

УДК 616.136-007.253-06:616.33/34-005.1

## АОРТО-ЭНТЕРАЛЬНАЯ ФИСТУЛА КАК ПРИЧИНА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Батвинков Н.И.<sup>1</sup>, Горячев П.А.<sup>2</sup>, Василевский В.П.<sup>1</sup>,  
Кардис А.И.<sup>2</sup>, Цилиндзь А.Т.<sup>2</sup>, Труханов А.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>-УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

<sup>2</sup>-УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь

*Целью работы было показать специфику операционных подходов при аорто-энтеральной фистуле у больных, перенесших реконструктивную операцию на аорте. Продемонстрировано клиническое наблюдение успешного оперативного лечения вторичной аорто-энтеральной фистулы.*

*При аорто-энтеральной фистуле экстраанатомическое шунтирование с разобщением фистулы и реконструкцией кишечника является методом выбора хирургического лечения данного осложнения.*

**Ключевые слова:** аорто-энтеральная фистула, реконструктивная операция, кишечное кровотечение.

Одной из наиболее актуальных проблем ангиохирургии является окклюзия аорты и артерий нижних конечностей [1]. Особенно ситуация усугубляется при мультифокальном или многоэтажном окклюзионно-стенотическом поражении сосудов. При синдроме Лериша указанный процесс локализуется в терминальном отделе аорты и подвздошных артериях, нередко сочетаясь с окклюзией или стенозом магистральных артерий нижних конечностей, что приводит к хронической артериальной недостаточности, вплоть до критической ишемии. Это требует хирургического лечения, направленного на восстановление проходимости в области аортальной бифуркации, что достигается путем аорто-бедренного шунтирования или протезирования. Установлено, что продолжительность жизни у оперированных пациентов по поводу аорто-подвздошных окклюзий больше, чем у неоперированных, но на 10 лет меньше, чем в популяции людей того же возраста без поражения терминального отдела аорты. Среди поздних осложнений реконструктивных операций аорто-подвздошных поражений встречаются тромбозы или реокклюзии эксплантатов, а также возникновение грозных патологических процессов, являющихся результатом воспалительной трансформации и инфицирования тканей (ложные аневризмы, наружные или внутренние фистулы) [2, 4]. Особую опасность представляют ложные аневризмы проксимального (аорто-протезного) анастомоза с формированием аорто-дигестивного свища [3]. Частота побочных осложнений (так называемых вторичных аорто-энтеральных свищей) составляет от 0,6 до 2,3%. Сформировавшееся патологическое соустье является причиной желудочно-кишечных кровотечений, без хирургического лечения которых летальность достигает 90%. Чаще всего свищ образуется между аортой и двенадцатиперстной кишкой. Особенностью нашего случая является необычное формирование свища, что значительно затрудняло его диагностику.

### Клиническое наблюдение

Пациент Б., 1938 года рождения, 10.05.2012 г. переведен из центральной районной больницы в сосудистое отделение УЗ «Гродненская областная клиническая больница» с жалобами на слабость, «дегтеобразный» стул. Из анамнеза установлено, что пациент в 1992 г. перенес операцию аорто-бедренного бифеморального шунтирования по поводу синдрома Лериша. Через 9 лет в связи с прогрессированием хронической артериальной недостаточности была произведена ампутация левой ноги на

уровне верхней трети бедра. В последующем сформировалась аневризма аорто-протезного анастомоза с развитием хронической артериальной недостаточности правой нижней конечности. С 12.03.2012 г. стал отмечать «дегтеобразный» стул. Проводилось лечение в условиях районной больницы по поводу рецидивирующих желудочно-кишечных кровотечений. При ФГДС выявлен эрозивный гастрит. При УЗИ со стороны гепатопанкреатодуоденальной зоны без особенностей, брюшной отдел аорты расширен до 42 см, имеется аневризма в зоне аорто-протезного анастомоза. В связи с рецидивом желудочно-кишечного кровотечения пациент 20.03.2012 г. поступил в хирургическую клинику, где в этот же день выполнена РКТ, во время которой установлено, что ниже отхождения почечных артерий определяется расширение аорты до 36 мм на протяжении 79 мм с наличием пристеночных тромботических масс, дистальнее расширенной части аорты имеется аневризма проксимальной части протеза до 5 см диаметром, к передне-правой стенке протеза прилежит петля тонкой кишки, что не исключает наличие аорто-энтеральной фистулы. Контраст за пределы аорты и протеза не распространяется.

21.03.2012 г. выполнена фиброгастродуоденоскопия – признаки хронического гастрита, дуоденита. От двухбаллонной энтероскопии пациент отказался. 22.03.2012 г. произведена аортография: инфраренальный отдел аорты конической формы, правая бранша протеза проходима, левая – не контрастируется, данных о экстравазальном поступлении контрастного вещества не получено.

