



Особенности диагностики и хирургической тактики при редких формах разрыва аневризм брюшной аорты

Иваненко А.А., Курилов В.Л., Торговец В.А., Попивненко Ф.С., Лившиц Г.Н.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, Донецк, ДНР

Актуальность исследования

Самой частой локализацией разрыва аневризм брюшной аорты является забрюшинное пространство и брюшная полость. Однако встречаются относительно редкие формы разрыва, имеющие свои особенности клинического течения и требующие подчас нестандартной хирургической тактики.

Цель исследования:

выявить особенности клинического течения и хирургического лечения при редких формах разрыва абдоминальной аневризмы и выработать оптимальную хирургическую тактику.

Клинический материал

В Донецком сосудистом центре ИНВХ им. В.К. Гусака за период с 1992 по 2021 оперировано 605 больных с аневризмой брюшной аорты (АБА). Из них 338 в плановом порядке и 267 пациентов с разрывом аневризмы.

К редким формам разрыва мы отнесем:

Хронический отграниченный разрыв	6
Разрыв аневризмы в тонкую и толстую кишку	4
Разрыв аневризмы в нижнюю полую вену	5
Сочетание разрыва АБА с расслоением проксимальной части аорты	3
Итого	18

Возраст больных от 65 до 82 лет. Средний возраст - 66,4г

Мужчин - 16, женщин - 2. (8:1)

Особенность клинического течения хронического разрыва – двухфазность болевого синдрома.

Давность разрыва от 1 до 3 месяцев.

Морфологическая особенность – плотный воспалительный инфильтрат вокруг аневризмы с вовлечением близлежащих структур.

Трудно дифференцировать с забрюшинной опухолью – 2 пациента.

Радикальная операция может сопровождаться повреждением окружающих органов, поэтому в ряде случаев предпочтительно операция на выключение аневризмы.

В 2-х случаях для выделения проксимальной части аорты пришлось пересечь и лигировать левую почечную вену без отрицательных последствий.

Разрыв аневризмы в желудочно-кишечный тракт

Трудности диагностики

Чаще всего разрыв происходит в восходящей отдел двенадцати перстной кишки и проявляется профузным желудочно-кишечным кровотечением. Сложность диагностики заключается в том, что при ФГДС источник кровотечения не находят, и поэтому больного лечат консервативно, упуская время. Чаще всего кровотечение периодически возобновляется.

Разрыв аневризмы в тонкую и толстую кишку

Опасность инфицирования аневризматического мешка

При большой давности разрыва в кишку происходит инфицирование аневризматического мешка, что требует его удаления и экстраанатомического шунтирования.

Общепринятая хирургическая тактика – разъединение свища, ушивание кишки и внутримешковое протезирование аорты.

Такая тактика применена у трех больных, в том числе у одного с дополнительным межкишечным анастомозом по Брауну. Этот больной выжил. Второй больной после ушивания кишки и протезирования аорты умер от несостоятельности швов двенадцатиперстной кишки.

Разрыв аневризмы аорты в нижнюю полую вену

Трудность диагностики заключается в том, что при этом кровотечения нет, но развивается клиника острой сердечной недостаточности по правожелудочковому типу. Больные, как правило, поступают в кардиологическое отделение с подозрением на инфаркт миокарда.

Клиническая диагностика основывается на двух кардинальных симптомах: **наличия пульсирующего образования в животе и систоло-диастолического шума над аортой и нижней полой веной.** Из 4-х больных троим выполнено ушивание свища со стороны полости аневризмы и протезирования аорты, одному пациенту – выключение аневризмы и аорто-бифеморальное шунтирование.

Сочетание разрыва АБА с расслоением проксимальной части аорты

Данное сочетание встретилось у 3-х больных. Расслоение вышележащей аорты было диагностировано только во время операции. При этом иногда **сложно отличить истинный просвет от ложного**. В одном случае оба просвета вшиты в протез, во втором случае ложный просвет ликвидирован путем сшивания адвентиции и отслоенной интимы и имплантации этой конструкции в протез. В третьем случае ошибочно протезирован ложный ход. Больная умерла в послеоперационном периоде от разрыва расслаивающей аневризмы грудной аорты.

Виды операций и их исходы

Название операций	Кол-во пациентов	Из них умерло
1. Резекция аневризмы с протезированием (АБШ АПП АПБП)	9	4
2. Разъединение аорто-кишечного свища + резекция АБА с протезированием + Энтеро-этероанастомоз по Брауну	2 1	1 -
3. Разъединение аорто-кавальной фистулы + резекция АБА с протезированием	3	-
4. Выключение АБА с аорто-бедренным протезированием	1	-
5. Резекция аневризмы + обходное атипичное бефиморальное шунтирование	2	2
ВСЕГО:	18	7

Причины смерти

Причины смерти	Кол-во умерших
■ Повреждение аорты интраоперационное кровотечение	2
■ Полиарганная недостаточность	1
■ Забрюшинная флегмона	1
■ Тромбоз бранши подключично-бедренного шунта, гангрена ноги	1
■ Разрыв расслаивающей аневризмы грудной аорты	1
■ Несостоятельность швов двенадцати перстной кишки	1
ВСЕГО	7

ВЫВОДЫ

- Редкие формы разрывов аневризм брюшной аорты имеют свои особенности и требуют нестандартной хирургической тактики.
- При разрыве аневризмы большой давности в тонкую кишку или при разрыве в толстую кишку целесообразно выполнять обходное атипичное шунтирование и удаление аневризматического мешка.
- При разрыве аневризмы в нижнюю полую вену судьба пациента зависит от своевременности диагностики и оперативного лечения.
- В диагностике хронического отграниченного разрыва аневризмы наиболее информативными методами исследования являются СКТ – или МРТ – ангиография.

Благодарю за
внимание

