

УДК 616.13-007.64-089

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ ИНФРАРЕНАЛЬНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

О.Е. Логинов, А.П. Медведев, Л.Н. Иванов, В.В. Пичугин, Е.А. Елисеев, А.С. Матвеева,
ГУ «Специализированная кардиохирургическая клиническая больница», г. Н. Новгород

Введение. Рост заболеваемости аневризмой интравентрикулярного отдела аорты в последнее десятилетие отмечается как отечественными, так и зарубежными исследователями. Несмотря на накопленный опыт оперативного лечения аневризм брюшного отдела аорты и низкую летальность при плановых резекциях, количество периоперационных и послеоперационных осложнений продолжает оставаться достаточно высоким. Спиридонов А.А. с соавт. (1986) [1] сообщили о наиболее распространенных кардиальных осложнениях, возникающих с частотой 10–20%, и являющихся причиной летальных исходов у 50–70% пациентов. Почечные осложнения, возникающие по данным Sayers R.D. et al. (1997) [2] у 2–7% больных, являются фатальными в 25–30% случаев. Цереброваскулярные осложнения, отягощая течение периоперационного периода в 0,5–1% случаев, являются причиной летальных исходов у 30–40% оперированных больных по данным Johnston K.W. (1990), Казанчан П.О., Попов В.А.

(2002) [3]. Респираторные и гастроинтестинальные осложнения, отягощающие плановую резекцию аневризмы интравентрикулярного отдела аорты, возникают по данным Johnston K.W. в 10–18% случаев [4]. Данная работа посвящена изучению факторов риска течения периоперационного периода у больных с резекцией аневризмы брюшного отдела аорты, поиску путей их профилактики.

Материал и методы. За период с 1997 по 2008 год в отделении хирургии сосудов ГУ СККБ проведено плановое хирургическое лечение 85 больным с АБА. Возраст больных колебался от 49 до 84 лет, в среднем составил $64,3 \pm 3,9$ года. Соотношение мужчин и женщин составило 5:1. Асимптомное течение заболевания было выявлено у 69 (73%), клинические проявления аневризмы встретились у 16 (27%) пациентов. Диаметр аневризмы колебался в пределах от 4,2 до 10 см, в среднем составив $6,2 \pm 1,9$ см. Аневризмы диаметром до 5 см были у 25 (29,4%), до 7 см – у 42 (49,4%), более 7 см – у 18

(21,2%) пациентов. Сопутствующая патология, встретившаяся у оперированных пациентов, представлена в таблице 1.

Таблица 1. Характер и частота сопутствующей патологии

Сопутствующая патология	Количество больных (n-85) %
Ишемическая болезнь сердца	76 (89,4%)
ХНЗЛ	68 (80%)
Артериальная гипертензия	73 (85,9%)
Хронические заболевания почек	49 (57,6%)

Аневризмы других артериальных бассейнов были выявлены у 26 больных (30,6%). Поражение подвздошных артерий встретилось у 21 (24,7 %), бедренных – у 4 (4,7%), торакоабдоминальной аорты – у 1 (1,2%) пациента. Сочетанное окклюзирующее и аневризматическое поражение других артериальных бассейнов встретилось у 18 (21,2%) больных. Все больные были оперированы с применением методики внутримешкового протезирования аневризмы. Линейное протезирование выполнено у 3, бифуркационное у 82 пациентов.

Результаты и обсуждение. В периоперационном периоде осложнения различного характера встретились у 21 пациента (24,7%). Характер осложнений представлен в таблице 2.

Таблица 2. Характер осложнений

Характер осложнений	Частота
Острый инфаркт миокарда	5 (5,9%)
Острая почечная недостаточность	4 (4,7%)
Острая сердечная слабость	8 (9,4%)
Респираторные	10 (11,8%)
Гастроинтестинальные	7 (8,2%)
Цереброваскулярные	2 (2,4%)

В послеоперационном периоде умерли 5 больных, что составило 5,6%. Причины летальных исходов представлены в таблице 3.

Таблица 3. Причины летальных исходов

Осложнение	Частота
Острый инфаркт миокарда	2 (2,4%)
Острая почечная недостаточность	2 (2,4%)
Инсульт	1 (1,2%)
Всего	5 (5,6%)

В ходе предоперационного обследования и медикаментозной терапии у больных с аневризмой интравентральной аорты особое внимание уделяли профилактике периопера-

ционных кардиальных осложнений. При стенокардии I–II ФК без нарушения сократительной функции миокарда и стабильной ЭКГ оперировали больных без длительной предоперационной подготовки. Всем больным с III–IV ФК в предоперационном периоде проводилась интенсивная медикаментозная терапия, выполнялась коронарография для определения показаний к реваскуляризации миокарда. Профилактика гастроинтестинальных осложнений в раннем послеоперационном периоде заключалась в тщательном предоперационном обследовании ЖКТ и терапии по показаниям, широкого использования Н2-блокаторов в периоперационном периоде. Особое внимание уделяли показаниям к реплантации НБА. Низкие показатели ретроградного кровотока считали основанием для проведения реконструкции НБА.

У больных с АБА и сочетанным поражением брахиоцефальных артерий придерживались тактики поэтапного хирургического лечения, на первом этапе выполняя коррекцию мозгового кровотока. Профилактика почечных осложнений у больных с резекцией аневризмы интравентральной аорты заключалась в проведении мероприятий, направленных на санацию мочевыводящих путей и улучшение паренхиматозного кровотока до операции, интраоперационно – профилактика тромбозомболических осложнений в почечные артерии.

Раннее выявление и лечение сопутствующих заболеваний наряду с улучшением техники операции и профилактики интра- и послеоперационных осложнений позволяют достичь положительных результатов плановых операций у пациентов с аневризмами интравентральной аорты.

МА

ЛИТЕРАТУРА

1. Спиридонов А.А., Туттов Е.Г., Аракелян В.С. Хирургическое лечение аневризмы брюшной аорты. М.: Издательство НЦССХ им. Н.А. Бакулева, 2000. - 185 с.
2. Sayers R.D., Thompson M.M., Nasim A., Healey P. et al. Surgical management of 671 abdominal aortic aneurysms: a 13 year review from a single centre // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. 1997. - Vol. 13. - P. 322-327.
3. Казанчян П.О., Попов В.А. Осложнения в хирургии аневризм брюшной аорты. М.: Издательство МЭИ, 2002. - 159 с.
4. Johnston K.W. Nonruptured abdominal aortic aneurysm: six-year follow-up results from the multicenter prospective Canadian aneurysm study // J. Vasc. Surg. 1994. Vol. 20. P. 163-170.