

## ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ВНЕАНАТОМИЧЕСКОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ АНЕВРИЗМАХ БИФУРКАЦИИ АОРТЫ И ОБЩИХ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРОЦЕССОМ

Н.И. Батвинков<sup>1</sup>, д.м.н., профессор; А.Т. Цилиндз<sup>2</sup>; А.И. Кардис<sup>2</sup>;  
В.П. Василевский<sup>1</sup>, к.м.н.; П.А. Горячев<sup>2</sup>; А.В. Труханов<sup>2</sup>

1 - УО «Гродненский государственный медицинский университет»

2 - УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

*В статье описывается клиническое наблюдение успешного экстраанатомического оперативного лечения тяжелого осложнения (гнойно-воспалительный процесс) множественных аневризм бифуркации аорты и общих подвздошных артерий. Различные варианты внеанатомического шунтирования при заболеваниях аорты и ее магистральных ветвей применяются редко и по строгим показаниям, так как отдаленные результаты лечения оказываются неутешительными из-за тромбоза протезов. В данном случае у больного в течение года сохраняется в удовлетворительном состоянии кровообращение нижних конечностей, что положительно сказывается на качестве его жизни.*

**Ключевые слова:** аневризма, экстраанатомическое шунтирование, гнойно-воспалительный процесс

*In article clinical case report of successful extraanatomic operative treatment of severe complication (pyoinflammatory process) of multiple aneurysms of aorta bifurcation and common iliac arteries is described. Various variants of extraanatomic bypasses at diseases of an aorta and its main branches are applied seldom and under strict indications as the distant results of treatment appear unfavorable due to graft thrombosis. In this case blood circulation of the lower extremities remains in a satisfactory condition in the patient within a year that positively affects on quality of his life.*

**Key words:** aneurysm, extraanatomic bypass (shunting), pyoinflammatory process

Одним из грозных осложнений атеросклероза являются аневризмы брюшной аорты (АБА), когда диаметр сосуда увеличивается не менее чем в 2 раза по сравнению с нормой [2]. По данным вскрытий они встречаются от 0,16 до 1,06% [2]. По А.В. Покровскому [2] различают аневризмы проксимального сегмента брюшной аорты (I тип), инфраренального сегмента без вовлечения бифуркации аорты (II тип), с вовлечением бифуркации аорты и подвздошных артерий (III тип), тотальное поражение аорты (IV тип).

Основной жалобой больных при АБА являются боли в области пупка и левой половины живота, которые носят ноющий характер и могут периодически усиливаться. Нередко боль иррадирует в левую поясницу. У худых пациентов при больших аневризмах определяется пульсация через брюшную стенку, иногда прослушивается систолический шум. В некоторых случаях АБА клинически себя не проявляет, протекают бессимптомно. Наиболее опасным их осложнением является разрыв аневризмы, что может произойти на фоне полного здоровья. В связи с этим крайне важна своевременная диагностика АБА. В настоящее время с этим вопросом проблем не имеется, так как широко применяются ультразвуковое сканирование, спиральная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и рентгеноконтрастная ангиография. При выявлении АБА показано хирургическое вмешательство, суть которого состоит в резекции аневризмы и выполнении орто-бифеморального протезирования. Некоторые авторы при малых аневризмах придерживаются выжидательной тактики [1, 7]. У больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями в последние годы используется рентгеноэндоваскулярное протезирование [3]. В более редких случаях применяют внеанатомическое подключично- или – подкрыльцовобедренное бифуркационное шунтирование [4,

5, 6]. Особенностью нашего случая являлось то, что у больного имелись множественные аневризмы бифуркации аорты и подвздошных артерий с признаками гнойно-воспалительного процесса, который явился противопоказанием для выполнения традиционной операции.

Приводим наблюдение.

