

*Петюшик П. А.*

## **ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АОРТО-ЭНТЕРАЛЬНЫХ ФИСТУЛ**

*Научный руководитель: ассист. Романович А. В.*

*2-я кафедра хирургических болезней*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** В большинстве случаев аорто-энтеральные фистулы являются осложнением хронических аневризм и реконструктивных операций на брюшной аорте. Возникающее при этом профузное желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) часто приводит к летальному исходу. Высокий процент ранней послеоперационной и поздней смертности стимулирует разработку новых и совершенствование имеющихся методов хирургического лечения этой категории пациентов. Однако оптимальная хирургическая тактика при данных осложнениях до настоящего времени остается неясной и является предметом споров.

**Цель:** провести анализ частоты и причин возникновения аорто-кишечных фистул, оценить ближайшие и отдаленные результаты их хирургического лечения.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 9 пациентов в возрасте  $70 \pm 9,3$  лет (6 мужчин и 3 женщин), находившихся на лечении в Городском центре гастродуоденальных кровотечений на базе УЗ «10 ГКБ» г. Минска в период 2005-2016 гг. по поводу ЖКК, обусловленных наличием аорто-энтеральных фистул. Учитывая малый объем выборки, статистический метод исследования был использован в качестве вспомогательного.

**Результаты и их обсуждение.** Все пациенты были госпитализированы с клиникой ЖКК (с кровопотерей тяжелой степени – 7, средней степени – 2 человек). В 7 (77,8%) случаях причиной кровотечения являлся аорто-дуоденальный свищ, в одном случае – аорто-еюнальный, в одном – аорто-желудочный. Верификация диагноза проводилась по данным УЗИ, ФГДС. Оперативные вмешательства выполнялись по жизненным показаниям.

Вторичные фистулы после аортобифemorального протезирования были обнаружены у 5 пациентов (55,6%). У 4 пациентов в ходе операции было произведено ушивание кишки, и в связи с профузным кровотечением и нестабильной гемодинамикой протез был сохранен, а гемостаз достигнут путем ушивания дефекта проксимального анастомоза. Два пациента умерли в раннем послеоперационном периоде. Одному пациенту было произведено удаление протеза, ушивание культи аорты и подмышечно-бедренное бифуркационное шунтирование; умер на 3 сутки после операции.

В 2 случаях фистулы являлись осложнением: аневризмы брюшного отдела аорты и гастродуоденальной артерии. Одному пациенту была выполнена ликвидация свища с последующей резекцией аневризмы и перевязкой гастродуоденальной артерии, дуоденопластикой. Второму пациенту – выполнена резекция аневризмы брюшной аорты, аорто-бедренное бифуркационное протезирование (умер на 2 сутки после операции). Пациенту с фистулой, являющейся осложнением пенетрирующей язвы желудка, было произведено ушивание дефекта аорты с иссечением язвы и гастропластикой. При рецидиве аденокарциномы желудка (после гастрэктомии) произведены резекция эзофагоэнтероанастомоза с формированием тонкокишечного резервуара, ушивание дефекта аорты.

Ранняя послеоперационная летальность составила 44,4% (4).

**Выводы.** Хирургическое лечение аорто-энтеральных фистул как с сохранением протеза, так и с его удалением на фоне массивной кровопотери приводит к высоким цифрам летальности и требует дальнейшего изучения и поиска оптимальной хирургической тактики.