

Результаты реконструктивных вмешательств у больных с расслаивающими аневризмами абдоминального отдела аорты

В.В.Бойко, В.А.Прасол, П.Н.Замятин, С.И.Лях

Харьковский национальный медицинский университет (ректор — профессор В.Н.Лесовой)
Харьков, Украина

В работе проведен анализ результатов реконструктивных вмешательств у 160 больных с расслаивающими аневризмами абдоминального отдела аорты.

Ключевые слова: расслаивающие аневризмы абдоминального отдела аорты, реконструктивные вмешательства, типы протезирования.

Введение

Основным методом хирургического лечения больных при аневризмах абдоминального отдела аорты (ААОА) и ее магистральных ветвей являются оперативное вмешательство — резекция аневризмы, шунтирование либо протезирование пораженных сегментов [7, 2, 6, 5, 11]. Этот классический метод предполагает доступ к пораженному сегменту, выделение его из окружающих тканей, прекращение кровотечения на время наложения анастомоза с протезом, что вызывает систолическую перегрузку сердца, ишемию спинного мозга и внутренних органов, вплоть до остановки сердца [1, 10].

Реконструктивные операции на ААОА относятся к самым травматичным в хирургии, поэтому у больных, особенно пожилого и преклонного возраста с сопутствующей патологией, эти вмешательства имеют крайне высокий риск из-за возникновения в послеоперационном периоде тяжелых функциональных нарушений, развития осложнений [4, 3, 8, 9].

Материалы и методы исследования

В клинике ГУ «ИОНХ НАМН Украины» за период 2008-2012 гг. проведено лечение 160 больных с расслаивающими ААОА. По нашим данным, разрывы ААОА составили 29,3% всех больных, оперированных в клинике по поводу аневризм аорты, и 35,7% больных с аневризмой брюшной аорты — т.е. каждый третий больной с ААОА поступал в ургентном порядке. При разрыве ААОА реконструктивные операции выполнены 57 больным, в том числе 51 (89±4%) мужчине и 6 (10±4%) женщинам в возрасте от 46 до 89 лет.

Статистические выводы сделаны на основании данных, полученных при использовании стандартных статистических методов. Достоверность различий в группах определяли по критерию Стьюдента и уровню ее значимости (P). Различие средних величин считали достоверным при P<0,05.

Таблица 1

Виды операций у больных с разрывом ААОА

Наименование оперативного вмешательства	Количество больных	%
Реанимационная резекция ААОА	6	5±3
Резекция аневризмы + аллопротезирование брюшной аорты линейным протезом	11	18±5
Резекция аневризмы + бифуркационное аортоподвздошное аллопротезирование	27	47±7
Резекция аневризмы + бифуркационное аортобифеморальное аллопротезирование	13	23±6
Всего	57	100

Результаты исследования

■ их обсуждение

В табл. 1 приведены виды оперативных вмешательств при разрыве ААОА.

Следует подчеркнуть, что одному из указанных больных одновременно с резекцией аневризмы брюшного отдела и аллопротезированием абдоминального отдела аорты линейным протезом была выполнена спленэктомия и левосторонняя гемиколэктомия. У большинства больных выполняли резекцию ААОА с последующим ее протезированием.

У всех больных проксимальная граница фенестрации находилась на уровне основных висцеральных ветвей или в инфраренальном отделе аорты с продолжением расслоения преимущественно на правую подвздошную артерию. По данным гистологического исследования, у 3 больных выявлен атеросклероз, у 3-х — дегенеративные изменения стенки аорты, у одного больного — сочетание дисплазии с атеросклерозом.

У 6 больных основным видом хирургического лечения было линейное протезирование с реплантацией висцеральных ветвей на единой площадке в протез. У одного больного было выполнено бифуркационное аорто-подвздошное протезирование с шунтированием дистального отдела глубокой артерии бедра. Следует подчеркнуть, что 5 пациентов были оперированы в ургентном порядке после предварительной предоперационной подготовки и 2-х — экстренно.