Больной Ж., 1959 года рождения, 23.11.2010 года переведен из онкологического стационара в сосудистое отделение хирургической клиники с жалобами на боли тупого характера в области таза, которые в последнее время значительно усилились, и требовался прием анальгетиков. Из анамнеза установлено, что больной в течение трех месяцев лечился у врача-уролога с диагнозом хронический простатит, однако улучшения не наступило, и пациент был направлен в онкологическое отделение с подозрением на опухоль забрюшинного пространства. При УЗИ брюшной полости было установлено, что к дистальному сегменту аорты прилежит образование вытянутой формы 60x17 мм. Выполнено МРТ, во время которой изменений со стороны простаты не выявлено, а в области бифуркации аорты определяется дополнительное неоднородное образование, состоящее преимущественно из жидкостного компонента размером 69x46x49 мм с дополнительными перегородками. Один из жидкостных компонентов сообщается с просветом правой общей подвздошной артерии. Отмечается также зона выраженного отека забрюшинной клетчатки. Одновременно с этим у больного выполнялась биопсия паховых лимфоузлов. При гистологическом исследовании опухолей клеток не выявлено. На консультацию был приглашен сосудистый хирург, который рекомендовал СКТ, при которой (рис. 1) установлено, что в ректовезикальном кармане имеются следы жидкости, уплотнена клетчатка области бифуркации аорты и общих подвздошных артерий с жидкостным компонентом.



Рисунок 1 – СКТ больного Ж. Объяснения в тексте

На расстоянии 37 мм от бифуркации сечение аорты составляет 16 мм, а ближе к бифуркации расширяется до 20 мм. Устьевой сегмент левой общей подвздошной артерии расширен с 14 до 18 мм на протяжении 19 мм. Со стороны правой общей подвздошной артерии определяются мешотчатые аневризмы. Было сделано заключение, что данная картина, вероятно, обусловлена анатомическим вариантом развития общих подвздошных артерий, образованием мешотчатых аневризм, не исключался разрыв аневризм бифуркации аорты и общих подвздошных артерий с вовлечением правого мочеточника и развитием правостороннего уретерогидронефроза. Учитывая нарастание болей внизу живота, требовавшее применения анальгетиков и опасность разрыва аневризмы 25.11.2010 г. больной был срочно оперирован.

Произведена тотальная лапаротомия, при которой установлено, что в зоне бифуркации аорты имеется плотный инфильтрат размером 15x15 см, распространяющийся на общие подвздошные артерии и вены, вовлекающий слепую кишку с червеобразным отростком, который отечен, гиперемирован, покрыт фибрином. Ткани в указанной зоне резко гиперемированы, с участками некроза и гнойного воспаления. В связи с инфекционным процессом традиционное хирургическое вмешательство – протезирование аорты и подвздошных артерий – противопоказано, так как в послеоперационном периоде наступает инфицирование протеза, что приводит к опасному для жизни кровотечению. Решено выполнить внеанатомическое подключично-бифеморальное шунтирование с применением армированного аксиллобифеморального протеза (рис. 2).

С этой целью выделены правая подключичная и общие бедренные артерии на обеих нижних конечностях, которые оказались неизмененными. Наложено подключично-протезный анастомоз, после чего протез проведен подкожно и наложены протезобедренные анастомозы с обеих сторон. После этого продолжена операция в брюшной полости. Произведена аппендэктомия. После этого выше инфильтрата пережата аорта и перевязаны подвздошные артерии дистальнее аневризм. Выделены мочеточники и взяты на держалки. При резекции аневризм отмечалось значительное кровотечение, обусловленное рыхлостью стенок сосудов и прорезыванием швов. Гемостаз достигнут путем наложения множественных швов на кровоточащие сосуды с прилегающими тка-

