

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ

Серажитдинов А.Ш., Владимирский В.В.

Областная больница, Россия, г. Челябинск

В работе обобщён опыт хирургического лечения 36 больных с аневризмами брюшной аорты. Приведены различные варианты реконструкций, в зависимости от размеров аневризмы, как при плановых операциях, так и при разрывах аневризмы.

Ключевые слова: аневризма брюшной аорты.

Хирургическое лечение аневризм брюшной аорты, в частности разрывов – актуальная проблема современной ангиологии и сосудистой хирургии. По данным Гранже от 1997 г. [1], в США ежегодно умирает от разрывов аневризм 15000 человек, лиц достигших шестидесятилетнего возраста. Наличие аневризмы брюшной аорты (АБА) представляет угрозу для жизни пациента, а естественное течение процесса имеет неблагоприятный исход. По наблюдениям Эстес от 1950 г. [2], к концу пятилетнего срока, у мужчин, которым был выставлен диагноз «аневризма брюшной аорты», при естественном течении заболевания, умерло 81% пациентов. Причём 2/3 из них умерло в результате разрыва аневризмы брюшной аорты. Результаты хирургического лечения разрывов аневризмы брюшной аорты, свидетельствуют о том, что проблема остаётся нерешённой. Показатели операционной летальности по данным разных авторов колеблются от 34 до 69,3%, а суммарная летальность превышает 80% [3,4].

Цель работы. Оценка результатов хирургического лечения аневризм брюшной аорты.

Материалы и методы. С января 2007 по декабрь 2009 года прооперированы 36 пациентов с аневризмой брюшного отдела аорты, из которых 33 больных мужского пола, 3 женского. 30 пациентов оперированы с плановом порядке, 6 – в

экстренном, на 1-21-е сутки после разрыва стенки аневризматического мешка. Возраст больных от 54 до 80 лет. У 35 пациентов аневризма имела атеросклеротическую этиологию. У одного пациента, аневризма была на фоне васкулита сопровождавшемся медианекрозом. Диаметр аневризмы от 4 до 10 см. Диагноз был подтверждён данным ультразвукового исследования (УЗИ), аортографии или спиральной компьютерной томографии (СКТ-АГ). В 16 случаях аневризма брюшной аорты распространялась на подвздошные артерии, из них в двух случаях с образованием гигантской аневризмы подвздошной артерии, диаметром до 10 см. Четверо больных были доставлены в больницу с клиникой разрыва аневризмы 12, 17, 21 и 28-дневной давности, из которых трое с острой почечной недостаточностью в стадии олигоурии, имевшим, к тому же, хроническую патологию почек в анамнезе. Оперативное лечение им проводилось в связи с выраженным болевым синдромом, рецидивирующим разрывом аневризмы. У всех пациентов имелась сопутствующая хроническая патология: все больные страдали гипертонической болезнью (ГБ) и ишемической болезнью сердца (ИБС); постинфарктный кардиосклероз (ПИК) был у 8 пациентов, стенокардия напряжения 3 ф.к. у 12 больных и у 17 пациентов 2-го и 1-го ФК; четверо больных страдали сахарным диабетом (СД) 2 типа; 14 пациентов имели окклюзионно-стенотические изменения артерий нижних конечностей; 13 больным, ранее была выполнена каротидная эндартерэктомия; 2 пациентам выполнена ранее АКШ; 5 больных страдали хроническим пиелонефритом и мочекаменной болезнью. В зависимости от локализации, размеров и распространённости аневризмы, выполнены следующие виды вмешательств: резекция аневризмы брюшной аорты с линейным протезированием и укрытием протеза аневризматическим мешком – 7; резекция аневризмы брюшной аорты с аорто-бифеморальным протезированием и укрытием протеза стенками аневризматического мешка – 11; аорто-бифеморальное протезирование, без вскрытия аневризмы брюшной аорты, с ушиванием аорты выше аневризматического мешка и лигированием подвздошных артерий – 9; и аорто-биилиакальное протезирование без вскрытия аневризмы брюшной аорты, с

ушиванием аорты выше аневризматического мешка и лигированием подвздошных артерий – 3, резекция аневризмы с аорто-билиакальным протезированием и укрытием протеза стенками аневризматического мешка – 6.

Результаты. На операционном столе умер один больной с медианекрозом аорты, из-за расслоения стенок грудного и брюшного отделов аорты и продолжающегося кровотечения. 2 пациентов умерли на 1-е и 9-е сутки после операции от нарастающих явлений почечной и полиорганной недостаточности. Все эти больные были оперированы в экстренном порядке с клиникой разрыва аневризмы на 12-21-е сутки. У обоих больных была острая почечная недостаточность в стадии олигоурии. 1 пациент погиб на 2-е сутки после операции от острого инфаркта миокарда (ОИМ). Кровопотеря, кроме случая расслоения аорты, составила от 300,0 до 1700,0 мл. В сроки от 6 до 24 месяцев осмотрены 17 больных. По данным УЗИ признаков рецидива аневризмы брюшной аорты нет. В тех случаях, когда производилось ушивание аневризматического мешка без вскрытия просвета, по УЗИ визуализировался аневризматический мешок без признаков кровотока в просвете мешка.

Заключение. Оценка ближайших результатов после операции, позволила нам сделать следующее заключение: кровопотеря у больных, у которых аневризматический мешок во время операции не вскрывался, составила от 300,0 до 700,0 мл, что значительно меньше тех случаев, когда производилось вскрытие аневризмы. Кровь им во время операции не переливалась. Послеоперационный койко-день составил 11,4 дня. В тех же случаях, когда производилось вскрытие мешка, послеоперационный койко-день составил 13,8 дня. По нашим наблюдениям, ушивание дистального отдела аорты, при небольших размерах аневризмы, имеет ряд положительных моментов, особенно у соматически отягощённых пациентов. Конечно, в тех случаях, когда производится линейное протезирование аорты, вскрытие аневризматического мешка необходимо. При аорто-бифеморальной реконструкции и небольших размерах аневризмы, операцией выбора может быть протезирование, без вскрытия аневризмы.

Литература

1. Grange J.J., Davis V., Baxter B.T. Pathogenesis of abdominal aortic aneurism: an update and look towards the future // Cardiovasc. Surg. 1997. Vol. 5.
2. Estes J.E. Abdominal aortic aneurysm: a study of one hundred and two cases // Circulation. 1950. Vol. 2.
3. Sullivan C.A., Rohrer M.J., Cutler B.S. Clinical management of the symptomatic but unruptured abdominal aortic aneurism // J. Vasc. Surg. 1990. Vol. 11.
4. Ingoldby C.J., Wujanto R., Mitchell J.E. Impact of vascular surgery on community mortality from ruptured aortic aneurisms // Brit. J. Surg. 1986. Vol. 73.

ХІРУРГИЧНЕ ЛІКУВАННЯ АНЕВРИЗМ ЧЕРЕВНОЇ АОРТИ

Серажітдінов А.Ш., Владімірській В.В.

В роботі узагальнений досвід хірургічного лікування 36 хворих з аневризмами черевної аорти. Наведені різні варіанти реконструкцій, в залежності від розмірів аневризми, як при планових операціях, так і при розривах аневризми.

Ключові слова: аневризма черевної аорти.

SURGICAL MANAGEMENT OF ABDOMINAL AORTIC ANEURYSMS

Serazhitdinov A.S., Vladimirskiy V.V.

Experience of the treatment of abdominal aortic aneurysms in 36 patients is presented. Different types of repair is described in dependence of aneurysms size in elective operations and in aneurysms rupture.

Key words: abdominal aortic aneurysms.