

Причины летальных исходов больных с инфицированным панкреонекрозом

Причины смерти	Количество умерших больных	
	Контрольная группа	Основная группа
	n=13	n=8
Прогрессирование ферментативно-токсического шока	3 (7,9%)	2 (5%)
Прогрессирование эндотоксикоза, абдоминальный сепсис	6 (15,8%)	3 (7,5%)
Аррозивные кровотечения	2 (5,3%)	1 (2,5%)
Высокий тонкокишечный свищ	1 (2,6%)	1 (2,5%)
Тромбоз легочной артерии	1 (2,6%)	-
Инфаркт миокарда	-	1 (2,5%)
Всего умерших больных	13 (34,2%)	8 (20%)

послужило причиной летальных исходов, в основной только 7,5% (табл. 3).

Заключение

Таким образом, сочетанное применение малых доз ПЭТ, санационной оментопанкреатобурсоскопии и озонированного раствора, ускоряя процесс уменьшения аэробной и анаэробной микробной обсемененности гнойного очага, позволяет достоверно снизить частоту интраабдоминальных и экстраабдоминальных осложнений: в 1,4 и 1,7 раза соответственно, а летальность — в 1,7 раза. Кроме того, уменьшает и сроки пребывания больных с инфицированным панкреонекрозом в стационаре в 1,5 раза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Избасаров Р. Ж. Возможности эндовидеохирургической технологии в лечении острого панкреатита // Эндокопическая хирургия. — 2009. — № 6. — С. 40–42.
2. Кузнецов И. А., Родоман Г. В., Шалаева Т. И., Наливайский А. А. Пути улучшения результатов лечения больных панкреонекрозом // Хирургия. — 2008. — № 5. — С. 40–45.
3. Липатов К. В., Сопромадзе М. А., Емельянов А. Ю., Канорский И. Д. Использование физических методов в лечении гнойных ран // Хирургия. — 2001. — № 10. — С. 56–59.

4. Миронов В. И., Серкина А. В. и др. Консервативное лечение острого панкреатита с применением внутритканевого электрофореза // Хирургия. — 1990. — № 10. — С. 105–108.

5. Семёнов Д. Ю., Поташов Л. В., Васильев В. В. и др. Выбор метода хирургического лечения острого деструктивного панкреатита // Вестн. хирург. им. И. И. Грекова. — 2004. — Т. 163. № 6. — С. 39–42.

6. Султаналиев Т. А., Джумабеков А. Т., Артыкбаев А. Ж. Результаты лечения острого деструктивного панкреатита // Вестник хирургии Казахстана. — 2012. — № 1. — С. 64.

7. Шапкин Ю. Г., Березкина С. Ю., Токарев В. Л. Ранняя диагностика и алгоритм хирургической тактики при остром деструктивном панкреатите // Хирургия. — 2007. — № 2. — С. 34–37.

8. Шорох Г. Л., Шорох С. Г., Седун В. В., Харлап И. А., Дудко А. А. Эндокопическая динамическая панкреатоскопия в лечении деструктивного панкреатита // Эндокопическая хирургия. — 2007. — № 1. — С. 162.

9. Kriwanek S. Die therapie der necrotisierenden pankreatitis in oesterreich — ergebnisse einer landsweiten umfrage // Act. chir. austriaca. — 1996. — № 2. — Р. 107–111.

10. Ranson J. H. C. Acute pancreatitis: pathogenesis, outcome and treatment // Clin. gastroenterol. — 1984. — Vol. 13. № 9. — Р. 843–863.

Поступила 14.05.2013

**И. И. ЗАТЕВАХИН, В. Н. ЗОЛКИН, В. Н. ШИПОВСКИЙ,
А. В. МАТЮШКИН, И. С. ТИЩЕНКО, К. Ю. БЕРЕЖНОЙ**

ПЯТИЛЕТНИЙ РЕЗУЛЬТАТ ЭКСТРЕННОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОЙ АОРТЫ ПРИ ЕЕ РАЗРЫВЕ

*Кафедра хирургических болезней № 1 педиатрического факультета
ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н. И. Пирогова Минздравсоцразвития России»,
Россия, 117997, г. Москва, ул. Островитянова, 1, тел. 8 (499) 780 08 63. E-mail: kir.chirurg@gmail.com*

В данной статье представлено клиническое наблюдение эндопротезирования аневризмы абдоминальной аорты при ее разрыве. Была произведена имплантация эндоваскулярной системы «Excluder, Gore». Также отслежены ближайшие и отдаленные результаты: через 5 лет, по данным КТ-ангиографии, аневризма не увеличивается в диаметре, стент-графт проходим, пристеночного тромбоза, эндоликов не определяется.

