

**Русецкий В.И., Труханович Я. Г**

## **АОРТО-ДИГЕСТИВНАЯ ФИСТУЛА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ ПО ПОВОДУ АНЕВРИЗМЫ**

**Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Неверов П.С.**

*Кафедра хирургии и трансплантологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Формирование аорто-дигестивной фистулы (АДФ) является крайне опасным осложнением с высокой (до 100%) летальностью. Сложности диагностики на фоне крайне тяжелого состояния пациентов и отсутствие единого взгляда на объём оперативной коррекции представляют серьезную проблему практической хирургии.

**Цель:** Определить факторы риска развития и метод выбора диагностики АДФ у пациентов после протезирования брюшной аорты по поводу аневризмы.

**Материалы и методы.** Проведён ретроспективный анализ медицинских карт пациентов, перенесших протезирование аорты по поводу расслаивающейся аневризмы брюшного отдела (n=67) и госпитализированных в УЗ «10-я ГКБ» с желудочно-кишечным кровотечением из АДФ (n=4) с 2012 по 2022 год. Статистический анализ проведен программой Statistica12 с применением параметрических и непараметрических методов (описательная статистика, оценка достоверности Chi-square test,  $\chi^2$ , p).

**Результаты и их обсуждение.** Из 67 пациентов 11 (17,9%) женщин и 56 (82,1%) мужчин, средний возраст пациентов составил  $62,5 \pm 2,71$  (M $\pm$ m) года. Сопутствующая патология верхних отделов ЖКТ наблюдалась у 19,5% пациентов: хронический гастродуоденит – 27%, язва ДПК 36%, хронический гастрит 37%. Все аневризмы были в инфраренальными, их поперечник равнялся  $(35 \pm 2,4) \times (41 \pm 3,1)$  мм. Аневризмы мешотчатой формы определялись в 75% случаев, веретенообразной – 25%. Длина проксимальной шейки аневризмы аорты составила 0,5-1 см у 31,3% пациентов (n=21) и 1-2 см у 68,6% (n=46). Пациентам выполнялось аорто-бифеморальное протезирование (n=40; 60%) и линейное протезирование (n=27; 40%). У 4 пациентов впоследствии (от 1 года до 3 лет после операции) появились признаки профузного желудочно-кишечного кровотечения, причиной которого явилась АДФ. Развитие этого осложнения имело место только после выполнения линейного протезирования ( $\chi^2=7,62$ , p=0.003). Не было выявлено статистически значимых различий между наличием сопутствующей патологии верхних отделов ЖКТ и развитием АДФ ( $\chi^2=0,64$ , p>0.05). У пациентов с длиной проксимальной шейки аневризмы 1-2 см было выявлена средняя корреляционная связь с развитием АДФ ( $\chi^2=6,79$ , p=0,42), вероятно, и-за большей топографической близости проксимального анастомоза к нижнегоризонтальной ветви ДПК. Наблюдалась средняя корреляционная связь между формой аневризмы и последующим формированием АДФ (при мешотчатой  $\chi^2=5,45$  p=0.375; при веретенообразной  $\chi^2=3,51$ , p<0,001). Скрининговое УЗИ ОБП оказалось малоинформативным. Эндоскопическое исследование позволило выявить признаки дуоденального кровотечения у всех пациентов, однако источник не был визуализирован. После относительной стабилизации состояния пациентам выполнялась КТ-ангиография. Признаками АДФ являлись: компримирование дуоденоюанального перехода и/или нижнегоризонтальной ветви ДПК в проекции проксимального анастомоза (у трёх пациентов с АДФ), у 1 пациента также зарегистрирована экставазация контраста в просвет ДПК. Все пациенты с АДФ оперированы по жизненным показаниям в объёме разобщения протезно-кишечной фистулы, ушивания дефекта аорты, дуоденоюанопластикой. 2 пациентам проводилась релапаротомия с ушиванием дефекта проксимального анастомоза аорто-бедренного протеза.

**Выводы.** 1) Формирование АДФ более вероятно после линейного протезирования аорты при короткой (1-2 см) шейке веретенообразной аневризмы и мало зависит от других анатомических особенностей аорты и сопутствующей патологии 12-перстной кишки. 2) Методом диагностического выбора при подозрении на АДФ является КТ-ангиография. 3) Объём хирургической коррекции при развитии АДФ требует дальнейшего изучения..