

Случай хирургического лечения стойкого артериоспазма нижней конечности

В.М. Дмитриев, Д.Ю. Барыкин, М.Ю. Речкин, Р.Н. Белобородов

Surgical treatment of persistent arterial spasm of the lower limb: a case report

V.M. Dmitriyev, D.Y. Barykin, M.Y. Rechkin, R.N. Beloborodov

Государственное учреждение

Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г. А. Илизарова, г. Курган
(генеральный директор — заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАМН, д.м.н., профессор В.И. Шевцов)

Наиболее часто спазм магистральных артерий наблюдается при повреждении конечностей. Как правило, после проведения медикаментозной терапии вазоактивными препаратами он купируется на первые-вторые сутки после травмы [2, 5, 6]. У больных с тяжелыми травматическими повреждениями конечностей встречаются случаи более стойкого и выраженного по времени спазма магистральных артерий, который, как правило, разрешается спустя 2-3 недели после травмы [1].

Стойкий ангиоспазм как причина хронической артериальной недостаточности встречается крайне редко. В связи с этим данное патологическое состояние и его лечение в литературе освещено недостаточно подробно.

Консервативное лечение ангиоспазма заключается во введении вазоактивных препаратов [4]. Известны также хирургические методы лечения ангиоспазма, заключающиеся в выполнении не-прямых реваскуляризирующих операций, таких как поясничная симпатэктомия со стороны пораженной конечности, реваскуляризирующие остеотомии и туннелизации костей пораженной конечности, медиальная продольная кортикотомия большеберцовой кости и др. В зависимости от уровня, протяженности и длительности ангиоспастического процесса, а также наличия сопутствующих заболеваний отдаётся предпочтение наиболее целесообразному виду оперативного вмешательства или их комбинации [3].

В нашем клиническом наблюдении имел место длительный (в течение трех лет) тотальный артериоспазм правой нижней конечности

Приводим клиническое наблюдение. Больной С., 50 лет (история болезни № 3398), поступил в отделение сосудистой хирургии РНЦ «ВТО» с диагнозом: окклюзия берцовых артерий правой голени. Хроническая ишемия 2 б стадии (по классификации А.В. Покровского, 1979). Последствия перенесенного полиомиелита.

Анкилоз правого голеностопного сустава.

Ранее больному неоднократно проводились курсы консервативной терапии с минимальным клиническим эффектом.

При поступлении больной предъявлял жалобы на зябкость, парестезии в правой стопе, голени, боли в мышцах правой голени при ходьбе (через 150-200 метров). Считает себя больным в течение последних трех лет. В возрасте девяти лет перенёс полиомиелит, который осложнился парезом мышц правой нижней конечности.

При клиническом осмотре определялась атрофия мягких тканей правой нижней конечности: на бедре, на уровне верхней трети — 4 см, средней трети — 2 см, нижней трети — 1 см; на голени, на уровне верхней трети — 5 см, средней трети — 7 см, нижней трети — 0,5 см. Кожные покровы правой голени, стопы холодные, цианотичной окраски. На левой нижней конечности пульсация определялась на всем протяжении, на правой — отмечалось ослабление пульсации на подколенной артерии, на артериях стопы пульсация не определялась.

По данным полярографии, напряжение кислорода в коже верхней трети голени с двух сторон в пределах нормы. В коже правой стопы отмечали снижение на 58 %, в левой — снижение на 13 %, напряжение углекислого газа увеличено на 75 % относительно уровня нормы, что свидетельствовало о выраженной гипоксии тканей акральных отделов правой нижней конечности.

На артериограмме правой нижней конечности (рис. 1) — признаки тотального артериоспазма правой голени. В качестве контрастного вещества с целью профилактики интраоперационного артериоспазма использовали препарат Омнипак — 300.

По данным фотоплетизмографии (рис. 2, а), — отмечалась выраженная асимметрия пульсового кровенаполнения правой стопы.