Ключевые слова: аневризма абдоминальной аорты, разрыв аневризмы аорты, эндопротезирование, стент-графт.

FIVE YEAR RESULT OF EMERGENCY ENDOVASCULAR ANEURYSM REPAIR FOR RUPTURED ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM

*Department of surgical diseases № 1 pediatric faculty Russian national research medical university,
Russia, 117997, Moscow, str. Ostrovityanova, 1, tel. 8 (499) 780 08 63. E-mail: kir.chirurg@gmail.com*

There are presents a clinical case endovascular aneurysm repair rupture abdominal aortic aneurysm. Implantation was performed endovascular system «Gore Excluder». We traced long-term results: in 5 years, according to CT angiography is not increased aneurysm, the stent-graft pass, thrombosis endoleaks not defined.

Key words: abdominal aortic aneurysm, rupture aortic aneurysm, EVAR, AAA, stent-graft.

Введение

Разрыв аневризмы брюшной аорты – одна из главных трагедий современной сосудистой хирургии. Связано это с тем, что общая смертность при разрыве абдоминальной аорты крайне высока и составляет 80–90% [5]. Однако применение эндоваскулярной стратегии позволяет существенно снизить уровень смертности [2, 3, 5, 8]. Основными преимуществами эндоваскулярной методики по сравнению с открытой операцией являются меньшая травматичность, снижение кровопотери, сокращение времени операции, отказ от общей анестезии [3]. Первые сообщения о применении стент-графтов при разрыве аневризм датируются 1994 г. [11]. Спустя еще 5 лет Ohki et al. опубликовали первую серию материалов 12 пациентах, перенесших эндопротезирование при разрывах аневризмы [9]. На сегодняшний день доля эндоваскулярных вмешательств в развитых западных странах составляет от 10% до 30% [2, 3, 5, 8]. Мы встретили лишь одну публикацию о применении эндопротезирования при разрыве аневризмы в России: в 2010 г. А. В. Максимов и соавт. произвели имплантацию унилатерального стент-графта, перекрестное бедренно-бедренное шунтирование и перевязку контралатеральной общей подвздошной артерии [1]. Приводим собственное клиническое наблюдение.

Клиническое наблюдение

Пациент Б. 71 года находился в ЦКБ РАМН с 21 января 2008 г. с обострением язвенной болезни 12-перстной кишки, состоявшимся кровотечением из хронической язвы. Больному проводилась противоязвенная терапия, однако сохранялись болевой синдром, слабость. Боль в брюшной полости локализовалась в эпигастрии и мезогастррии. При дальнейшем обследовании, по данным КТ от 07.02.08, были обнаружены аневризма брюшного отдела аорты до 42 мм в диаметре протяженностью 73 мм, парааортальная гематома 6 на 3 см справа от аорты. Шейка аневризмы диаметром 23 мм, длиной 35 мм. Правая общая подвздошная артерия диаметром 17 мм, левая – 12 мм, отмечается извитость правой наружной подвздошной артерии. Аневризма была выявлена впервые. На основании данных КТ заподозрен разрыв, после консультации сосудистого хирурга больному был переведен в городскую клиническую больницу № 57. Из анамнеза известно, что у пациента с 30 декабря отмечается постоянный субфебрилитет. При поступлении состояние средней тяжести, эпизодов потери сознания не отмечал. В легких ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД

