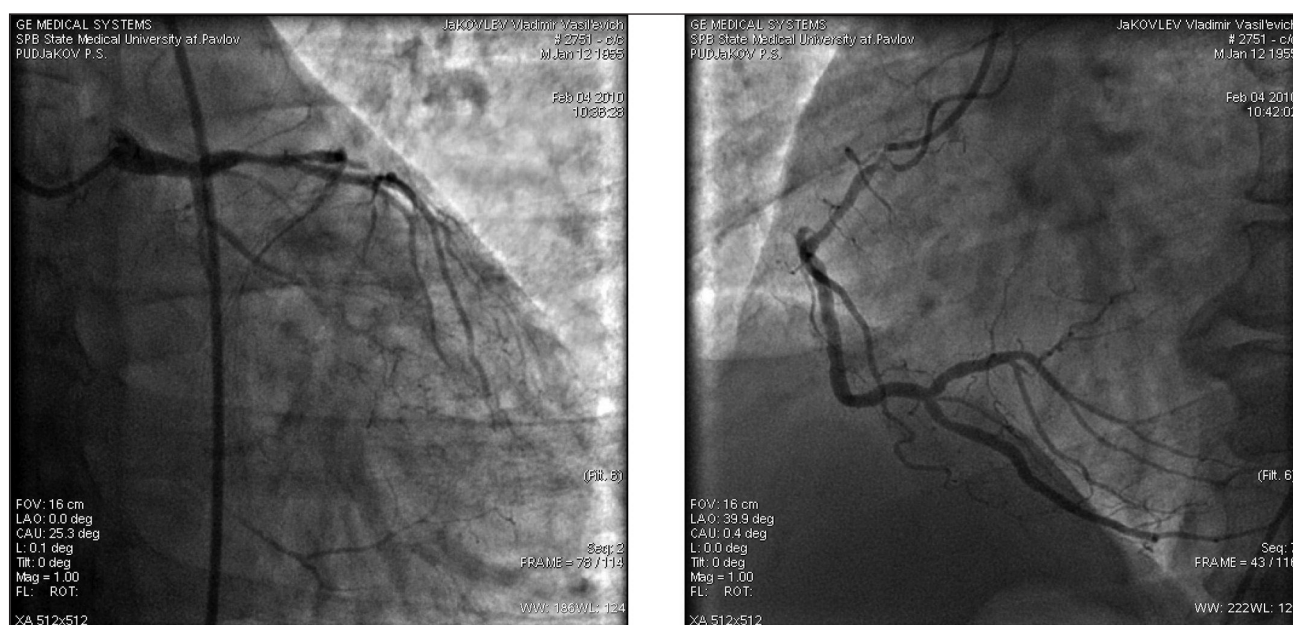


Рис. 1. Коронарограммы больного Я., 60 лет (объяснение в тексте).



Рис. 2. Аортоартериография того же больного (объяснение в тексте).

Поэтому проблема лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей в сочетании с ишемической болезнью сердца крайне важна и требует дополнительных усилий как в плане предоперационного обследования пациента, так и в плане периоперационного его ведения и определения хирургической тактики.

Больной Я., 60 лет, поступил в клинику факультетской хирургии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова 03.02.2009 г. с диагнозом: мультифокальный атеросклероз. ИБС: атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз (1990, 2007 гг.), стенокардия напряжения III функционального класса (ФК), СН — III ФК (NYHA), ОАСНК. Критическая ишемия правой нижней конечности. Сухая гангрена I пальца правой стопы.

При эхокардиографии обнаружено замедление скорости кровотока на аортальном клапане (0,79 м/с), акинезия базальных отделов нижнеперегородочной и нижней стенок левого желудочка (ЛЖ), диффузная гипокинезия стенок ЛЖ, снижение фракции выброса ЛЖ до 32%. На коронарографии выявлена окклюзия передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) в проксимальном отделе, стеноз огибающей ветви на 50% диффузно, окклюзия правой коронарной артерии (ПКА) в проксимальном отделе (рис. 1). По данным аортоартериографии, у больного имеются гемодинамически значимые стенозы правой поверхностной бедренной артерии (ПБА) в дистальной трети до субокклюзии (рис. 2).

