

ПРЕДИКТОРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ

Рунге А.Е., Шарилова М.Д., Василевский В.П.

*Гродненский государственный медицинский университет,
1-я кафедра хирургических болезней, г. Гродно*

Ключевые слова: *аневризма брюшной аорты, разрыв, резекция.*

Резюме: *в статье приведены результаты обследования и хирургического лечения 30 стационарных пациентов, оперированных по поводу аневризмы брюшной аорты в плановом и экстренном порядке. Проведен анализ факторов риска, диагностики и результатов хирургического лечения.*

Resume: *the article presents the results of the investigation and surgery of 30 patients operated for abdominal aortic aneurysm both routinely and urgently. We analyzed risk factors, diagnostics and results of surgeries.*

Актуальность. Аневризма брюшной аорты (АБА) – это опасное для жизни состояние, которое требует наблюдения или лечения в зависимости от размера аневризмы и/или симптоматики. Наиболее широко используемое определение АБА – дилатация аорты диаметром ≥ 30 мм. Некоторые исследователи предлагают альтернативное определение – увеличение диаметра сосуда $>50\%$, но это не всегда может быть определено, особенно когда граница между областью аневризмы и непораженной зоной нечеткая [4].

Частота АБА в популяции колеблется от 0,5% до 3%. В то же время исследования распространенности аневризм, выявленных при ультразвуковом исследовании (УЗИ), составило 4,3% у мужчин и 2,1% у женщин [6].

Факторы риска АБА включают пожилой возраст, табакокурение, артериальную гипертензию, гиперхолестеринемию, хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ) и мужской пол. Атеросклероз является наиболее часто ассоциированной патологией [6]. По данным различных исследований, доля таких аневризм составляет от 80% до 90%, и лишь 10-20% АБА имеют другое происхождение [1]. Семейный анамнез АБА и наличие других периферических аневризм также являются важными предикторами АБА [7].

Актуальность данной проблемы обусловлена тем, что аневризмы брюшной аорты могут длительное время существовать без каких-либо серьезных симптомов. В то же время существует высокий риск различных осложнений. С каждым годом объем аневризматического мешка вырастает на 10%, в результате чего без своевременного лечения происходит истончение и разрыв аневризмы [3].

Ежегодный риск разрыва аневризмы диаметром 6-7 см составляет 10-20%, 7-8 см – 20-40%, свыше 8 см – 30-50%. Разрыв аневризмы более 6 см происходит у 27 из 100 человек в год [2].

В настоящее время традиционная хирургическая коррекция – резекция аневризмы с протезированием аорты является стандартом лечения АБА [5].

Операционная летальность при плановых открытых хирургических операциях при АБА значительно различается между клиниками и странами и находится в

диапазоне от 1% до 8%. Результаты открытой операции при разрыве АБА намного хуже, чем таковые при плановых вмешательствах. В развитых странах смертность разорвавшихся аневризматических трансформаций до госпитализации составляет до 40%, а в послеоперационном периоде доходит до 60-70% [4].

Цель: определить частоту предикторных факторов риска и оценить результаты классического хирургического лечения пациентов с АБА.

Задачи: 1. Выявить предикторные факторы риска развития аневризмы брюшной аорты; 2. Провести анализ тактики и метода хирургического лечения; 3. Оценить частоту послеоперационных осложнений и результаты операций при данной патологии.

Материал и методы. Проведено исследование результатов обследования и исходов классических хирургических резекций абдоминальных аневризматических трансформаций у 30 стационарных пациентов, которые были оперированы в отделении хирургии сосудов УЗ «Гродненская университетская клиника» за последний год. Все пациенты – мужчины. Средний возраст составил $68,5 \pm 1,07$ лет. В плановом и срочном порядке (до одних суток) оперировано 19 (63,33%) пациентов, еще в 11 (36,67%) клинических наблюдениях хирургическое лечение осуществлено экстренно, по жизненным показаниям вследствие осложненного разрывом течения дилатационного патологического процесса брюшной аорты.

Результаты и их обсуждение. Анализ факторов риска показал, что такой предиктор как пожилой возраст (более 60 лет) наблюдался у 26 пациентов (86,67%), семейный анамнез АБА встречается у 2 пациентов (6,67%). Также все пациенты страдали сопутствующей патологией: ишемическая болезнь сердца (ИБС) в абсолютном числе клинических наблюдений (30 пациентов -100%), атеросклероз – у 28 (93,33%), артериальная гипертензия – у 26 (86,67%), постинфарктный кардиосклероз – у 7 (23,33%), ХОБЛ – у 5 пациентов (16,67%), гиперхолестеринемия – у 3 (10%), сахарный диабет 2 типа – у 1 пациента (3,33%).

Хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей наблюдалась у 7 пациентов (23,33%). Из них у 2 (6,67%) – 2А стадия, у 3 (10%) – 2Б стадия, у 1 (3,33%) – 3 стадия и у 1 (3,33%) – 4 стадия по Фонтэйну-Покровскому.

Больше всего пациенты предъявляли жалобы на периодические ноющие боли в мезогастрии – 19 пациентов (63,33%), часто с иррадиацией в спину – 10 пациентов (33,33%); на наличие пульсирующего образования в животе – 12 (40%); на периодические боли в поясничной области – 9 (30%); на ощущение резей, чувство дискомфорта в гипогастральной области – 6 (20%); на боли в области паха с иррадиацией в нижнюю конечность – 2 (6,67%); на боли в нижних конечностях, боли при ходьбе, чувство холода и онемения – 5 (16,67%), на изменение окраски голени, стопы, трофические изменения стопы – 1 (3,33%); головокружение – 3 пациента (10%).