16 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, АД 120/70 мм рт. ст., пульс 74 уд/мин. Живот мягкий, малоболезненный в мезогастррии, где пальпируется болезненное пульсирующее образование размерами 5 на 8 см. Перитонеальные симптомы отрицательные. Пульсация на нижних конечностях на всем протяжении движения и чувствительность сохранены в полном объеме. Гемоглобин 105 г/л, лейкоциты $5,1 \cdot 10^9$ л. По данным УЗДС, обнаружено аневризматическое расширение аорты на 3,5 см ниже почечных артерий, протяженностью 7,5 см, диаметром до 42 мм, с пристеночными тромбами. Правая стенка с нечеткими контурами, нельзя исключить дефект стенки, в проекции лоцируются ткани сниженной эхогенности 5 на 3,5 см, нельзя исключить гематому. ОПА справа до 17 мм, слева до 10 мм. Сопутствующая патология: ИБС, атеросклероз. Язвенная болезнь 12-перстной кишки с периодическими обострениями. ХОБЛ. Дыхательная недостаточность 2-й ст. в анамнезе – герниопластика паховой грыжи слева (1970 г.).

С учетом данных клиники, обследования больному был поставлен диагноз – осложненная аневризма брюшной аорты, разрыв (отграниченный) правой стенки аневризмы, забрюшинная гематома. Состояние больного стабильное, гемодинамика нормальная. Проанализированы данные КТ, выявлено, что параметры аневризмы позволяют применить больному эндоваскулярное лечение. Исходя из параметров аневризмы, «шейки» и подвздошных артерий, было принято решение произвести пациенту имплантацию эндоваскулярной системы «Excluder, Gore». Под местным обезболиванием раствором новокаина 0,5% 20,0 мл с обеих сторон из продольного разреза в верхней трети бедра выделены общие бедренные артерии в месте бифуркации. Установлены интродьюсеры 18 F. Произведена контрольная ангиография (рис. 1).

По жесткому проводнику 0,035 справа проведен «Trunk Ipsilateral Endoprosthesis» (23 мм – 12 мм – 14 см) – основное тело эндопротеза, стент-графт раскрыт ниже почечных артерий и установлен в позицию «аорта – правая ОПА». Раздувание проксимальной и дистальной порций баллоном низкого давления «Z-MedII» 23 мм – 3 см. Из левого интродьюсера в «окно» в аорту проведен жесткий проводник 0,035. По нему проведен «Contralateral Leg Endoprosthesis» 16 мм – 11,5 см, установлен в позицию «аорта – левая ОПА». Раздувание проксимальной и дистальной порций баллоном низкого давления «Z-MedII» 23 мм – 3 см. При контрольной аортоартериографии – полное

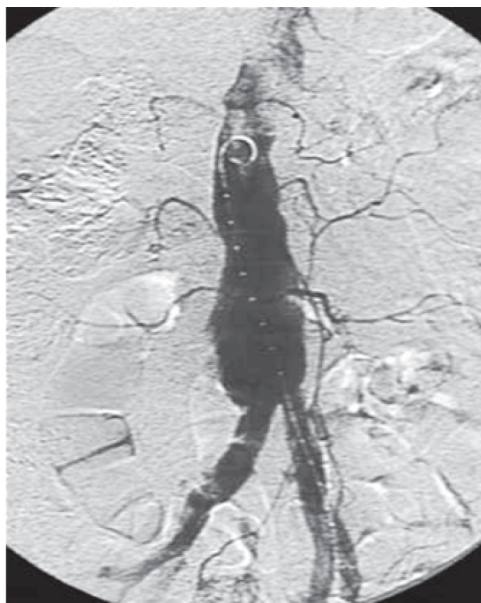


Рис. 1. Визуализация аневризмы – ангиограмма до проведения вмешательства

исключение аневризмы из кровотока. Экстравазального контрастирования не выявлено (рис. 2).

Интродьюсеры удалены. Артериотомии ушиты отдельными швами «Prolen 5,0» с обеих сторон. Швы на кожу. Асептические повязки. Интраоперационная кровопотеря составила 200 мл. Время операции составило 2 часа 35 мин. За время операции было перелито до 1500 мл растворов, диурез – 500 мл. Послеоперационный период протекал без осложнений. В реанимации проводились инфузионная терапия, антибиотикотерапия. На 2-е сутки был переведен в



Рис. 2. Контрольная ангиограмма после окончания эндоваскулярного этапа операции: полость аневризматического мешка исключена из кровообращения, почечные и подвздошные артерии проходимы, эндоликов не наблюдается

