Одномоментные вмешательства у больных с инфраренальной аневризмой брюшного отдела аорты

К.м.н. Б.П. ДУДКИН, д.м.н., проф. А.Ц. БУТКЕВИЧ, В.В. РЫБАКОВ, В.Я. ПАНЬКО

Simultaneous operations in patients with infrarenal aortic aneurism

B.P. DUDKIN, A.C. BUTKEVITCH, V.V. RIBAKOV, V.YA. PAN'KO

Центральный клинический военный госпиталь ФСБ России, Москва

В рамках дискуссии, открытой статьей Ю.В. Белова и соавт. «Аневризма аорты и желчнокаменная болезнь: необходима ли одномоментная операция?», авторы излагают свой опыт выполнения сочетанных и комбинированных вмешательств при инфраренальных атеросклеротических аневризмах брюшного отдела аорты (АБА) в период с 1982 по 2007 г. В 86 наблюдениях авторы выполнили резекцию аневризмы в сочетании с коррекцией кровотока в других артериальных бассейнах, в 39 наряду с резекцией АБА — операции по поводу других хирургических и онкологических заболеваний. Полученные результаты лечения доказывают перспективность и целесообразность одномоментных симультанных операций при АБА.

Ключевые слова: аневризма брюшной аорты, одномоментные симультанные операции.

During the period between 1982 and 2007 years, 125 patients had been simultaneously operated on the infrarenal atherosclerotic aortic aneurism (aorto-femoral by-pass) and other organs. 86 of them overcame simultaneous surgery considering vascular interventions, the rest 39 had been operated on general surgical and oncologic diseases of abdomen. The acquired results were satisfactory and proved the reasonability of simultaneous operations by aortic aneurism.

Key words: abdominal aortic aneurism, simultaneous operation.

Введение

У значительной части больных с аневризмой брюшного отдела аорты (АБА) имеются поражения в других бассейнах артериальной сети: коронарных, почечных, сонных артериях, артериях нижних конечностей и др. [7, 12]. Многие хирурги выполняют резекцию АБА одномоментно с коррекцией кровотока в других артериальных бассейнах или с хирургическим лечением других заболеваний брюшной полости, указывая, что это позволяет избежать тяжелых осложнений в раннем послеоперационном периоде, и при этом не отмечают достоверного повышения послеоперационной летальности [1, 4—6, 8—11, 13, 14]. В то же время число публикаций, посвященных одномоментным вмешательствам по поводу АБА и других хирургических или онкологических заболеваний, крайне незначительно. В журнале «Хирургия» №2 за 2010 г. в статье «Аневризма аорты и желчнокаменная болезнь: необходима ли одномоментная операция?» Ю.В. Белов и соавт. приводят свой опыт двух резекций АБА с холецистэктомией (ХЭ), выполненных за период 20 лет. Авторы ссылаются на нашу публикацию [3], в которой приведен пример резекции АБА с правосторонней гемиколэктомией и ХЭ. Однако наш опыт таких вмешательств значительно больше, и мы посчитали возможным представить его на суд читателей.

Материал и методы

В 1982—2007 гг. в клинике оперирован 421 больной с инфраренальными АБА: 389 (92,4%) — в плановом порядке, 32 (7,6%) — по поводу разрыва аневризмы. Возраст планово оперированных больных колебался от 53 до 87 лет.

Обследование включало современные инструментальные методы диагностики: УЗИ и дуплексное сканирование, радиоизотопную и рентгеноконтрастную ангиографию, КТ и магнитно-резонансную ангиографию.

Тщательное обследование больных с АБА показало, что у 125 (32,1%) из них имелась необходимость в выполнении одномоментных сочетанных и комбинированных операций. В связи с этим в 264 (67,9%) наблюдениях выполнили только резекцию аневризмы с линейным или бифуркационным протезированием аорты, в 86 (22,1%) резекцию анев-

© Коллектив авторов, 2011

© Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2011

Khirurgiia (Mosk) 2011; 2: 11

E-mail: leg_o@mail.ru

ризмы комбинировали с коррекцией кровотока в других артериальных бассейнах, в 39 (10%) наряду с резекцией АБА выполняли операции по поводу других хирургических и онкологических заболеваний.