Клинически местно у всех пациентов имелась болезненность при пальпации аневризмы брюшного отдела аорты, пальпировалось пульсирующее образование, выслушивался значимый систолический шум.

По классификации А.В. Покровского (1979) 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).

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).

Половина пациентов (50%) оперирована в плановом порядке, 4 пациентам (16,67%) потребовалась срочная операция. Также 11 пациентов (33,33%) с данной патологией были госпитализированы и оперированы экстренно: в сроки до 6 часов от начала осложненных клинических проявлений заболевания госпитализировано 2 пациента (18,18%), в сроки от 7 до 24 часов – 2 пациента (18,18%), свыше 24 часов – 7 пациентов (63,64%).

У 15 пациентов (50%) было выявлено расслоение аорты или разрыв АБА: у 4 (13,33%) по данным УЗИ или томографии наблюдалось расслоение аорты (группа пациентов оперированных по срочным показаниям), у 7 (23,33%) – разрыв аневризмы, у 4 (13,33%) – расслоение аорты и разрыв аневризмы. Острая артериальная недостаточность нижних конечностей возникла у 3 пациентов (10%).

Все операции выполнены только открытым доступом, во всех случаях применялась тотальная срединная лапаротомия. Средняя продолжительность операции составила $229,2 \pm 9,86$ мин.

Среди открытых операций наиболее часто проводимой была резекция аневризмы аорты с аортобифеморальным протезированием – у 27 пациентов (90%), также применено аортобилияльное протезирование – у 1 пациента (3,33%), у 1 (3,33%) – перевязка аорты в области шейки аневризмы и аксиллобифеморальное протезирование и у 1 (3,33%) аортобифеморальное протезирование с резекцией аорты на выключение аневризмы за счет длительно сохранявшейся организованной обширной гематомы. Дополнительно в 2 случаях (6,66%) проводилась имплантация нижней брыжеечной артерии в протез, в 2 (6,66%) – висцеролиз, в 1 (3,33%) – бедренно-подколенное шунтирование реверсированной аутовеной, в 1 (3,33%) – ушивание диссекции левой доли печени и спленэктомия.

Наиболее частым послеоперационным осложнением оказалась гематома брюшинного пространства – наблюдается в 8 случаях (26,67%), уретерогидронефроз – у 5 пациентов (16,67%), гидроторакс – у 2 (6,67%), у 2 (6,67%) – пояснично-крестцовая плексопатия с грубым вялым парезом нижней конечности, у 2 (6,67%) – пневмония. Послеоперационные психические расстройства наблюдались у 4 пациентов (13,33%): у 3 (10%) – делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами (F05) и у 1 (3,33%) – легкое когнитивное расстройство (F06.71).

Все пациенты, оперированные планово и по срочным показаниям, характеризовались удовлетворительным течением послеоперационного периода. Они выписаны на амбулаторное лечение на 10-14 сутки после хирургического вмешательства. Умерло 7 пациентов, из них все были прооперированы экстренно по

поводу разрыва АБА. Летальность в группе экстренно оперированных по поводу разрыва абдоминальных аневризм составила 63,64%.

Выводы: по результатам исследования выявлено, что маркерной сопутствующей патологией абдоминальных аневризматических трансформаций является ИБС, другими наиболее часто встречаемыми факторами риска в развитии АБА являются пожилой возраст пациента и сопутствующая патология, такая как некоронарный атеросклероз, артериальная гипертензия. Наиболее часто выполняемым вмешательством является резекция аневризмы аорты с аортобифеморальным протезированием. При этом все результаты при плановой резекции благоприятные, а в случаях разрыва АБА имеются летальные исходы в раннем послеоперационном периоде. Среди осложнений наиболее часто встречаются гематомы забрюшинного пространства, уретерогидронефроз и послеоперационные психические расстройства (делирий и легкое когнитивное расстройство).

Литература

1. Аневризма брюшного отдела аорты: взгляд кардиолога и сердечно-сосудистого хирурга [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.researchgate.net/publication/338712761_Aneurysm_of_abdominal_aorta_a_view_of_cardiology_and_cardiovascular_surgeon/. – Дата доступа: 24.10.2020
2. Национальные рекомендации по ведению пациентов с аневризмами брюшной аорты [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.angiolsurgery.org/recommendations/2013/recommendations_AAA.pdf /. – Дата доступа: 14.11.2020
3. Новый подход к лечению аневризмы брюшной аорты [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.nauteh-journal.ru/files/efe08fe8-ac4f-4ea7-96c1-187768d3d9ab/> /. – Дата доступа: 24.10.2020
4. Рекомендации ESC по диагностике и лечению заболеваний аорты 2014 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://scardio.ru/content/Guidelines/Recom%20po%20aorte%207_rkj_15.pdf /. – Дата доступа: 24.10.2020
5. Эволюция методов хирургического лечения аневризм брюшной аорты [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://heart-master.com/wp-content/uploads/2013/05/2011_02_18-23.pdf /. – Дата доступа: 24.10.2020
6. Abdominal aortic aneurysm [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470237/> /. – Дата доступа: 24.10.2020
7. Endovascular grafts for abdominal aortic aneurysm [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/37/2/145/2398431> /. – Дата доступа: 24.10.2020