Обсуждение

Частота разрыва аневризмы брюшной аорты составляет 5,6–17,5 на 100 000 населения [4]. В западных странах этот уровень снизился. Так, в США количество разрывов снизилось с 18,7/100,000 (в 1994 г.) до 13,6/100,000 (в 2003 г.) [5]. В первую очередь это связано с улучшением методов диагностики, а также с широким внедрением эндопротезирования, что позволило прово-

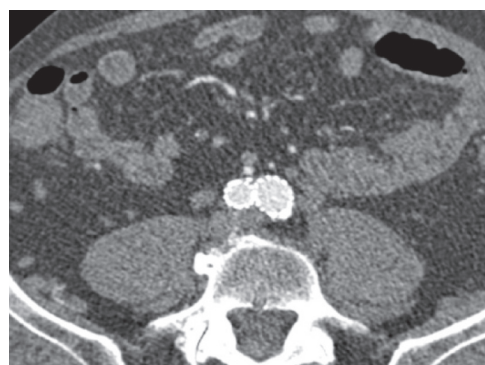
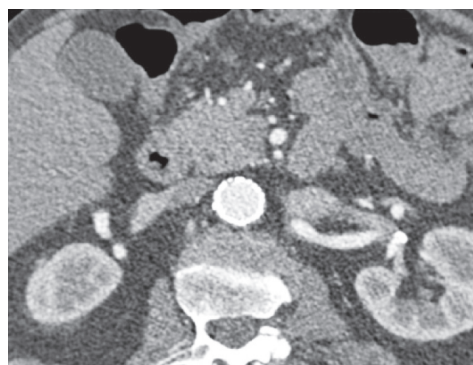


Рис. 3, 4, 5. Контрольная КТ (от 06.12.2012 – через 5 лет после вмешательства) – полость аневризматического мешка исключена из кровообращения, эндолики не наблюдаются

отделение. Швы сняты на 7-е сутки после операции, пациент был выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Отдаленный период

После проведенного лечения пациент наблюдался каждые 6 месяцев первые 2 года, затем раз в год. При контрольных ультразвуковых исследованиях, КТ-ангиографии аневризма не увеличивается в размерах, стент-графт проходим, пристеночного тромбоза не определяется. Эндолики не выявлены (рис. 3, 4, 5). Абдоминальных болей больной не отмечает. Наблюдение за пациентом проводилось в течение 5 лет.

дить вмешательства в плановом порядке больным с тяжелой сопутствующей патологией, которым ранее было отказано в проведении открытой операции. По данным Kristina A. Giles, F. Pomposelli, в экстренных случаях доля эндоваскулярных вмешательств также растет. В 2000 г. эндопротезирование выполнялось только в 1% от общего количества операций, к 2005 г. эта процедура была выполнена уже в 15,5% случаев [7]. Однако применение этой методики при разрывах аневризм ограничивает ряд факторов, таких как наличие круглосуточной специализированной эндоваскулярной службы, расходного материала, определенные анатомические требования, предъявляемые к аневризме, а также организационные трудности экстренной КТ-диагностики [8].

В нескольких исследованиях была достигнута более низкая смертность, чем при открытых операциях, — от 12% до 53%. Самой низкой летальности смог добиться Veith. Его алгоритм проведения эндопротезирования заключается в следующем: поддержание гипотензивного гемостаза, при крайне тяжелом состоянии пациента установка стент-графта возможна без предварительного проведения КТ, операцию необходимо проводить в гибридной операционной, начинать под местной анестезией установкой интродьюссера трансфеморально, затем проводится установка окклюзионного баллона супрацелиакально, и его использование только при необходимости, предпочтение стоит отдавать унилатеральным конструкциям стент-графта, также необходимо следить за интраабдоминальным давлением после операции, необходимо уделять внимание организации тренировки команды [10].

