

3. Miccoli P., Bellantone R., Mourad M., Walz M., Berti P., Raffaelli M. Minimally invasive video assisted thyroidectomy: a multi institutional experience // World j. surg. – 2002. – № 26. – P. 972–975.

4. Barczynski M., Cichon S., Konturek A., Cichon W. Preliminary experience with minimally invasive video assisted thyroidectomy // Surg. laparosc. endosc. percutan. tech. – 2004. – № 14 (6). – P. 14–15.

5. Osmak-Tison L., Rougard P. Videoassisted and endoscopic parathyroidectomy and thyroidectomy // Annales de Chirurgie. 2005; in press.

6. Miccoli P., Berti P., Raffaelli M., Materazzi G., Baldacci S., Rossi G. Comparison between minimally invasive videoassisted thyroidectomy and conventional thyroidectomy: a prospective randomized study // Surgery. – 2001. – № 130. – P. 1039–1043.

7. De Jong S. What's new in general surgery: endocrine // J. am. coll. surg. – 2003. – № 197. – P. 436–443.

Поступила 26.02.2013

**А. В. СВЕТЛИКОВ^{1,2}, А. В. КАРЕВ³, М. В. МЕЛЬНИКОВ²,
В. К. РЫЖКОВ³, Ю. М. БОРОБОВ¹, П. А. ГАЛКИН¹,
А. С. ШАПОВАЛОВ , Т. Х. ГАМЗАТОВ^{1,2}**

ОПЫТ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ АНЕВРИЗМ АОРТЫ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

¹Отделение сосудистой хирургии клинической больницы № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА РФ, Россия, 194291, г. Санкт-Петербург, пр. Культуры, 4. Тел. 8-921-7555691. E-mail: asvetlikov@mail.ru;

²кафедра общей хирургии Северо-Западного государственного
медицинского университета им. И. И. Мечникова,

Россия, 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41. Тел. (812) 303-50-00;

³Ленинградская областная клиническая больница,

Россия, 194291, г. Санкт-Петербург, пр. Луначарского, 45–49

В отделении сосудистой хирургии клинической больницы № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА РФ в период с марта 2008 г. по декабрь 2012 г. выполнено эндоваскулярное протезирование – у 51 пациента с аневризмами грудного и брюшного отделов аорты. Большинство больных были лицами пожилого и старческого возраста, отягощенными тяжелой сопутствующей патологией. В раннем послеоперационном периоде значимых осложнений и летальных исходов не наблюдалось. В отдаленном периоде двум пациентам потребовалось повторное вмешательство. Полученные данные позволяют утверждать, что лечение аневризм аорты эндоваскулярным способом может эффективно и безопасно применяться у больных с тяжелой соматической патологией.

Ключевые слова: аневризмы аорты, эндопротезирование аневризм.

**A. V. SVETLIKOV^{1,2}, A. V. KAREV³, M. V. MELNIKOV², V. K. RYZHKOV³,
Y. M. BOROBV¹, P. A. GALKIN¹, A. S. SHAPOVALOV¹, T. K. GAMZATOV^{1,2}**

THE EXPERIENCE OF ENDOPROSTHESIS REPLACEMENT OF AORTIC ANEURYSMS IN A MULTI-FUNCTIONAL HOSPITAL

¹Experience of aneurysm's aorta stent grafting Vascular surgery,
Russia, 194291, Saint-Petersburg, str. lulture, 4. Tel. 8-921-7555-691. E-mail: asvetlikov@mail.ru;

²department L. G. Sokolov hospital № 122 FMBA I. I. Mechnikov North-West medical university,
Russia, 191015, Saint-Petersburg, str. Kirochnaya, 41. Tel. (812) 303-50-00;

³General surgery department Leningrad regional hospital,

Russia, 194291, Saint-Petersburg, ele. Lunacharskogo, 45–49

For the last 10 years there is the serious tendency of aneurysms number growth. 51 stentgrafting cases of thoracic and abdominal aneurysms at Vascular surgery Department L. G. Sokolov hospital № 122 FMBA St-Petersburg, Russia have been performed. Less than 1 day stay patients at ICU. In general patients spent 7 days at the hospital. There was no mortality. There was 2 cases of recurrent operations. 2 patients died due to other than aneurysms reasons. As the result of our experience we can suspect that stentgrafting is safe and promising procedure for patients with different accompanied diseases.

