

the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. – Journal of Hepatology. – 2010. – Vol. 53. – P. 762–768.

5. The Sengstaken-Blakemore tube: uses and abuses / E. Seet [et al.] // Singapore Med J. – 2008. – Vol. 49, N 8. – P. 195–197.

## **ХИРУРГИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ**

***Батвинков Н.И.<sup>1</sup>, Цилиндзь А.Т.<sup>2</sup>, Василевский В.П.<sup>1</sup>,  
Кардис А.И.<sup>2</sup>, Горячев П.А.<sup>2</sup>, Труханов А.В.<sup>2</sup>, Тарасюк Е.С.<sup>1</sup>***  
УО «Гродненский государственный медицинский университет»<sup>1</sup>,  
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»<sup>2</sup>,  
Гродно, Республика Беларусь

В последние годы среди осложнений как истинных, так и ложных аневризм аорты следует отметить появление грозных патологических процессов, явившихся результатом воспалительной трансформации или инфицирования аневризматических образований [3]. По данным разных авторов, летальность при разрыве аневризмы брюшной аорты и, особенно, с ее инфицированием составляет до 90%. Хирургическое лечебное пособие должно в этом случае предполагать внеанатомическую реваскуляризацию нижележащих отделов, последующее радикальное выключение из кровотока или иссечение аневризматических образований и дренирование воспалительных полостей [1].

Представляющей не меньшую опасность для жизни больного может явиться ситуация после ранее выполненных реконструкций на аорте, особенно в отдаленные сроки и с явлениями сформировавшейся ложной аневризмы анастомоза. Одним из осложнений этих вмешательств являются желудочно-кишечные кровотечения вследствие образования аорто-дигестивного свища [2]. Частота подобных осложнений (так называемый вторичный аорто-энтеральный свищ), по данным ряда авторов, составляет от 0,6 до 2,3%. Кишечное кровотечение образует патологическое соустье, сформировавшееся между кишкой (двенадцатиперстная, то-

щая, сигмовидная) и протезом. Без оперативного лечения летальность абсолютная, даже после вмешательства она достигает 90%. Хирургическое вмешательство после получения данных о наличии аорто-энтеральной фистулы является единственным диагностическим и лечебным методом выбора. По мнению большинства авторов, выполнение первоначально подключично- или подмышечно-бедренного шунтирования, а затем разобщение аорто-дигестивной фистулы с восстановлением целостности кишечника, перевязкой (прошиванием) брюшной аорты сразу ниже почечных артерий и удаление инфицированного синтетического протеза может оказаться однозначно возможным спасительным выходом при данном виде осложнений [4].

**Цель работы.** Анализ возможности и объема эффективного хирургического лечения тяжелых осложнений аневризм абдоминальной аорты и магистральных сосудов.

**Материал и методы.** В течение последних двух лет в отделении хирургии сосудов первой клиники хирургических болезней прооперировано 2 пациента с признаками инфицирования и нагноения забрюшинных разрывов аневризматических трансформаций аорты и магистральных артерий и 1 больной с аорто-энтеральной (еюнальной) фистулой, явившейся результатом патологического соустья ложной аневризмы проксимального аорто-протезного анастомоза с дигестивной системой. Возраст больных мужского пола составил 51, 62 и 74 года. У одного пациента обширная забрюшинная гематома, распространяющаяся на бедра и переднюю брюшную стенку, была симптомной, с наличием общевоспалительной реакции соматического и лабораторного характера, у второго больного с множественными аневризмами аорты и подвздошных артерий, одна из которых сообщалась с паравазальным неоднородным жидкостным образованием, присутствовали явные признаки инфицирования ограниченного в правой подвздошной области пульсирующего патологического процесса. Возрастному пациенту с кишечным кровотечением 20 лет назад сделали аортобифеморальное шунтирование по поводу синдрома Лериша. Через 10 лет после этого реконструктивного вмешательства произведена ампутация левой ноги вследствие прогрессирования тромботического и атеросклеротического процесса.