При оперативном лечении ААОА большое значение придавали выбору оперативного доступа. Оперативным доступом у 159 больных была полная срединная лапаротомия и у одного боль-

ного — левосторонняя торакофренолюботомия по X межреберью в связи с непосредственной близостью почечных артерий к верхнему полюсу аневризмы. Как правило, в клинике применяли лапаротомный и торакофренолюботомный доступы, реже использовали параректальный ретроперитонеальный доступ.

Иссечение аневризмы передней стенки аорты с последующим анастомозом с протезом в этом месте по типу «конец в бок» аорты выполнено у 14 (8,8%) больных. Дистальный анастомоз был наложен у 5 больных до одной бедренной артерии, у 9 больных — до обеих бедренных артерий.

У 7 (4,4%) больных выполнены сочетанные реконструктивные сосудистые операции, такие как шунтирование чревного ствола и верхней брыжеечной артерии (ВБА) у 2 больных, шунтирование одной почечной артерии — у 3-х и билатеральное шунтирование — у 2 больных.

Типы протезирования ААОА в зависимости от локализации уровня дистального анастомоза представлены в табл. 2.

У 159 больных были применены различные методы хирургической профилактики ишемических расстройств левой половины ободочной кишки, которые представлены в табл. 3.

У 131 (82,4%) больных после резекции ААОА с протезированием подвздошных артерий кровоток был сохранен по обеим или хотя бы одной ВПА. Из них у 40 (30,5%) больных кровоток в ВПА восстановлен в антеградном направлении, у 91 (69,5%) — в ретроградном, и ещё у одного больного при эндопротезировании аорты был сохранен антеградный кровоток в правой ВПА. Шунтирование ВПА от бифуркационного протеза было выполнено у 2 (1,3%) больных.

У 28 (17,6%) больных восстановить кровоток в ВПА не представилось возможным из-за их окклюзии или аневризматических изменений. Проходимая НБА была лигирована у 27 (17,0%) больных.

26 (16,4%) больным с целью профилактики артериальной ишемии левой половины

Таблица 2
Типы протезирования ААОА в зависимости от уровня дистального анастомоза

Тип протезирования	Количество больных (n=160)	
	Абс.	%
Аорто-аортальное	10	6,3
Аортообщеподвздошное	19	11,9
Аортонаружно-подвздошное	57	35,6
Аортобедренное	42	26,3
Аортобедренное и общеподвздошное	3	1,9
Аортобедренное и наружно-подвздошное	8	5,0
Аортообщенаружно-подвздошное	16	10,0
Аортобедренное одностороннее	4	2,5
Эндопротезирование аорты и ОПА	1	0,6

Примечание: ОПА — общая подвздошная артерия.

Таблица 3
Методы хирургической профилактики ишемических расстройств левой половины ободочной кишки

Методы хирургической профилактики	Количество больных
Имплантация НБА в протез	26 (16,4%)
Шунтирование ВПА от бранши протеза	2 (1,3%)
Восстановление кровотока по ВПА	131 (82,4%)

Примечания: НБА — наружная брыжеечная артерия; ВПА — внутренняя подвздошная артерия.

ободочной и прямой кишок произведена имплантация НБА в основную ветвь сосудисто-го протеза по Каррелю с использованием при этом части стенки аневризматического мешка в виде заплаты.

Пройодимость НБА в различные сроки послеоперационного периода удалось проследить у 19 больных, причём у всех проходимость её была сохранена, а признаков формирования ложной аневризмы в зоне сосудистого анастомоза не установлено.

Выводы

При реконструктивных вмешательствах по поводу аневризм абдоминального отдела аор-

ты большое значение следует придавать выбору оперативного доступа. Как правило, в клинике применяли лапаротомный и торакофренолюмботомный доступы. реже использован параректальный ретроперитонеальный доступ.

Также у больных с аневризмами абдоминального отдела аорты необходимо уделять должное внимание мерам профилактики кардиальных и гастроэнтерологических осложнений.