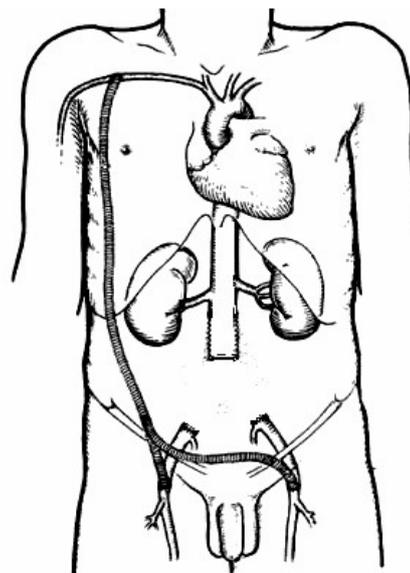


Рисунок 2 – Схема операции у больного Ж. Объяснения в тексте

нями. Культи абдоминальной аорты была перевязана и дополнительно прошита. Операция закончена дренированием нижних отделов брюшной полости.

Гистологическое исследование стенки аневризм представляют собой фиброзно-жировую ткань с воспалением и участками разрастания неспецифической грануляционной ткани. Стенка аорты – с наложением атеросклеротических бляшек, червеобразный отросток – флегмонозный аппендицит, при этом воспалительный процесс более характерен для вторичного аппендицита. Послеоперационный период протекал без осложнений, за исключением умеренной лимфорреи в правой паховой области. Выписан в удовлетворительном состоянии 10.12.2010 года с четко пульпируемой пульсацией на браншах протеза и периферических артериях обеих конечностей. Даны рекомендации. Через год больной госпитализирован для обследования в условиях сосудистого отделения. Состояние пациента удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Боли в нижних конечностях не беспокоят. По ровной местности может пройти без остановки несколько километров, однако при подъеме в гору вынужден периодически останавливаться из-за дискомфорта в нижних конечностях. Результатом операции доволен, так как отсутствуют боли, которые испытывал до операции, и ведет обычный образ жизни. Пульсация на протезе и периферических артериях нижних конечностей определяется.

Данное наблюдение представляет интерес по следующим соображениям. Прежде всего, указанный вариант внеанатомического шунтирования обычно применяется как вынужденное хирургическое вмешательство при развитии инфекции в зоне аортобедренного протеза в послеоперационном периоде. В нашем случае инфекционный процесс в зоне патологического очага возник до операции, то есть он явился операционной находкой, потребовавшей изменения первоначального плана оперативного вмешательства. Подобного наблюдения нам не удалось встретить в литературе. Во-вторых, до сих пор различные варианты внеанатомического шунтирования при заболеваниях аорты и ее магистральных ветвей, в том числе подключично-бедренное, применяются редко и по строгим показаниям, так как отдаленные результаты лечения оказываются неутешительными из-за тромбоза

протезов. В данном случае у больного в течение года сохраняется в удовлетворительном состоянии кровообращение нижних конечностей, что положительно сказывается на качестве его жизни.

### Литература

1. Хирургическая тактика при малых аневризмах инфраренального отдела аорты / С.Д. Панфилов [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. – 1996. – №2. Приложение. – С. 30.

2. Покровский, А.В. Заболевания аорты и ее ветвей / А.В. Покровский. – М., 1979.

3. Хабазов, Р.И. Первый опыт применения модульного протеза Aponda в лечении аневризмы инфраренального отдела аорты / Р.И. Хабазов, А.В. Троицкий, Г.А. Беляков // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2009. – № 3. – С. 120-123.

4. Lewis, C.D. A subclavian artery as the means of blood supply to the lower half of the body / C.D. Lewis // Br. Surg. – 1961. – № 48. – P. 574-578.

5. Lora, J.R. The treatment of combined aorto-iliac and femoropopliteal occlusive disease by spleno-femoral and axillo-femoral bypass grafts / J.R. Lora // Surgery – 1964, 55. – P. 387.

6. Sauvage, Z.R. Unilateral axillary bilateral femoral bifurcation graft: a procedure for the poor risk patient with aortoiliac disease / Z.R. Sauvage, S.I. Wood // Surgery. – 1966, 60. – P. 573.

7. Soisalon-Soininen S-S. Abdominal aortic aneurysm in octogenarians / S-S. Soisalon-Soininen // Vasa. – 1998. – Vol. 27, №3. – P. 29-33.