Принято решение выполнить симультантную операцию на коронарных артериях и артериях правой нижней конечности. Риск анестезии по ASA IV степени, риск оперативного вмешательства IV степени.

04.02.2009 г. выполнено симультанное хирургическое вмешательство: 1) маммарно-коронарное шунтирование ПМЖВ, АКШ ПКА на работающем сердце; 2) открытая эндартерэктомия из правой ПБА с аутовенозной пластикой. Операцию выполняли в условиях многокомпонентной комбинированной анестезии с ИВЛ: комбинация внутри-

венного введения фентанила (10 мкг/кг) с ингаляционным анестетиком (форан 1–2 об%). Показатели центральной гемодинамики пациента определялись методом термодилуции с помощью катетера Свана—Ганца. Для профилактики реперфузионного синдрома до запуска кровообращения в ишемизированной конечности проводили инфузию маннита в общей дозе 0,46 г/кг. Профилактику развития коагулопатии осуществляли внутривенным введением транексамовой кислоты по общепринятой схеме. Во время оперативного вмешательства исходные показатели центральной гемодинамики характеризовались выраженной гиподинамией, что характерно для пациентов с низкой фракцией сердечного выброса и больных с ОАСНК и требовало инотропной поддержки эпинефрином. Полная реваскуляризация миокарда совпала с запуском кровообращения в ишемизированной конечности. После этого у больного развились явления острой левожелудочковой недостаточности, что потребовало начать инотропную поддержку левосименданом в сочетании с инфузией вазопрессора — фенилэфрина под контролем параметров центральной гемодинамики. По окончании операции доставлен в отделение реанимации для продленной ИВЛ и продолжения интенсивной терапии. Переведен на отделение сердечно-сосудистой хирургии в состоянии средней тяжести на 5-е сутки после операции. После того как на правой стопе сформировалась четкая демаркационная линия, через 21 день после основной операции, была выполнена некрэктомия (экзартикуляция I и IV пальцев правой стопы с резекцией головки I плюсневой кости) под субарахноидальной анестезией. Заживление раны — первичным натяжением. На 29-й день больной был выписан на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии. При контрольной эхокардиографии фракция выброса ЛЖ с 32 увеличилась до 49%. Диффузная гипокинезия стенок ЛЖ отсутствует.

Таким образом, выполнение симультантной операции позволило сохранить конечность и предотвратить развитие осложнений со стороны сердца за счет адекватной реваскуляризации миокарда.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Золотов Г.К. Облитерирующие заболевания артерий.—М.: Медицина, 2004.—С. 26.
2. Маклакова М.П., Рудуш В.Э. Прогнозирование и профилактика кардиальных осложнений у больных, оперированных по поводу атеросклероза терминального отдела аорты и артерий нижних конечностей // Ангиол. и серд.-сосуд. хир.—2003.— № 3.—С. 111–115.
3. McFalls E., Ward H., Moritz T. et al. Coronary artery revascularization before elective major vascular surgery // New Engl. J. Med.—2004.—Vol. 351, № 27.—P. 2795–2804.
4. Monaco M., Stassano P., Tomasso L. et al. Systematic strategy of prophylactic coronary angiography improves long-term outcome after major vascular surgery in medium to high-risk patients // J. Am. Coll. Cardiol.—2009.—Vol. 54, № 11.—P. 989–996.
5. Poldermans D., Schouten O., Vidacovic R. et al. A clinical randomized trial to evaluate the safety of a noninvasive approach in high-risk patients undergoing major vascular surgery. The DECREASE V pilot study // J. Am. Coll. Cardiol.—2007.—Vol. 49, № 17.—P. 1763–1769.
6. TASC II // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surgery.—2007.—Vol. 33, № 1.—P. 5–12.

Поступила в редакцию 05.03.2011 г.