

2. Chalyk, R. Yu. Clinical rationale for the choice of surgical technique for liver damage. Abstract of the dissertation for the academic degree of candidate of medical sciences. Saratov, 2009. –21 p.

3. Абдоминальная травма. Руководство для врачей/ под ред.А. С. Ермолова,М. Ш. Хубутя, М. М. Абакумова. – М. : Видар-М, 2010. – 504 с.

ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КАК ЭТАП ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА У ПАЦИЕНТОВ С АНЕВРИЗМАТИЧЕСКОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Рунге А. Е., Дайнович В. А.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Василевский В. П.

Актуальность. Аневризма брюшной аорты (далее АБА) является наиболее частой локализацией аневризм сердечно-сосудистой системы: на ее долю приходится около 80% [1]. Инструментальная диагностика служит для верификации диагноза и получения всей необходимой информации об имеющейся патологии аорты и ее ветвей.

Цель. Оптимизировать диагностический алгоритм и повысить эффективность хирургической лечебной тактики при плановых и экстренных классических операциях у пациентов с АБА.

Методы исследования. Проведено исследование результатов диагностики 30 стационарных пациентов с аневризматической трансформацией брюшной аорты, которые были оперированы в отделении ангиохирургии УЗ «Гродненская университетская клиника». Абсолютное число пациентов (100%) – мужчины, в возрасте от 56 до 77 лет.

Результаты и их обсуждение. Для визуализации патологического процесса, а также для определения тактики лечения пациентов с АБА во всех клинических случаях было выполнено УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства и КТ или КТ-ангиография аорты и артерий нижних конечностей. Дооперационное обследование в том числе направлено на выявление аневризмы подвздошных артерий, окклюзирующих заболеваний подвздошных или почечных артерий, а также наличие сосудистых аномалий.

Так, по классификации А. В. Покровского (1979 г.), у 15 пациентов (50%) наблюдался 2 тип АБА (инфраренальный отдел без вовлечения бифуркации), у других 15 (50%) – 3 тип (аневризма инфраренального сегмента с вовлечением бифуркации аорты и подвздошных артерий). Острая артериальная

недостаточность нижних конечностей сопровождала осложнение АБА у 3 пациентов (10%).

Средний размер аневризмы составил 68 мм, при этом минимальный размер – 45 мм, максимальный – 134 мм. Среди пациентов с разрывом АБА (всего 11 пациентов) у 2 из них (18,18%) размеры аневризмы составляли менее 55 мм, у 3 (27, 27%) – от 55 мм до 79 мм и у 6 (54,55%) пациентов – от 80 мм. При 3 типе АБА расширение подвздошных артерий наблюдалось в среднем до 49,7 мм (минимальный – 22 мм, максимальный – 88 мм).

Предоперационное обследование АБА также включает в себя измерение максимального поперечного перпендикулярного диаметра и отношения аневризмы к почечным артериям. Протяженность аневризмы, диаметр, ангуляции и извилистости аневризмы на уровне сегмента нормальной аорты, ниже почечных артерий («проксимальная шейка») и подвздошных артерий («дистальная шейка») особенно важны для успешного планирования хода операции.

У половины пациентов (50%), по данным УЗИ или томографии, было выявлено расслоение аорты или разрыв АБА или их сочетание. По результатам обследования 4 пациентам (13,33%) потребовалась срочная операция (группа пациентов с расслоением аорты). Также 11 пациентов (36,67%) с АБА были госпитализированы и прооперированы экстренно.

Выводы. Для распознавания аневризмы брюшной аорты в настоящее время используется комплекс высокоточных методов исследований, позволяющих уже на амбулаторном этапе проводить скрининг пациентов (УЗИ), а в случае обнаружения аневризмы уточнить ее параметры для выбора оптимального варианта дальнейшего лечения (КТ, КТ-ангиография). Хирургическая тактика у пациентов с АБА зависит от диаметра аневризмы и выраженности клинических проявлений. В большей половине клинических наблюдений с разрывом АБА размер аневризмы составил в диаметре более 8 см, что свидетельствует о необходимости более активного диагностического скрининга пациентов группы риска по аневризматической трансформации аорты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Покровский, А. А. Клиническая ангиология / А. А. Покровский. – Москва: ОАО «Издательство «Медицина», 2004. –Т.2.– С 23-40 с.