Поступила 08.02.2012

### ПЛАН проведения конференций в 2012 году в УО «Гродненский государственный медицинский университет»

№ п/п	Наименование темы, вид мероприятия (выставка, конгресс, симпозиум, конференция, совещание, семинар)	Организатор (тел., факс, e-mail)	Место и срок проведения
1	Научно-практический семинар «Ультразвуковые технологии в клинической практике».	Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии тел. (0152) 43 53 10; факс: (0152) 43 53 41 e-mail: <a href="mailto:ldt@grsmu.by">ldt@grsmu.by</a>	УО «ГрГМУ», 1-2 марта 2012 г.
2	XII съезд терапевтов Республики Беларусь	Управление здравоохранения Гродненского облисполкома	УО «ГрГМУ» апрель 2012
3.	Научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы педиатрии и детской инфектологии».	Кафедра педиатрии №2, Кафедра инфекционных болезней тел. (0152) 41 84 93; факс: (0152) 43 53 41 e-mail: <a href="mailto:kharchanka@mail.ru">kharchanka@mail.ru</a>	УО «ГрГМУ», апрель 2012 г.
4	Республиканская конференция студентов и молодых ученых, посвященная памяти профессора Д.А. Маслакова.	Студенческое научное общество, совет молодых ученых тел. (0152) 72 13 78; факс: (0152) 43 53 41 e-mail: <a href="mailto:sno.grsmu@gmail.com">sno.grsmu@gmail.com</a>	УО «ГрГМУ», 19-20 апреля 2012 г.
5	Республиканская военно-историческая конференция «Этих дней не смолкнет слава».	Военная кафедра тел. (0152) 43 72 49; факс: (0152) 43 53 41 e-mail: <a href="mailto:military@grsmu.by">military@grsmu.by</a>	УО «ГрГМУ», 26 апреля 2012 г.
6	Научная конференция «Весенние анатомические чтения» (вузовская).	Кафедра анатомии человека тел. (0152) 72 38 06; факс: (0152) 43 53 41 e-mail: <a href="mailto:oes-anatomy@mail.ru">oes-anatomy@mail.ru</a>	УО «ГрГМУ», май 2012 г.
7	Международная конференция «Современные методы диагностики и лечения в ортопедии».	Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ тел. (0152) 53 17 14; факс: (0152) 43 53 41 e-mail: <a href="mailto:orthotravm@grsmu.by">orthotravm@grsmu.by</a>	УО «ГрГМУ», 3-4 мая 2012 г.
8	Республиканская научно-практическая конференция «Кислород и свободные радикалы: фундаментальные и прикладные аспекты».	Кафедра нормальной физиологии Тел. (0152) 74 31 46; факс: (0152) 43 53 41 e-mail: <a href="mailto:dpfizio@tut.by">dpfizio@tut.by</a>	УО «ГрГМУ», 17-18 мая 2012 г.
9	III Гродненские гастроэнтерологические чтения (областная).	Кафедра факультетской терапии тел. (0152) 52 43 76; факс: (0152) 43 53 41 e-mail: <a href="mailto:ft@grsmu.by">ft@grsmu.by</a>	УО «ГрГМУ», май 2012 г.
10	Международная конференция, посвященная 50-летию образования кафедры психиатрии и наркологии УО «ГрГМУ».	Кафедра психиатрии и наркологии тел. (0152) 75 13 70; факс: (0152) 43 53 41 e-mail: <a href="mailto:karpiuk@grsmu.by">karpiuk@grsmu.by</a>	УО «ГрГМУ», 15 июня 2012 г.
11	Областная конференция «Актуальные вопросы неотложной хирургии: необходимость кишечника».	Кафедра хирургических болезней № 2 с курсом урологии, тел. (0152) 50 05 64; факс: (0152) 43 53 41 e-mail: <a href="mailto:S.Smotrin@mail.ru">S.Smotrin@mail.ru</a>	УО «ГрГМУ», 8 июня 2012 г.