Предложено оперативное вмешательство, от которого пациент воздержался в связи с отсутствием продолжающегося кровотечения. 26.03.2012 г. был выписан из клиники. Однако 10.05.2012 г. наступил рецидив желудочно-кишечного кровотечения и пациент повторно доставлен в областную больницу.

Установлен диагноз: мультифокальный атеросклероз, синдром Лериша, аорто-бедренное бифуркационное шунтирование (1992), ампутационная культя верхней трети левого бедра (2001), аневризма проксимального анастомоза, хроническая артериальная недостаточность IIБ стадии правой нижней конечности, ИБС, артериальная гипертензия III ст., сахарный диабет 2 типа, протезно-кишечная фистула с рецидивирующим кровотечением в просвет тонкой кишки.

Учитывая многократные рецидивы желудочно-кишечного кровотечения и данные специальных методов исследования, согласно которым не исключается нали-

чие аорто-энтеральной фистулы, пациент 11.05.2012 г. подвергся оперативному вмешательству.

Под эндотрахеальным наркозом выполнена срединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости выявлен выраженный спаечный процесс между петлями тонкой кишки. В просвете кишечника находится измененная кровь. Произведен висцеролиз. В зоне инфраренального отдела аорты определяется конгломерат спаянных между собой петель тощей кишки. При дальнейшей ревизии установлено, что к области проксимального (аорто-протезного) анастомоза плотно прилежит «двустволка» тощей кишки. Учитывая угрозу профузного кровотечения из аорты в случае мобилизации указанной кишки, решено первым этапом выполнить экстраанатомическое (подключично-бедренное) шунтирование справа. Доступом по линии Кена в верхней трети бедра справа выделена бранша сосудистого протеза, общая, поверхностная (ПБА) и глубокая (ГБА) бедренные артерии. Общая бедренная артерия тотально кальцинирована, поверхностная – окклюзирована, глубокая – с отчетливой пульсацией. Доступом параллельно и ниже на 2 см правой ключицы выделена подключичная артерия и наложен центральный анастомоз указанной артерии с армированным протезом Gore-Tex из политетрафторэтилена диаметром 6 мм нитью Gore-Tex 7,0. Протез проведен в предварительно сформированном канале в межмышечном пространстве и подкожной клетчатке. После отсечения бранши старого протеза, резекции общей бедренной артерии выполнена артериотомия глубокой бедренной артерии с наложением дистального анастомоза, т.е. закончено выполнение подключично-бедренного шунтирования (рис. 1).

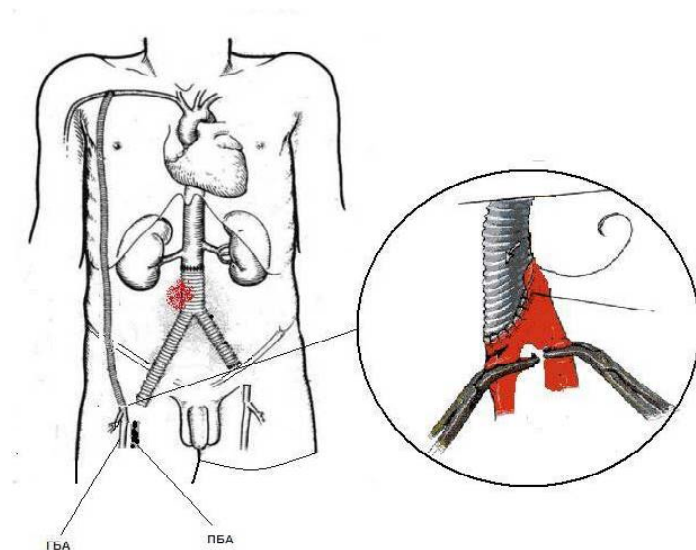


Рисунок 1 -  
(объяснение в тексте)

После пуска кровотока отмечается отчетливая пульсация протеза и глубокой бедренной артерии. Во время второго этапа выделен инфраренальный отдел аорты проксимальнее конгломерата спаянных между собой петель тонкой кишки. Аорта ниже почечных артерий лигирована. При мобилизации тонкой кишки в указанной зоне установлено, что аорта в области проксимального

анастомоза аневризматически изменена (диаметр ее равен 5 см). В середине правой полуокружности анастомоза имеется дефект овальной формы размером 2,5x1 см с протеканием артериальной крови. В тонкой кишке, около 40-50 см от Трейцевой связки по противобрыжечному краю, определяется дефект овальной формы с неровными краями размером 3,0x2,0 см (рис. 2).