Key words: aneurysms of aorta , stentgrafting of aneurysms.

Актуальность

Частота случаев аневризм брюшной аорты колеблется от 3,0 на 100 000 населения в год среди женщин и до 117,2 на 100 000 населения в год среди мужчин [3–6]. Смертность от разрыва аневризм может достигать от 0,91 на 100 000 населения в год среди женщин до 47,1 на 100 000 населения среди мужчин [1, 2]. При этом в по-

следние десятилетия наблюдается тревожная тенденция роста числа больных с аневризмами абдоминальной аорты, несмотря на то что в целом имеется положительная динамика в качестве диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний в развитых странах мира (7–8). К сожалению, летальность при осложненном течении аневризм аорты продолжает оставаться высокой.

Цель работы – оценить результаты эндоваскулярного лечения аневризм грудного и брюшного отделов аорты; изучить характер и значение осложнений, связанных с данным вмешательством.

Материалы и методы исследования

За период с марта 2008 г. по декабрь 2012 г. в отделе сосудистой хирургии клинической больницы № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА РФ выполнены эндоваскулярные вмешательства у 51 пациента с аневризмами грудного и брюшного отделов аорты. Возраст больных варьировал от 58 до 84 лет, в среднем $68,9 \pm 2,7$ года. Большинство составили лица мужского пола (49 наблюдений). Средний диаметр аневризмы составил $57,3 \pm 4,3$ мм (47–80 мм). У большинства пациентов была выявлена тяжелая сопутствующая патология: ишемическая болезнь сердца (42 наблюдения), постинфарктный кардиосклероз (8), гипертоническая болезнь (29), хроническая обструктивная болезнь легких (16), желудочковая экстрасистолия (4), цирроз печени (1), сахарный диабет II типа (6), а у 4 больных в анамнезе имелись сведения об онкологическом заболевании.

Предоперационное обследование включало выполнение клинических, биохимических, электрофизиологических, ультразвуковых исследований, позволяющих оценить состояние больного и его резервные возможности, функцию основных органов и систем. Изменения в аорте изучались путем выполнения ультразвукового дуплексного ангиосканирования (УЗДАС), компьютерной томографии (КТ), КТ-ангиографии. Значение этих методов в предоперационном периоде различно. УЗДАС является основным средством выявления аневризм брюшной аорты (АБА) и динамического наблюдения за пациентом с «малыми» аневризмами при асимптомном течении. Специфичность и чувствительность УЗДАС при выявлении АБА у пациентов, не обнаруживающих симптомов заболевания, почти стопроцентны. Однако этот метод не лишен недостатков, ошибки могут встречаться у больных с ожирением, метеоризмом и т. д. Кроме того, определение диаметра аорты может быть неточным. При этом КТ может не дать подробной информации об анатомии аневризмы и состоянии парных и непарных ветвей брюшной аорты и их взаимоотношениях с аневризмой. В связи с чем считаем, что основным инструментом при планировании эндоваскулярной реконструкции аневризм аорты является КТ-ангиография, которая была выполнена практически у всех больных.

Статистическая обработка данных производилась по общепринятым методикам с использованием пакета программ «Биостатистика» «Версия 4.03» и «Statistica 6.0».

Результаты

Эндопротезирование аневризм аорты выполнялось: двухкомпонентными бифуркационными стент-графтами «ELLA» (Чехия) у 35 пациентов, четырехкомпонентным протезом «ELLA» (Чехия) – у 1, однокомпонентным линейным стент-графтом «ELLA» (Чехия) – у 3 пациентов с аневризмой нисходящего отдела грудной и торакоабдоминального отделов аорты, аневризмой проксимального анастомоза, четырехкомпонентным стент-графтом «ANACONDA Vascutek» (Шотландия) – у 3 больных, трехкомпонентным бифуркационным стент-графтом «ANACONDA Vascutek» – у 6 пациентов, трехкомпонентным бифуркационным стент-графтом «Excluder» (Gore, США) – у 1 больного, двухкомпонентным протезом «VALIANT stent graft Captiva» (США) – у 1 пациента с расслаивающейся аневризмой

грудной аорты и двухкомпонентным протезом «Endurant Medtronic» (США) – у 1 пациента.