Рис. 1. Артериография правой нижней конечности больного С. на момент поступления: а – 15-я секунда исследования; б – 22-я секунда исследования

С целью снижения патологической импульсации и улучшения кровоснабжения правой нижней конечности больному выполнена поясничная симпатэктомия справа с одновременной туннелизацией метафизов правой большеберцовой кости, плюсневых костей, пяточной кости правой стопы.

В послеоперационном периоде больной отмечал потепление дистальных отделов правой нижней конечности, увеличение безболезненно проходимого расстояния в 2 раза (300-400 метров). При объективном осмотре кожные покровы голени, стопы физиологической окраски, тёплые. Определяется отчетливая пульсация на задней большеберцовой артерии.

По данным полярографии, на 16-е сутки после оперативного лечения напряжение кислорода в коже верхней трети правой голени снижено на 12 %, на правой стопе составило 65 % относительно уровня нормы. Одновременно отмечалось снижение напряжения углекислого газа в сравнении с дооперационными показателями.

На фотоплетизмограмме нижних конечностей (рис. 2, б) на 14-е сутки после операции отсутствовала асимметрия пульсового кровенаполнения нижних конечностей.

На контрольной артериограмме (15-е сутки после операции) – отсутствие артериоспазма с контрастированием бедренной, подколенной, задней большеберцовой артерий. Окклюзия передней большеберцовой, малоберцовой артерий в нижней трети правой голени (рис. 3).

В нашем клиническом наблюдении длительно существующий стойкий артериоспазм нижней конечности вызвал хроническую ишемию с классической клинической картиной. В результате проведенного оперативного вмешательства удалось купировать спазм магистральных артерий с последующим регрессом клинических проявлений.

Таким образом, комбинированный подход к лечению данного патологического состояния, заключающийся в последовательном выполнении поясничной симпатэктомии и туннелизации костей правой нижней конечности, является эффективным в лечении хронической ишемии нижней конечности, обусловленной стойким спазмом магистральных артерий.

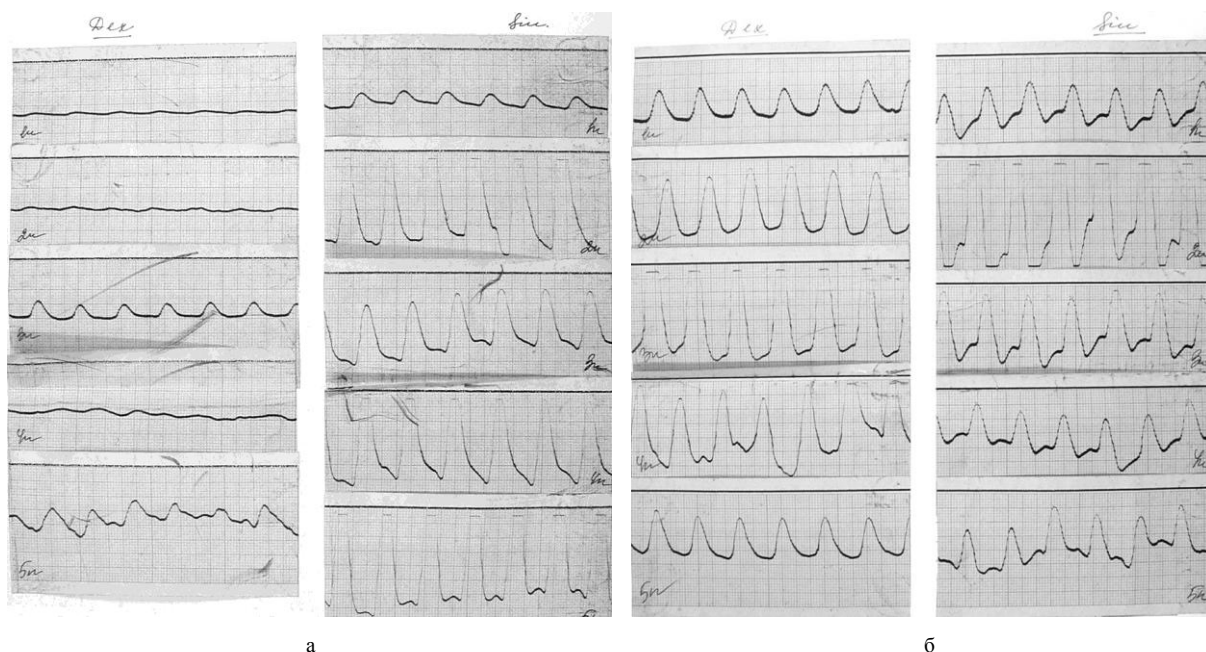


Рис. 2. Фотоплетизмограммы больного С.: а – на момент поступления; б – на 14-е сутки после операции