В связи с тем, что целью данной публикации является изложение нашего опыта одномоментных операций при поражении брюшного отдела аорты и других заболеваниях брюшной полости, мы остановимся только на их анализе.

Комбинированные операции резекции АБА с реваскуляризацией в других артериальных бассейнах выполнены нами 86 больным: 2 пациентам — с каротидной эндартерэктомией, 2 — с эндартерэктомией из почечных артерий, в 47 наблюдениях нижняя брыжеечная артерия имплантирована в сосудистый протез, в 35 выполнена реваскуляризация нижних конечностей — бедренно-подколенное или бедренно-тибиальное шунтирование, профундопластика венозной заплатой или бедренно-глубокобедренное шунтирование (при поражении ствола глубокой артерии до 2-й или 3-й прободающей артерии).

Одномоментные сочетанные операции резекции АБА с другими вмешательствами выполнены 39 пациентам. В 13 наблюдениях резекция АБА дополнена ХЭ по поводу хронического калькулезного холецистита, в 9 — нефрэктомией (в 7 по поводу рака почки, в 1 — по поводу пионефроза и еще в 1 — по поводу вторично сморщенной почки), в 2 — резекцией желудка (1 — рак антрального отдела желудка, 1 — декомпенсированный язвенный стеноз), в 10 наблюдениях возникла необходимость в резекции толстой кишки в связи с наличием рака ободочной кишки. В одном наблюдении в брыжейке сигмовидной кишки было выявлено плотное округлое образование диаметром до 7 см, интимно спаянное со стенкой кишки, произведена резекция сигмовидной кишки с опухолью; при ее гистологическом исследовании констатирован абсцесс, ограниченный толстой фиброзной стенкой.

Спектр вмешательств и их непосредственные результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1. **Одномоментные симультанные вмешательства у больных с АБА**

Вид операции	Число больных
Резекция АБА+ХЭ	13
Резекция АБА+ГКЭ	9
Резекция АБА+ГКЭ+ХЭ	1
Резекция АБА+нефрэктомия	9
Резекция АБА+РЖ	2
Резекция АБА+ГКЭ+ГС	1
Резекция АБА+ГС	4
Всего	39

Примечание. ХЭ — холецистэктомия; ГКЭ — гемиколэктомия; РЖ — резекция желудка; ГС — грыжесечение. Летальных исходов не было.

Мы соблюдали строгую последовательность в выполнении сочетанных операций: в первую очередь резецировали аневризму, тщательно изолируя сосудистый протез путем закрытия его аневризматическим мешком по типу двубортного пальто с последующей перитонизацией; только после этого производили другие необходимые хирургические вмешательства.

Все сочетанные операции выполняли под прикрытием антибиотиков широкого спектра, которые вводили в максимальных разовых дозах перед операцией, после операции и в послеоперационном периоде в течение 7—10 сут.

Приводим клинический пример.

Больной Л., 80 лет, госпитализирован 01.11.90 с диагнозом: инфраренальная АБА, опухоль слепой кишки, хронический калькулезный холецистит, ИБС, стенокардия напряжения. ЭКГ: суправентрикулярные экстрасистолы, неполная блокада правой ножки пучка Гиса. При поступлении больной предъявляет жалобы на постоянные боли в животе без четкой локализации с иррадиацией в спину, резкое похудание (на 8 кг) за последние полгода, слабость, неустойчивый стул. При осмотре: пульсирующее образование в околопупочной области, умеренно болезненное с четкими границами, размером 12×10 см. В правой подвздошной области также определяется опухоль, умеренно болезненная и ограниченно подвижная. УЗИ: инфраренальная аневризма аорты и обеих общих подвздошных артерий с массивным пристеночным тромбозом и деструкцией задней стенки аорты; желчный пузырь с утолщенными стенками, размером 10×4×4 см с множеством мелких конкрементов. 15.11.90 произведена лапаротомия: инфраренальная аневризма размером 12×9 см, распространяющаяся на обе подвздошные артерии, с небольшими субадвентициальными гематомами; в слепой кишке выявлена опухоль размером 10×9 см, прорастающая серозную оболочку, метастазов не обнаружено. Желчный пузырь с утолщенными отечными стенками, содержит множество мелких конкрементов с «вколоченным» в шейку камнем — «отключенный» желчный пузырь. Больному произведена комбинированная операция: резекция аневризмы с внутримешковым аортонаружно-подвздошным протезированием бифуркационным протезом с имплантацией нижней брыжеечной артерии в бок протеза. Сосудистый протез тщательно изолирован стенками аневризмы по типу двубортного пальто и париетальной брюшиной, после чего выполнена типичная холецистэктомия и правосторонняя гемиколэктомия с формированием илеотрансверзоанастомоза конец в бок. Операция закончена дренированием подпеченочного пространства и правого латерального канала. Продолжительность операции 3 ч 50 мин, кровопотеря составила 1000 мл. Послеоперационный пери-