Вмешательство выполнялось под комбинированной спинномозговой и эпидуральной анестезией у 49 пациентов и эндотрахеальным наркозом – у двоих. Средняя продолжительность операции составила $147,5 \pm 25$ мин (40–270 мин). Количество контрастного вещества (омнипак) для всех пациентов составило в среднем 150 мл. Интраоперационная системная гепаринизация осуществлялась в дозе 7500 ЕД (5000–10 000 ЕД). Кровопотеря в ходе вмешательства не превышала 150–200 мл. После операции все пациенты находились в отделении интенсивной терапии менее 1 суток, а через 2–11 дней были выписаны на амбулаторное лечение. Значимых осложнений и летальных исходов в послеоперационном периоде не наблюдалось.

В отдаленном периоде двум пациентам в связи с тромбозом левой бранши протеза потребовалось повторное вмешательство: перекрестное бедренное шунтирование в сроки 3 и 6 месяцев.

Через 2 месяца после операции имело место развитие инфильтрата большой ягодичной мышцы слева с выраженным болевым синдромом, что, по-видимому, было связано с эмболизацией левой внутренней подвздошной артерии и развитием ишемии мышечной ткани. Это потребовало повторной госпитализации и проведения курса консервативной терапии.

Через 7 и 16 месяцев после операции умерло 2 больных от причин, не связанных с эндопротезированием (в одном случае от прогрессирующей печеночной недостаточности, в другом – от почечной недостаточности после выполненной нефрэктомии по поводу злокачественной опухоли левой почки).

Обсуждение

Эндоваскулярное протезирование аневризмы является минимально инвазивным хирургическим вмешательством при лечении АБА, основанном на применении стент-графта, обычно устанавливаемого внутри просвета аневризмы для ее выключения из процесса кровообращения. При осуществлении эндоваскулярной реконструкции аневризмы требуются достаточные участки аорты для фиксации протеза, наличие которых должно тщательно проверяться до проведения операции при помощи средств визуализации аортоподвздошной области, среди которых наиболее информативной является КТ-ангиография.

Преимущества эндоваскулярного протезирования аневризмы аорты по сравнению с открытыми вмешательствами, по нашему мнению, заключаются в значительном уменьшении времени операции, объема кровопотери, травматизации тканей. Это, в свою очередь, обуславливает более гладкое течение послеоперационного периода, сокращает время, необходимое для реабилитации больного, и снижает вероятность неблагоприятного исхода.

На основании полученных данных можно утверждать, что эндоваскулярное лечение аневризм аорты может эффективно и безопасно применяться у больных с тяжелой соматической патологией. Данная высокотехнологичная методика позволяет существенно сократить интраоперационные осложнения и расширить контингент больных прежде всего за счет тех, кому противопоказана открытая операция по поводу аневризм аорты. Вероятно, будущее за развитием этого направления в лечении абдоминальных аневризм (2), и открытые операции будут выполняться в исключительных случаях. В связи с чем считаем уместным напомнить, что показаниями к

эндоваскулярному протезированию аневризмы брюшной аорты является наличие расширения аорты более 50 мм, что не отличается от показаний к открытому хирургическому лечению АБА. Выбор протеза для эндопротезирования зависит от анатомических особенностей аневризм.

В заключение следует отметить, что использование разработанного алгоритма предоперационного обследования и подготовки, грамотное выполнение вмешательства и адекватное лечение в послеоперационном периоде позволяют уменьшить число осложнений и обеспечить длительное функционирование имплантированного протеза. В отдаленном периоде больные после протезирования аневризмы по эндоваскулярной методике должны находиться под диспансерным наблюдением с регулярным обследованием и своевременной коррекцией возникающих осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белов Ю. В., Абугов С. А., Серебряков С. В. Сравнительная оценка хирургического и рентгенэндоваскулярного методов лечения аневризм инфраренального отдела аорты // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2009. – № 5. – С. 38–43.
2. EVAR trial participants. Endovascular aneurysm repair versus open repair in patients with abdominal aortic aneurysm (EVAR trial 1): randomised controlled trial // Lancet. – 2005. – № 365. – P. 2179–2186.

