

УДК 616.136.-007.64-06-089.
ББК 54.54+53.53.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ

***Шестаков А.И., Гарипов Р.М., Плечев В.В.,
Хафизов А.Р., Чудновец Л.Г., Ишметов В. Ш.***

Летальность при осложненных аневризмах брюшной аорты от 29 до 50%, а при разорвавшихся аневризмах достигает 100%. Причинами смертей являются кровотечения, нагноения синтетических протезов, которыми замещается аорта. Для уменьшения количества осложнений модифицировали синтетический протез аорты бактерицидным и герметизирующим комплексом биополимер – антибиотик. Результаты представлены.

Введение

Неудовлетворенность результатами лечения осложненных аневризм брюшной аорты заставила нас искать пути улучшения хирургической помощи данной категории больных.

По данным отечественных и зарубежных хирургов летальность при осложненных аневризмах брюшной аорты (ОАБА) одинаково высокая – от 29 до 50%, а при разорвавшихся аневризмах достигает 100%. Периоперационная кровопотеря ОАБА может достигать 5500 мл и компенсировать ее – проблема даже для специализированных клиник. Для замещения разорвавшейся аорты предпочтительнее аортальные протезы с нулевой хирургической порозностью, которые не всегда имеются в наличии. Такие протезы дорого и не все клиники имеют возможность их приобретать, к тому же они не обладают бактерицидным эффектом.

На фоне значительной кровопотери тканый протез, которым замещается фрагмент аорты, длительное время не «замачивается», что еще более усугубляет кровопотерю, которая, в свою очередь, вызывает мощную иммуносупрессию, предрасполагающую к бактериальной контаминации.

Материалы и методы.

В клинике БГМУ разработан способ модификации синтетического протеза большого диаметра, которым выполнялось протезирование аорты при хирургическом лечении ОАБА (Патент РФ № 2168949).

Известно, что доступ лекарственных препаратов в рану затруднен при обычных способах введения, поскольку в зоне протеза аорты, как и вокруг любого инородного тела, существует мощный воспалительный вал. Для модификации выбрали малотоксичный индифферентный биополимер, подвергающийся деструкции в тканях в течение 7-10 суток. Выход

антибиотика происходит путем прямой диффузии в ткани в течение всей деструкции биополимера, решая проблему транспортировки и создания наиболее эффективных концентраций антибиотика вокруг протеза аорты.

Протез, модифицированный данным способом, обладает нулевой хирургической порозностью, мощным антибактериальным действием, которое возникает в результате суммации противовоспалительного и антибактериального эффектов. Эффект определялся зоной задержки роста (ЗЗР) тест культуры золотистого стафилококка вокруг образца модифицированного протеза. При имплантации его в ткани установлено, что бактерицидное действие сохраняется в ране в течение 7-8 суток с пиком действия на 5-е сутки.

Способ модификации синтетического протеза не требует сложной и длительной подготовки, может быть использован даже в районной больнице.

Результаты и обсуждение.

В 1990-2004 гг. по поводу ОАБА оперировано 42 пациента. В хирургическом лечении ОАБА мы применяли модифицированный синтетический лавсановый протез, который в диапазоне от 50 до 200 мм.рт.ст. обладал абсолютной временной непроницаемостью для крови, сохраняя при этом высокую физическую порозность, которая восстанавливалась после биодеградации полимера. Все аневризмы были инфраренальными и оперировались в экстренном порядке. Больным, имеющим гемодинамические расстройства в результате кровотечения, компенсация кровопотери выполнялась еще при транспортировке в операционную. Средний возраст пациентов 64 1,2 года. Все пациенты страдали сопутствующими заболеваниями. 19 пациентов имели избыточный вес. Все пациенты этой группы в разные сроки имели в анамнезе обращения в различные

***Шестаков Александр Иванович** - к.м.н., заместитель директора клиники БГМУ по хирургии
Плечев Владимир Вячеславович - заведующий кафедрой
госпитальной хирургии БГМУ, д.м.н., профессор
Гарипов Рим Мухарямович - директор клиники БГМУ, д.м.н., профессор
Чудновец Лев Георгиевич - заведующий отделением рентгенхирургии клиники БГМУ
Хафизов Азат Рафитович - ординатор отделения хирургии сосудов клиники БГМУ
Ишметов Владимир Шамильевич - к. м. н., врач-ординатор отделения рентгенхирургии клиники БГМУ

лечебные учреждения города, где сопутствующее заболевание маскировало аневризму брюшной аорты.

Пример: Больной А. Ист. Болезни №37, протокол операции №20. Доставлен в приемный покой клиники БГМУ с болями в животе без предварительного диагноза. Больной многократно в течение 5 лет госпитализировался в лечебные учреждения города с диагнозами «Острый холецистит», «Острый панкреатит», «Язвенная болезнь желудка» При осмотре, даже через одежду обращало на себя внимание пульсирующее образование в брюшной полости.

Оперирован в экстренном порядке. Аневризматический мешок был емкостью 3000 мл и занимал всю левую половину живота. В аневризматический мешок оказалась вовлеченной левая почечная артерия.

Выполнено протезирование брюшной аорты модифицированным лавсановым протезом. Интраоперационная кровопотеря 600мл. Все пациенты

оперированы левосторонним внебрюшным доступом.

12 пациентам внебрюшной доступ дополнялся торакафреноллотомией. В данной группе пациентов выполнялось внутривисцеральное протезирование брюшной аорты и аневризматический мешок не мобилизовывали. Следует так же отметить, что мы никогда не выполняли реплантацию нижней брыжеечной артерии, считая компенсацию кровотока по дуге Риолана достаточной.

Умерло 12 пациентов (28, 5) по причинам, не связанным с нагноением протеза. Отдаленные результаты прослежены в сроки от 1 года до 8 лет. Проходимыми оставалось 100% реконструкций.

Вывод.

Таким образом, применение модифицированного сосудистого протеза позволяет достоверно уменьшить летальность и снизить объем и темп кровопотери.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Спиридонов А.А., Туттов Е.Г., Ярошук А.С., Фитилева Е.Б., Мирзаев Б.Б. . Пути снижения летальности операций по поводу послеоперационных интраабдоминальных аневризм брюшной аорты. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 1996 №3 с. 105-109.
2. Дарлинг Р.Л., Кодеро Х. А. , Чанг Б. Б., Шах Д.М., и соавт. Достижения в хирургическом лечении при разрыве аневризм брюшной аорты. Ангиология и сердечно-сосудистая хирургия . 1997 № 1 с. 21-30.
3. Бухарин В. А., Спиридонов А.А., Абдулгасанов Р.А., Туттов Е.Г. и соавт. Сосудистые эксплантаты с тромборезистентным, антибактериальным и герметизирующим биodeградируемым покрытием в реконструктивной ангиохирургии. Грудная и сердечная хирургия. 1998 №1 с. 45-50.
4. Wakefield T.W., Whitehouse W. M., Wu S. C. et al. Abdominal aortic aneurism rupture: Statistical analysis of factors affecting outcome of surgical treatments. Surgery. 1982; 91: 586-96.

Поступила в редакцию 20.10.05.