**Результаты и их обсуждение.** Обоим больным с воспалител-

ными изменениями сосудистой стенки или гнойно-воспалительным процессом в области осложненной аневризматической трансформации выполнено хирургическое лечение. У одного из пациентов развитию паравазального инфекционного процесса предшествовало наличие мешотчатых аневризм бифуркации аорты и общих подвздошных артерий, осложненных разрывом с вовлечением правого мочеточника и развитием правостороннего уретрогидронефроза. Учитывая нарастание гнойно-воспалительной реакции, болей внизу живота, требовавших применения анальгетиков, и наличие разрыва аневризмы, больной был срочно оперирован. Выполнено внеанатомическое подключично-бифеморальное шунтирование с применением армированного аксилобифеморального протеза. Перевязка брюшной аорты на уровне нижней брыжеечной артерии и подвздошных артерий. Резекция нагноившейся ложной аневризмы и дренирование нижних отделов брюшной полости. Второму пациенту с воспалительной симптоматикой разорвавшейся в забрюшинное пространство обширной аорто-подвздошной аневризмы произведено лигирование брюшной аорты под почечными артериями после предварительного экстраанатомического подключично-бифеморального шунтирования. Общевоспалительная реакция купирована применением цефалоспоринов III поколения. В обоих клинических наблюдениях отмечено выздоровление больных. Пациенты обследованы через год: клинически значимых нарушений гемодинамики или прогрессирования патологического процесса не выявлено. Социальный и трудовой статус пациентов не изменился.

У больного с аортокишечным свищом имело место интенсивное кровотечение, которое внезапно прекращалось. За таким сигнальным кровотечением через несколько дней и даже недель следовало повторное массивное кровотечение. Наличие анамнестических данных перенесенной реконструктивной операции на аорте дало основание заподозрить аортокишечный свищ. Вследствие того, что кровотечение не носило угрожающий жизни характер, пациенту проведена панэндоскопия желудочно-кишечного тракта (неоднократная фиброгастродуоденоскопия, колоноскопия, двухбаллонная энтероскопия). Эти процедуры однозначно не помогли обнаружить свищ (при двухбаллонной энтероскопии свищевое отверстие принято за одну из острых язв), но с их помощью исклю-

чены другие, более распространенные причины кровотечения в пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке и толстом кишечнике. Предшествующие ультразвуковое исследование и спиральная компьютерная томография с ангиоусилением показала наличие инфраренальной ложной аневризмы брюшной аорты. Во время операции была диагностирована вторичная аортоэнтеральная фистула (2А тип). Поскольку в брюшной полости были обнаружены признаки инфицирования протеза, выполнено экстраанатомическое подключично-бедренное шунтирование для сохранения кровоснабжения правой ноги. На следующем этапе в условиях нестабильной гемодинамики брюшная аорта ушита сразу ниже почечных артерий, сосудистый протез, установленный во время операции 20-летней давности, эксплантирован, восстановлена целостность стенки тощей кишки. Наложенный аксилло-бифеморальный шунт сохраняет проходимость в течение 6 месяцев.

**Заключение.** Следует отметить, что в случаях наличия тяжелых осложнений аневризм абдоминальной аорты с безусловно неблагоприятным прогнозом (гнойно-воспалительные процессы, аортоэнтеральные фистулы) однозначно показан радикальный хирургический способ ликвидации патологии, цель которого после предварительной экстраанатомической реваскуляризации нижних конечностей удаление аневризматического образования с санационным или изолирующе-восстановительным вариантом окончания операции.

#### **Литературные ссылки**

1. Мереттини, Г., Вентура, М., Скартера, К. Первичная аортодуоденальная фистула в сочетании с положительным посевом из аорты // Ангиология и сосудистая хирургия. – 1996. – № 2. – С. 80–85.
2. Полянцев, А.А., Мозговой, П.В., Линченко, А.М. и соавт. Аневризма аорты и её висцеральных ветвей как причина желудочно-кишечных кровотечений // Хирургия. – 2001. – № 8. – С. 4–7.
3. Червяков Ю.В. Результаты лечения гнойных осложнений после сосудистых реконструкций с использованием синтетических протезов // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2002. – Т.8, № 3. – С. 96–101.
4. Alimi Y., Juhan C. Late complication of abdominal aortic prostheses: False aneurysms and aorto-digestive fistulas // J. Mai. Vase. –1995. – № 3. – P. 172–176.