Таблица 2. **Исходы изолированных и симультанных вмешательств у больных с АБА**

Объем хирургического вмешательства	Число больных		Число умерших	
	абс.	%	абс.	%
Только резекция АБА с протезированием	264	67,9	16	6,1
Резекция АБА с коррекцией кровотока в других бассейнах	86	22,1	6	7,1
Резекция АБА с операциями на других органах (холецистэктомия, нефрэктомия и др.)	39	10,0	—	—
Всего	389	100	22	5,7

Таблица 3. **Зависимость летальности от размера аневризмы, длительности и травматичности операции**

Число больных		Размер АБА, см	Средняя длительность операции, мин	Средняя кровопотеря, мл	Летальность	
абс.	%				абс.	%
189	48,6	<6	150	До 900	3	1,6
200	51,4	>6	210	Свыше 950	19	9,5
389	100	—	—	—	22	5,7

од протекал без осложнений, больной выписан в удовлетворительном состоянии на 19-й день после операции. Вел активный образ жизни, сохранял ясность ума. Умер в 2004 г. в возрасте 94 лет от острой сердечно-сосудистой недостаточности. Патолого-анатомическое вскрытие не производилось.

Результаты и обсуждение

Ретроспективный анализ летальности в зависимости от объема и характера оперативного вмешательства свидетельствует о том, что этот показатель при выполнении стандартных и одномоментных симультанных операций не различается. После изолированной резекции АБА из 264 пациентов умерли 16 (6,1%), после сочетанных и комбинированных операций из 125 больных умерли 6 (4,8%): после одномоментной резекции АБА с коррекцией кровотока в других артериальных бассейнах из 86 умерли 6 (7,1%); из 39 больных, которым одномоментно выполнили резекцию АБА и вмешательства на других органах брюшной полости, выжили все.

Непосредственные результаты хирургического лечения больных с АБА представлены в табл. 2.

Если одномоментные резекции АБА с коррекцией кровотока в других бассейнах по строгим показаниям считают возможными многие авторы [2, 6, 8, 10], то выполнению одномоментных резекций АБА и других операций посвящены единичные работы, описывающие небольшое количество таких вмешательств [9, 13, 14—17]. Наши данные [3—5] свидетельствуют о целесообразности выполнения по строгим показаниям одномоментного хирургического лечения АБА и других хирургических заболеваний.

По нашим данным, более значительное влияние на результаты лечения оказывают размер АБА, продолжительность операции и объем кровопотери (табл. 3).

Анализ показывает, что летальность значительно выше в старшем возрасте: в группе до 70 лет она не превышает 3,8%, в группе 70—79 лет возрастает до 6%, в группе старше 80 лет достигает 13,6%.

