

Veresoontekirurgia

Hübriidoperatsioonid on atraktiivne alternatiiv alajäseme kriitilise isheemia ravis

Lääneriikidele omane rahvastiku vananemine on tinginud selle, et veresoonekonnahaiguste hulgas on viimasel ajal üha kasvanud alajäseme kriitilise isheemiaga patsientide arv, kellel on kaasuvalt kardiaalse haigestumise ja suremuse risk suur, üldine elukvaliteet kehv ning suurenenud risk kaotada alajäse. Seetõttu on erialakirjanduses kujunenud aktuaalseks teemaks uute võimaluste otsimine alajäseme kriitilise isheemia ravimetoodika parandamiseks ja tõhusamaks muutmiseks. Alljärgnevalt on lähemalt vaadeldud selles vallas hiljuti ilmunud suundaandvat artiklit Siena ülikooli (Itaalia) professorilt Carlo Setaccilt (1).

Üldlevinud arusaama kohaselt on alajäseme kriitilise isheemiaga patsientide ravi kontseptsioon multidistsiplinaarne ning sisaldab kõiki olemasolevaid raviviise nii tõhusaima medikamentoosse ravi kui ka vaskulaarse ja endovaskulaarse kirurgilise sekkumise vormis. Varasemate selleteemaliste uuringute (peamiselt 1990. aastatest) alusel on soovitatud, et eeskätt endovaskulaarse ravi abil on võimalik vähendada haigestumust ja suremust, lühendada patsiendi haiglas viibimise aega ning vältida alajäseme kaotust. Viimastel aastatel on aga eelnimetatud ravivõimaluste lisandunud hübriidoperatsioonid, mille puhul kombineeritakse sama operatsiooni käigus nii endovaskulaarseid tehnikaid kui ka arterite avatud rekonstruktiivse kirurgia

võtteid. Selliseid arterite rekonstruktiivseid operatsioone, kus avatud operatsiooni käigus kasutatakse täiendavalt endovaskulaarseid lahendusi, on hinnatud paljudes uuringutes ning nendele tuginedes võib öelda, et just hübriidoperatsioonid kujutavad endast alajäseme kriitilise isheemiaga patsientide ravis olemasolevatele meetoditele atraktiivset alternatiivi ja annavad häid tulemusi.

Uuringute kohaselt pakuvad hübriidoperatsioonid unikaalset võimalust parandada ühe operatsiooni käigus samaaegselt nii vere pealevoolu kui ka äravoolu mitmes anatoomilises segmendis. Alajäseme arteritel tehtud hübriidoperatsioonide tulemuste analüüsimisel on leitud, et 3–5 aastat pärast operatsiooni on šuntide läbitavus (*patency rate*) olnud 71–76%. Hübriidoperatsioonide eeliseks on ka asjaolu, et nende puhul on operatsioonijärgne taastumine kiirem ja haiglas viibimise aeg sellevõrra lühem. Ka TASC II (*Trans-Atlantic Inter-Society Consensus on the Management of Peripheral Arterial Disease*) konsensusdokumendis (2) on näidatud, et hübriidoperatsioonide tulemused on täiesti aktsepteeritavad.

Kokkuvõttes tuleb nõustuda prof C. Setacci ettepanekuga, mille kohaselt tuleks alajäseme kriitilise isheemiaga patsientide ravis kasutada nii endovaskulaarseid kui ka arterite avatud operatsioonide tehnikaid ning ravi võiks sellest tulenevalt toimuda keskustes, kus mõlemad raviviisid on kasutusel ning operatsioonide arv suurem. Omapoolse kommentaarina tahaksin rõhutada asjaolu, et paljudel alajä-

seme kriitilise isheemiaga patsientidel on mitmeid kaasuvaid haigusi ja nende operatsioonirisk on suur. Sageli ei piirdu arterite ateroskleroosiline kahjustus ühe anatoomilise segmendiga, vaid haarab difuusselt mitut segmenti, näiteks nii aortoiliakaalset kui ka femoropopliteaalset regiooni. Aktsepteeritavate tulemuste saavutamiseks arterite taastavate operatsioonide järel on strateegiliselt oluline saavutada rekonstruktsioonisegmendis arteriaalse vere hea pealevool ning parim äravool. Kombineerides ravis endovaskulaarseid ravivõtteid ja arterite rekonstruktsiooni klassikalisi meetodeid, on võimalik teha kirurgilisi manipulatsioone mitmes arteriaalses segmendis suhteliselt väikese invasiivsusega. Seega tuleks arterite rekonstruktsioonide puhul võimaluse korral kindlasti kasutada kombineeritud ravivõtteid ning seda on laialdaselt aktsepteeritud ka rahvusvahelisel tasandil.

ALLIKAS

1. Setacci C. The increasing role of the vascular surgeon in critical limb ischaemia. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery* 2013;45:160–1.
2. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, et al. Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II). *J Vasc Surg* 2007;45;(Suppl):S5–67. <http://vascular.stanford.edu/endovasc/documents/PIIS0741521406022968.pdf>.



**Priit Pöder –
PERHi
kirurgiakliinik
priit.poder@
gmail.com**