

Романович А.В., Буравский А.В., Хрыщанович В.Я.

ВАРИАНТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРАПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ БРЮШНОЙ АОРТЫ И ПОДВЗДОШНО-БЕДРЕННОГО СЕГМЕНТА

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Парапротезная инфекция и локальные гнойно-воспалительные процессы после аорто-бифеморального протезирования являются достаточно редкими послеоперационными осложнениями и встречаются, по данным разных авторов, в 0,2-6% случаев, а частота развития аорто-кишечных фистул не превышает 1-2%. Однако, помимо низкого качества жизни, в течение первого года с момента манифестации летальность в этой группе пациентов колеблется в пределах 25-88% (в зависимости от локализации и распространенности патологического процесса), а риск потери нижней конечности достигает 60-70%, что подтверждает актуальность медико-социальной проблемы.

Цель. Продемонстрировать случай течения и клинических проявлений парапротезной инфекции у пациента после аорто-бифеморального протезирования, а также предложить вариант радикального хирургического лечения.

Клинический случай. Пациент К., 67 лет, периодически получал курсы консервативного лечения по поводу облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей на протяжении 15 лет (вазоактивная терапия).

19.01.2015 – Аорто-бифеморальное протезирование в плановом порядке по поводу синдрома Лериша. В послеоперационном периоде наблюдалась лимфоррея из раны верхней трети правого бедра, диастаз краев раны до 1 см.

22.06.2015 – Неокклюзирующий тромбоз левой бранши протеза (65-70%). Серома области дистального анастомоза слева. ХАН 2Б слева (консервативное лечение, пункционная аспирация серомы).

13.07.2015 – Неокклюзирующий тромбоз левой бранши протеза. Серома области дистального анастомоза слева. ХАН 2Б слева (консервативное лечение, вскрытие серомы левой паховой области 17.07.2015).

14.12.2015 – Лигатурный свищ послеоперационного рубца паховой области слева (консервативное лечение).

11.05.2016 – Инфицирование левой бранши протеза (консервативное лечение).

27.05.2016 – Инфицирование левой бранши протеза (консервативное лечение; рекомендовано наблюдение хирурга, плановое рещунтирование с использованием донорского аллографта).

01.07.2016 – Инфицирование левой бранши протеза (консервативное лечение, рекомендовано удаление инфицированного протеза).

26.07.2016 – Инфицирование левой бранши протеза (посев – *Staphylococcus aureus*). Несостоятельность дистального анастомоза слева, кровотечение из раны верхней трети левого бедра (Остановка кровотечения. Реконструкция дистального анастомоза слева 27.07.2016).

11.09.2016 – рецидив кровотечения из свища левой паховой области (гемостаз давящей повязкой).

Пациент К. госпитализирован в отделение гнойной хирургии учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска 22.09.2016 (боль в левой ноге в покое; пульсация подколенной и берцовых артерий слева не определяется; свищ в левой паховой области со скудным серозно-гнойным отделяемым, посев – *Klebsiella pneumoniae*) с диагнозом: Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Синдром Лериша. Состояние после аорто-бифеморального протезирования (01.2015), протезо-ГБА шунтирования слева (07.2016). Инфицирование протеза. Рецидивирующее аррозивное кровотечение из зоны дистального анастомоза слева. Тромбоз протезо-ГБА шунта. ХАН 3 слева.

Диагноз верифицирован методами ультразвукового исследования и компьютерной томографии. Решение о выполнении ортотопической трансплантации нативного артериального аллографта было принято коллегиально – с учетом бесперспективности иных методов лечения.

04.10.2016 – Ортотопическая трансплантация донорского аорто-подвздошно-бифеморального комплекса. Реконструктивная операция на тонкой кишке (интраоперационно обнаружены пролежни двенадцатиперстной кишки и сформировавшийся парапротезный абсцесс в зоне проксимальной части протеза): ушивание дефектов ДПК, пластика нижнегоризонтального участка ДПК тощей кишкой на Ру-петле; формирование передободочного гастроэнтероанастомоза на длинной петле с Брауновским соустьем, дренирование брюшной полости.

В связи с сохраняющимися болями в левой ноге 17.10.2016 выполнено аутовенозное бедренно-берцовое шунтирование слева *in situ*.

Диагноз клинический заключительный: Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Синдром Лериша. Состояние после аорто-бифеморального протезирования (01.2015), протезо-ГБА шунтирования слева (07.2016). Инфицирование протеза. Пролежни ДПК. Парапротезный абсцесс. Рецидивирующее аррозивное кровотечение из зоны дистального

Интраабдоминальная инфекция. Вопросы диагностики и лечения : сб. материалов
респ. науч.-практ. видеоконф. с междунар. участием, Минск, 20 нояб. 2020 г.

анастомоза слева. Тромбоз протезо-ГБА шунта. Окклюзия бедренно-подколенно-берцового сегмента слева. ХАН 3 слева.

Длительность лечения в стационаре 22.09.2016 – 25.10.2016. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии, послеоперационные раны без признаков нагноения, кровообращение нижних конечностей полностью компенсировано. На протяжении последующих двух лет признаков рецидива парапротезной инфекции не зарегистрировано.

Заключение. Представленный клинический случай наглядно иллюстрирует течение заболевания у пациента с парапротезной инфекцией и низкую эффективность консервативных мероприятий. Трансплантация нативного артериального аллогraftа в ряде случаев может быть единственным радикальным методом лечения.