Таким образом, выполнение сочетанных и комбинированных операций является возможным и целесообразным: тотальная лапаротомия позволяет выполнить практически любое вмешательство на органах брюшной полости, отпадает необходимость повторных наркозов, осуществляется одномоментная санация сопутствующих общехирургических или онкологических заболеваний, что предупреждает возможные осложнения или неблагоприятное их течение, в то же время не увеличивается уровень послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Белов Ю.В.* Хирургическая тактика операций на коронарных артериях и артериях нижних конечностей. Грудная и сердечно-сосуд хир 1992; 9: 10: 18—22.
2. *Белов Ю.В., Степаненко А.Б., Генс А.М., Базылев В.В.* Хирургическая тактика в лечении больных с грудными и торакоабдоминальными аневризмами аорты и ИБС. Ангиол и сосуд хир 2005; 3: 73—80.
3. *Дудкин Б.П., Телятников С.С., Бучин А.М., Кирпиков Е.В.* Комбинированная операция при раке слепой кишки, аневризме абдоминальной аорты и калькулезном холецистите у пожилого пациента. Хирургия 1992; 3: 112—113.
4. *Дудкин Б.П., Буткевич А.Ц., Воронцов В.В. и др.* Оправданы ли одномоментные операции у больных с аневризмой брюшной аорты? Ангиол и сосуд хир 2005; 2: 114—115.
5. *Дудкин Б.П., Буткевич А.Ц., Вандиловский А.Б. и др.* Сочетанные и комбинированные операции у больных с инфраренальными аневризмами брюшной аорты. Сердечно-сосудистые заболевания (Приложение) 2008; 6: 113.

6. *Дюжиков А.А., Долматов Е.А., Сафонов Г.Г. и др.* Одномоментные операции у больных с поражением аорты и магистральных артерий. Всесоюзный съезд сердечно-сосудистых хирургов. Тез. докл. М 1990; 512—513.
7. *Казанчан П.О., Портной Л.М., Попов В.А.* Современные аспекты диагностики аневризм брюшной аорты в зависимости от сочетанных поражений. Грудная и сердечно-сосуд хир 1993; 2: 11—15.
8. *Лебедев Л.В., Дуданов И.П.* Хирургическое лечение сочетанных атеросклеротических поражений ветвей дуги аорты, брюшной аорты и артерий нижних конечностей. Ангиол и сосуд хир 1995; 1: 111—117.
9. *Леменев В.Л., Александров В.Б., Кошелев Ю.М. и др.* Симультанная операция по поводу рака прямой кишки и аневризм брюшного отдела аорты. Ангиол и сосуд хир 2004; 10: 2: 122—123.
10. *Покровский А.В., Ермолюк Р.С., Казанчан П.О. и др.* Принципы хирургического лечения больных с сочетанными окклюзирующими поражениями брюшной аорты и брахицефальных артерий. Актуальные проблемы ангиологии. Всесоюзная ангиологическая конференция. Ростов-на-Дону 1989; 171—172.
11. *Покровский А.В., Саламов А.С.* Оценка результатов хирургического лечения аневризм брюшной аорты в зависимости от сочетанных поражений. Майкоп 1992; 120—124.
12. *Покровский А.В., Дан В.Н., Златовчен А.М., Ильин С.А.* Влияние кардиального статуса и артериальной гипертензии на результаты хирургического лечения больных с аневризмами брюшной аорты старше 70 лет. Ангиол и сосуд хир 2003; 9: 1: 71—76.
13. *Радуш В.Э., Кудряшов К.А., Баранов А.С.* Симультанная операция по поводу рака левой почки и атеросклеротической окклюзии брюшного отдела аорты у больного с критической ишемией нижних конечностей. Ангиол и сосуд хир 2005; 3: 127—129.
14. *Фокин А.А., Важенин А.В., Лукин А.А. и др.* Методы консервативной и хирургической коррекции атеросклеротической аорто-артериальной патологии в период лечения злокачественных новообразований. Ангиол и сосуд хир 2006; 12: 3: 98—103.
15. *De Monti M., Ghilardi G., Bianchi E. et al.* Two incidental cases of abdominal aortic aneurysm and gallbladder cancer. Further data influencing the management of patients affected by aneurysm and gallbladder disease. Minerva Cardioangiol 2000; 48: 129—135.
16. *Innocenti C., Defraigne J.O., Limet R.* Aortic surgery in the presence of cholelithiasis. Should simultaneous cholecystectomy be performed? J Chir (Paris) 1989; 126: 159—162.
17. *Tsuji Y., Watanabe Y., Ataka K. et al.* Intraabdominal nonvascular operation combined with abdominal aortic aneurysm repair. World J Surg 1999; 23: 469—474.

Поступила 25.06.10