На сегодняшний день имеются многочисленные данные о том, что в экстренных ситуациях количество осложнений и смертность при эндопротезировании аневризмы аорты значительно ниже, чем при открытой операции. Однако для широкого внедрения эндопротезирования при разрывах аневризм необходимо множество предпосылок, в том числе наличие широкого выбора стент-графтов, специализированной, подготовленной, круглосуточной команды сосудистых и эндоваскулярных хирургов; анализ отдаленных результатов. Тем не менее у отдельных пациентов в хорошо оснащенных клиниках с достаточно квалифицированным и опытным персоналом эндоваскулярное протезирование при разрыве аневризмы брюшной аорты позволяет добиться хороших ближайших и отдаленных результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Максимов А. В., Хасанов Р. Н., Халилов И. Г. и соавт. Экстренное эндопротезирование при разрыве аневризмы брюшной

аорты // *Ангиология и сосудистая хирургия*. — 2011. — Том 17. № 2. — С. 65–68.

2. Antonopoulos C. N., Andrikopoulos V., Antoniadis et al. Rupture after EVAR and EVAR for rupture: an interactive relation // *J. vasc. surg.* — 2012. — № 4. — P. 102.

3. Azzizadeh A., Villa M. A., Miller 3rd C. C., et al. Endovascular repair of ruptured abdominal aortic aneurysms: systematic literature review // *Vascular*. — 2008. — № 16 (4). — P. 219–224.

4. Bengtsson H., Bergqvist D. Ruptured abdominal aortic aneurysm: a population-based study // *J. vasc. surg.* — 1993. — № 18. — P. 74–80.

5. Dillavou E. D., Muluk S. C., Makaroun M. S. A decade of change in abdominal aortic aneurysm repair in the United States: have we improved outcomes equally between men and women? // *J. vasc. surg.* — 2006. — № 43. — P. 230–238.

6. Dillon M., Cardwell C., Blair P. H., et al. Endovascular treatment for ruptured abdominal aortic aneurysm // *Cochrane database syst. rev.* — 2007. — № 1. — P. 1–134.

7. Kristina A. Giles, Allen D. Hamdan. Population-based outcomes following endovascular and open repair of ruptured abdominal aortic aneurysms // *J. endovasc. ther.* — 2009. — № 16. — P. 554–564.

8. Moll F. L., Powell J. T., Fraedrich G. Management of abdominal aortic aneurysms clinical practice guidelines of the european society for vascular surgery // *J. vasc. surg.* — 2011. — № 41. — P. 1–58.

9. Ohki T., Veith F. J., Sanchez L. A., et al. Endovascular graft repair of ruptured aortoiliac aneurysms // *J. am. col. surg.* — 1999. — № 189. — P. 102–113.

10. Veith F. J., Cayne N. S., Berland T. L. et al. Current role for endovascular treatment of ruptured abdominal aortic aneurysms // *Semin vasc. surg.* — 2012. — № 25 (3). — P. 174–176.

11. Yusuf S. W., Whitaker S. C., Chuter T. A., et al. Emergency endovascular repair of leaking aortic aneurysm // *Lancet*. — 1994. — № 344. — P. 1645.

Поступила 07.04.2013

В. К. ЗАФИРАКИ¹, А. М. НАМИТОВ¹, Е. Д. КОСМАЧЕВА¹, Н. Ф. РОМАШОК²

АРИТМИИ СЕРДЦА В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

¹Кафедра терапии № 1 ФПК и ППС ГБОУ ВПО

«Кубанский государственный медицинский университет»,

Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. 8-918-133-85-50. E-mail: vzaphir@mail.ru;

²ГБУЗ «Краевая больница № 2»,

Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2

Изучены частота возникновения и характер аритмий сердца в остром периоде инфаркта миокарда в зависимости от наличия хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) как сопутствующего заболевания. Выявлена более высокая частота развития пароксизмов фибрилляции предсердий у больных ХОБЛ в остром периоде инфаркта миокарда по сравнению с контрольной группой, в то время как в отношении желудочковой тахикардии и фибрилляции желудочков различий не обнаружено. Установлена связь между наличием пароксизмов фибрилляции предсердий и тяжестью ХОБЛ, а также возрастом пациента.

Ключевые слова: аритмии сердца, острый инфаркт миокарда, хроническая обструктивная болезнь легких.

V. K. ZAFIRAKI¹, A. M. NAMITOKOV¹, E. D. KOSMACHOVA¹, N. F. ROMASHOK²

CARDIAC ARRHYTHMIAS IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE DURING
ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION