

КЪСНИ АРТЕРИАЛНИ ЕМБОЛИИ - ДЕФИНИРАНЕ НА ПРОБЛЕМА

Насто Л., Кавръков Т.

Клиника по съдова хирургия - УМБАЛ "Проф д-р Стоян Киркович" АД гр. Стара Загора, България

Кореспонденция: д-р Лефтер Насто - Клиника по съдова хирургия - УМБАЛ "Проф д-р Стоян Киркович" АД гр. Стара Загора, България; имейл: drlefternasto@gmail.com; моб. телефон: +359 885872727

Въведение

Артериалната емболия представлява внезапна обструкция на кръвотоката на артериите от материал пренесен с кръвния ток, от друго отдалечено място.

Самият материал може да бъде тромбоцитно/фиброзен тромб, холестеролови частици, ламиниран аневризмален тромб или чуждо тяло придобило достъп до кръвоносната система.

Най-честия източник на периферна артериална емболизация е сърцето 58-93% (хронично предсърдно мъждене, инфаркт на миокарада с интрамуларно оформяне на тромботична формация, идиопатична дилатативан кардиомиопатия, изкуствени клапи, миксоми и др.).

Други източници на периферната артериална емболизация са артериалните аневризми, улцерирани атеросклеротични плаки и др. Следствие на артериалната емболия настъпва рязко и значително намаляване на тъканната перфузия, заплашваща виталността на засегнатия крайник и/или орган.

Различните тъкани показват различна толерантност към исхемията, най-чувствителна към обтурацията е нервната тъкан (от 30-та мин.); невъзвратими изменения в мускулатурата настъпват от 6 до 8-я час, а изменения по кожата настъпват между 12 и 48-я час.

В зависимост от изминалото време от началото на процеса артериалните емболии биват :

- ранни (до 12 - я час)
- късни (след 12 -я час).

Клинична картина в класическата си изява на артериалната емболия се диктува от „The 6 Ps“: болка (pain), парестезия (paresthesia), парализа (paralysis), побледняване (pallor), липса на пулс (pulselessness), студени пръсти (poikilothermia).

Цели и задачи

Целта на нашето проучване е дефиниране на термина късна емболия, изследване на приликите и разликите между ранна (до 12 -я час) и късна (след 12 - я час) периферна артериална емболия. Ще ви демонстрираме поведението в двата случая, както и анализът на световната литература относно рисковете ползите и индикациите за съответна късна артериална емболия реваскуларизация.

- *Ранна емболия* (до 12 - я час) - Характеризира се с внезапно начало, при повече от случаите снетата анамнеза и физикалното изследване са достатъчни за поставянето на диагнозата и определяне нивото на обструкция. Всеки болен с поставена диагноза периферна артериална емболия се третира като спешен и се подготвя за спешна артериална реконструкция. Няма непосредствена заплаха за засегнатия крайник при своевременно оперативно лечение и компенсирани характер на исхемията.
- *Късна емболия* (след 12 - я) - Всяка нетретирана артериална емболия поне 12 часа от началото на процеса я определяме като късна емболия, това състояние изисква по - комплексно поведение и по - детайлно изследване на болния. Извършването на артериография е задължително за преценка на общия съдов статус и състоянието на колатералното кръвообращение, както и инспектиране за вторична тромбоза следствие на емболията. От изключително голямо значение са консултативните прегледи за определяне на оперативния риск, а лечебните методики зависят от общото състояние на болния, придружаващите заболяване и обективното състояние на засегнатия крайник и / или орган. В голям процент от случаите извършването на късна емболектомия не е достатъчно

за добър изход на оперативната интервенция, поради което се налага извършването на големи артерилани реконструкции (байпас, ТЕА, пластика).

Материали и методи

Ще ви представим два случая на оперирани болни в Клиниката по съдова хирургия към УМБАЛ “Проф. д-р Ст.Киркович” АД - гр. Стара Загора, по повод ранна и късна артериална емболия, ще ви докладваме предоперативното и интраоперативното поведение, както и следоперативните резултати в двата случая.

Първи случай

- Пол: мъжки
- Възраст: 74 год.
- Местоживеене: гр. Стара Загора
- КК: рязка силна болка, изтръпване, намалена чувствителност и отслабени активни движения на горен десен крайник
- Давност на оплакванията: 2 часа
- Придружаващи заболявания: Хронично предсърдно мъждене, АХ

Болният беше консултиран в СПО на УМБАЛ „Проф. д-р Стоян Киркович“ - Ст. Загора и хоспитализиран в КСХ, извърши се физикално и Доплер сонографско изследване и се установи тромботична формация над бифуркацията на а.брахиалис в дясно.

Интраоперативно беше евакуирана тромботичната формация чрез катетърна емболектомия с катетър на *Фогарти No.4* и бяха възстановени пулсациите на карпалните артерии.

В ранния следоперативен период пациента беше без болкова симптоматика, с възстановени активни движения и чувствителност на крайника.

При дехоспитализацията беше назначена постоянна антикоагулантна терапия (Синтром 4 мг - по схема).

Диагнозата беше потвърдена и от материалното хистологичното изследване.

Втори случай

- Пол: мъжки
- Възраст: 56 год.
- Местоживеене: гр. Харманли
- КК: болка, ливидитет, изтръпване, намалена чувствителност и отслабени активни движения на долен десен крайник
- Давност на оплакванията: над 20 дни
- Проведено амбулаторно лечение: -
- Придружаващи заболявания: АХ

Болният беше хоспитализиран в КСХ в планов порядък, извърши се КТ ангиография, от контрастното изследване установи се генерализирана атеросклероза с оклузия на външна хълбочна артерия със слабо развито колатерално кръвообращение.

Поради компенсирания характер на оклузията при болният се извърши планова предоперативна подготовка и на 3 - я ден от хоспитализацията болният беше опериран.Интраоперативно беше евакуирана улцерирана атеросклеротична плака, с катетър на *Фогарти No.6*, след което се получи много добър проксимален кръвоток, беше извършена ендартеректомия и пластика на общата феморална артерия.

Следоперативно бяха възстановени артериалните пулсации, извърши се антикоагулантна профилактика с нискомолекулен хепарин и вазоактивни медикаменти. При дехоспитализацията болният беше без субективни оплаквания.

Дискусия

Терапевтичните техники и методики за лечението на периферната късна артериална емболия все още подлежат на много спорове и разногласия у световните съдовите хирурзи.

Според много автори артериална емболектомия след 12-я час е с много ограничени и незадоволителни резултати. Извършването и отлага с няколко часа или в най-добрите случаи с няколко дни препорачителната оперативна интервенция - ампутацията.

Хавайски съдови хирурзи смятат, че спасяването на крайника не трябва да бъде основна цел при пациенти с нетретирана емболия до 12-я час. Базирайки се на световната литература и статистика съобщават за 31% следоперативна смъртност при пациенти претърпели късна артериална емболектомия, поради което предпочитат следния терапевтичен подход при 54 пациенти с нелекувана емболия поне 12 часа от началото и: 20 000 IU Heparin болус и продължителна перфузия на 2000-4000 IU/h Heparin.

Съобщават за 7.5% смъртност и 21% от случаите приключили с ампутации.

Американски съдови хирурзи определят оперативното лечение след 8 - я час от оклузията като неефективно. Предлагат 7 - дневна антикоагулация с високи дози нативен хепарин, след което при наличието на витални тъкани препоръчват извършването на късна артериална емболектомия.

Hikmet I, u Nesimi E., определят късната артериална емболектомия като успешен хирургичен подход със задоволителни резултати (60.9%) относно запазване виталността на крайника, базирайки се на тяхно проучване върху 122 пациенти с поне 72 часа от началото на периферната артериална емболия.

Съдови хирурзи от УМБАЛ Бургас след тяхно прочване върху 32 - ма пациенти с късна форма на артериална недостатъчност твърдят, че при тези състояния артериалните реконструкции са уместни, грешка е да се пристъпи веднага към първична ампутация.

Заклучение

Базирайки се на нашия клиничен и оперативен опит смеем да твърдим, че опитът за ревакуларизация при късните форми на артериална емболия е препоръчителен, дори задължителен.

Сравнявайки нашите резултати с докладваните в световната литература късните емболектомии може да ги определим като последна надежда за избягване на големи инвалидизиращи ампутации и зародиш за по-добро качество на живот на болните.

Референции:

1. Haimovici, H. Arterial Embolism of the Extremities and Technique of Embolectomy. Haimovici's Vascular surgery 5th edition 2004;32: 388-407.
2. Hikmet, I., Nesimi E., Should embolectomy be performed in late acute lower extremity arterial occlusions?. Vascular Health and Risk Management Dovepress 2009.
3. Blaisdell WF, Steele M, Allen RE. Management of acute lower extremity arterial ischemia due to embolism and thrombosis. Surgery 1978; 84:822-34.
4. Andreev, A. 2009. Съдови заболявания; Акутна артериална исхемия, артериална емболия и микроемболии. София
5. Holcroft, JW. Acute Arterial Insufficiency. Vascular surgery principles and practice. Chapter 27;405.