Анализ результатов показал, что у больных имело место прогрессирование основного патологического процесса — облитерирующего атеросклероза, что послужило причиной инфаркта миокарда у одного больного, инсульта у двух, двое больных умерли от онкологических заболеваний.

Литература

1. Влияние пережатия аорты на гемодинамику при реконструкции грудной и брюшной аорты / Л.А.Бокерия, В.А.Лишук, А.А.Спиридонов [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2004. — Т. 10, №1. — С. 125-135.
2. Гавриленко А.В. Лечение ложных ятрогенных артериальных аневризм / А.В.Гавриленко, Г.В.Синявин // Ангиология и сосудистая хирургия — 2005. — Т. 11, №3. — С. 135-138.
3. Комбинированное лечение посттравматической артерио-венозной аневризмы между аортой и левой почечной веной Л.С.Коков, А.В.Покровский, В.Н.Тарбаев [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2007. — Т. 13, №2. — С. 121-124.
4. Результаты хирургического лечения недиагностированных малых аневризм брюшной аорты у пациентов с атеросклеротическим поражением аортобедренного сегмента / И.В.Арбузов, Ю.С.Спирин, В.И.Арбузов, Р.В.Ивашко // Серце і судини. — 2007. — №2. — С. 55-59.
5. Сочетанные операции при этажных поражениях аортоподвздошного и бедренно-подколенного сегментов / А.В.Троицкий, Р.И.Хабазов, П.Ю.Паршин [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия — 2005. — Т. 11, №2. — С. 113-121.
6. Спиридонов А.А. Хирургическое лечение аневризмы брюшной аорты / А.А.Спиридонов, Е.Г.Тутов, В.С.Аракелян. — М.: Издательство НЦССХ им. Н.А.Бакулева, 2000. — 205 с.
7. Способ пластического замещения дефектов аорты / В.Г.Вальтер, С.А.Шашин, А.П.Шашин, А.Э.Васильев // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2001. — Т.7, №1-2. — С. 75-80.
8. Хирургическое лечение осложненных форм аневризм брюшной аорты / М.А.Алиев, Б.Б.Баймаханов, В.А.Джакупов [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2006. — Т.12, №3. — С. 111-115.
9. Haug E.S., Romundstad P., Aadahl P., Myhre H.O. Emergency non-ruptured abdominal aortic aneurysm // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. — 2004. — Vol. 28. — P. 612-618.
10. Measuring the maximum diameter of native abdominal aortic aneurysms: review and critical analysis / A.Long, L.Rouet, J.S. Lindholt, E.Allaire // European journal of vascular and endovascular surgery. — 2012. — Vol. 43. — P. 515-24.
11. Outcome after simultaneous abdominal aortic aneurysm repair and aortocoronary bypass / A.El-Sabrou Rafik, M.D.FRCS, J.Reul George [et al.] // Ann. of Vasc. Surg. — 2002. — Vol. 16, №3. — P. 321-330.

В.В.Бойко, В.А.Прасол, П.Н.Замятин, С.И.Лях. Результати реконструктивних втручань у хворих з аневризмами, що розширюють, абдоминального відділу аорти. Харків, Україна.

Ключові слова: аневризми, що розширюють, абдоминального відділу аорти, клінічна симптоматика, інструментальна діагностика.

У роботі наведено аналіз результатів у 160 хворих з аневризмами, що розширюють, абдоминального відділу аорти.

V.V.Boyko, V.A.Prasol, P.N.Zamyatin, S.I.Lyah. Results of reconstructive interventions at patients with laminar aortic aneurysms of abdominal aorta. Kharkiv, Ukraine.

Key words: laminar aortic aneurysm of abdominal aorta, reconstructive intervention, types of prostheses.

The analysis of results of reconstructive interventions at 160 patients with laminar aortic aneurysms of abdominal aorta are given.

Надійшла до редакції 14.07.2012 р.