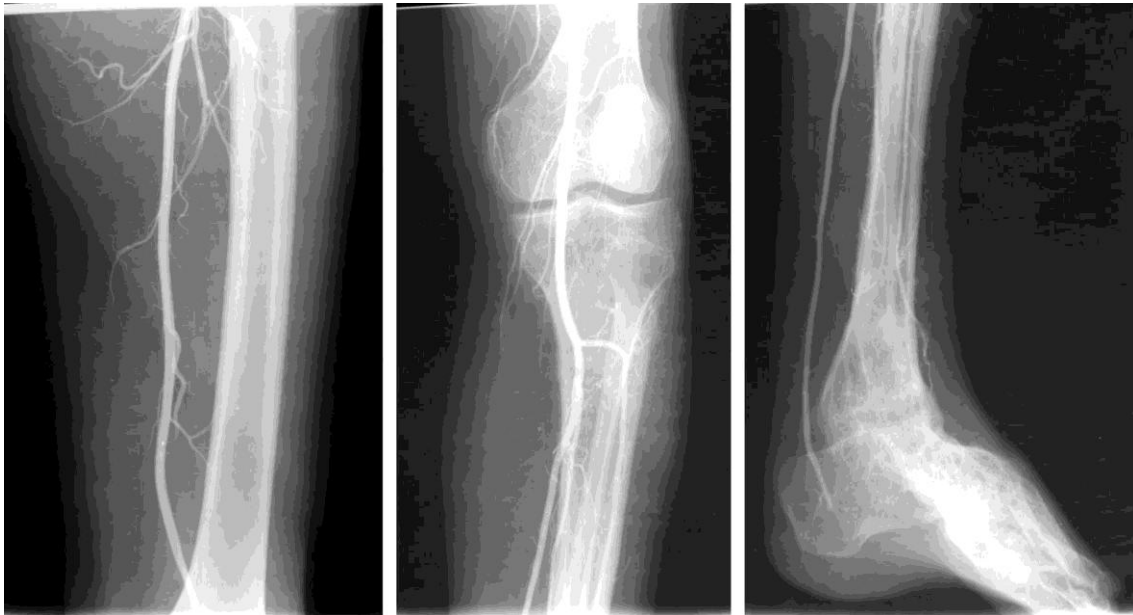


Рис. 3. Артериография правой нижней конечности больного С. на 15-е сутки после операции (15-я секунда от начала введения контрастного вещества)

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляева, А.А. Ангиография в клинике травматологии и ортопедии / А.А. Беляева. – М.: Медицина, 1993. – 240 с.
2. Бокерия, Л.А. Распространенность болезней сердца и сосудов и их хирургическое лечение в России (1998) / Л.А. Бокерия, Р.Г. Гудкова // Анналы хирургии. – 1999. - №5. – С. 5-25.
3. Григорян Г.Г. Выбор метода оперативного вмешательства у больных с множественным характером поражения артериального русла нижних конечностей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1986.
4. Покровский, А.В. Клиническая ангиология / А.В. Покровский. – М.: Медицина, 1979. – 368 с.
5. Intermittent claudication in 8343 men and 21-year specific mortality follow-up / S.J. Bowlin, J.H. Medalie, S.A. Flocke et al. // Ann. Epidemiol. – 1997. – Vol. 7, N 3. – P. 180-187.
6. Haimovici, H. Vascular surgery / H. Haimovici. – Appleton, 1984. – 1187 p.

Рукопись поступила 19.01.04.