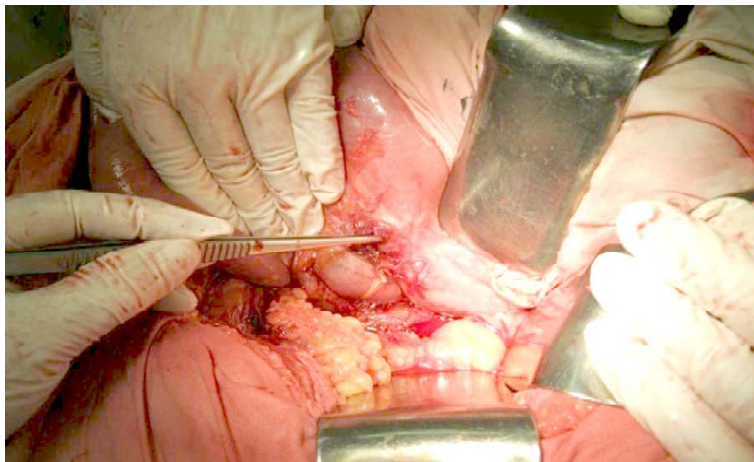


Рисунок 2 - Дефект стенки тощей кишки указан пинцетом

Сосудистый протез удален вместе с резецированным участком инфраренального отдела аорты, при этом отмечено, что из аорты и протеза поступает сливкообразное содержимое (гной). Забрюшинное пространство санировано, инфраренальная часть аорты ушита нитью пролен 3,0 дистальнее ранее наложенной на нее лигатуры. Край дефекта тонкой кишки иссечены, далее он ушит двухрядным швом. После герметизации забрюшинного пространства брюшная полость послойно ушита. В послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось.

Выписан 12.06.2012 г.

В отдаленном периоде пациент обследован в клинике. Эпизоды желудочно-кишечных кровотечений отрицает. Подключично-бедренный эксплантат функционирует.

Данное наблюдение представляет интерес в связи с развитием редкого осложнения после аорто-бедренного шунтирования по поводу синдрома Лериша, которое заключается в образовании вторичного непрямого свища необычной локализации, т.е. между аневризмой аорты и тощей кишкой. Все это сопровождалось клиникой желудочно-кишечных кровотечений, причина которых, с большой долей вероятности, была установлена благодаря мультиспиральной компьютерной томографии с ангиоусилением и подтверждена во время операции. Выполненное экстраанатомическое (подключично-бедренное) шунтирование позволило сохранить пациенту единственную нижнюю конечность.

#### Литература

1. Бокерия, Л.А. Актуальные проблемы хирургического лечения больных с критической ишемией нижних конечностей - пути решения (состояние проблемы) / Л.А. Бокерия, М. Б. Темрезов, В. И. Коваленко [и др.] // *Анналы хирургии*. – 2011. – № 1. – С. 3-8.
2. Мереттини, Г. Первичная аорто-дуоденальная фистула в сочетании с положительным посевом из аорты / Г. Мереттини, М.

Вентура, К. Скартера // Ангиология и сосудистая хирургия. – 1996. – №.2. – С. 80-85.

3. Полянцев, А.А., Аневризма аорты и её висцеральных ветвей как причина желудочно-кишечных кровотечений / А.А. Полянцев, П.В. Мозговой, А.М. Линченко [и др.] // Хирургия. –

2001. – №.8. – С. 4-7.

4. Alimi, Y. Late complication of abdominal aortic prostheses: False aneurysms and aorto-digestive fistulas / Y. Alimi, C. Juhan // J. Mai. Vase. – 1995. – №.3. – P. 172-176.

## AORTO-ENTERIC FISTULA AS THE CAUSE OF GASTRO-ENTERIC BLEEDINGS

*Batvinkov N.I.<sup>1</sup>, Goryachev P.A.<sup>2</sup>, Vasilevskiy V.P.<sup>1</sup>, Kardis A.I.<sup>2</sup>, Tsilindz A.T.<sup>2</sup>, Trukhanov A.V.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Education Establishment «Grodno State Medical University», Grodno, Belarus

<sup>2</sup>Health Institutions «Grodno Regional Clinical Hospital», Grodno, Belarus

*The purpose of the study was to show specific features of operational approaches to aorto-enteric fistula in patients who sustained reconstructive operation on the aorta. A successful clinical case report on operative treatment of secondary aorto-enteric fistula is described. Extraanatomic bypass with dissociation of fistula and intestinal reconstruction is a method of choice in surgical treatment of patients with aorto-enteric fistula.*

**Keywords:** aorto-enteric fistula, reconstructive operation, intestinal bleeding.

Адрес для корреспонденции: e-mail: hir1@grsmu.by

Поступила 16.05.2013