3. Scott R. A., Wilson N. M., Ashton H. A., Kay D. N. Influence of screening on the incidence of ruptured abdominal aortic aneurysm: 5-year results of a randomised controlled study // Br. j. surg. – 1995. – № 82. – P. 1066–1070.

4. Lindholt J. S., Juul S., Fasting H., Henneberg E. W. Screening for abdominal aortic aneurysms: single centre randomized controlled trial // BMJ. – 2005. – № 330. – P. 750–753.

5. Norman P. E., Jamrozik K., Lawrence-Brown M. M., Le M. T., Spencer C. A., Tuohy R. J., et al. Population based randomized controlled trial on impact of screening on mortality from abdominal aortic aneurysm // BMJ. – 2004. – № 329. – P. 1259–1262. Multicentre aneurysm screening study group. The multicentre aneurysm screening study (MASS) into the effect of abdominal aortic aneurysm screening on mortality in men: a randomized controlled trial // The Lancet. – 2002. – № 360. – P. 1531–1539.

6. Pleumeekers H. J., Hoes A. W., van der Does E., van Urk H., de Jong P. T., Grobbee D. E. Aneurysms of the abdominal aorta in older adults. The Rotterdam Study // Am. j. epidemiol. – 1995. – № 142. – P. 1291–1299.

7. Singh K., Bona K. H., Jacobsen B. K., Bjork L., Solberg S. Prevalence and risk factors for abdominal aortic aneurysms in a population-based study: the Tromso Study // Am. j. epidemiol. – 2001. – № 154. – P. 236–244.

Поступила 14.02.2013

**В. А. ТАРАКАНОВ¹, А. Е. СТРЮКОВСКИЙ¹, М. А. АНОХИНА²,
А. Н. ЛУНЯКА¹, Е. Г. КОЛЕСНИКОВ¹, И. С. ЛЕВЧЕНКО²,
А. В. ПАЛЬЧИКОВ², А. В. ШАТОВ², И. Д. ПАНКРАТОВ¹**

КОРРЕКЦИЯ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭКСТРЕННЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ И В АНОРЕКТАЛЬНОЙ ЗОНЕ

¹Кафедра хирургических болезней детского возраста

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. 8-961-828-17-95. E-mail: mara77777@yandex.ru;

²ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗ КК,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Постовая, 18

Реабилитация детей, перенесших экстренные операции на толстой и прямой кишке, является важной проблемой детской хирургии. Характер врожденной патологии, применение антибактериальных препаратов, гормональная терапия на различных этапах лечения в 100% случаев обуславливают развитие дисбиоза кишечника. Традиционные методы коррекции нарушений микробиоциноза толстой кишки не всегда достаточно эффективны. Применение фитотерапии в лечении данного контингента больных позволило сократить длительность коррекции дисбиотических нарушений микрофлоры толстой кишки в 1,5–2 раза по клиническим проявлениям, в 2 раза – по лабораторному контролю. Полученные результаты позволяют рекомендовать применение фитотерапии в реабилитации детей, перенесших операции на толстой кишке и в аноректальной зоне, для широкого клинического применения.

Ключевые слова: дети, дисбиоз, фитотерапия, болезнь Гиршпрунга.

**V. A. TARAKANOV¹, A. E. STRYUKOVSKY¹, M. A. ANOKHINA¹, A. N. LYNKYAKA¹,
E. G. KOLESNIKOV¹, I. S. LEVCHENKO², A. V. PALCHIKOV², A. V. SHATOV², I. D. PANKRATOV¹**

CORRECTION OF INTESTINAL DISBIOSIS IN CHILDREN, WHO UNDERWENT EMERGENCY
SURGERY ON THE COLON AND ANORECTAL ZONE

¹Department of surgical diseases of childhood

state budgetary institution of higher professional education «Kuban state medical university» Russian ministry of health,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4. Tel. 8-961-828-17-95. E-mail: mara77777@yandex.ru;

²state Institution of health «Children's regional clinical hospital» Russian ministry of health of Krasnodar region,
Russia, 350063, Krasnodar, Postovaya str., 18