

ТАКТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОЙ АОРТЫ

Современный медицинский центр им. Х. М. Совмена — Клиника XXI века

Вопросы диагностики, хирургической тактики и оперативного лечения аневризмы брюшной аорты (АБА) остаются наиболее сложными и актуальными в современной хирургии сосудов (Покровский А. В., Богатов Ю. П., 2004).

Для улучшения результатов оперативного лечения больных АБА необходимы оптимизация диагностической программы и хирургической тактики, разработка новых эффективных методов оперативных вмешательств (Спиридонов А. А. и соавт., 2000).

В основу данной работы положены результаты обследования и оперативного лечения 164 пациентов с АБА возрасте от 31 до 83 лет. Мужчин было 144, женщин — 20. Неосложненная форма патологии наблюдалась в 138 и осложненная — в 26 наблюдениях. Комплекс специальных методов исследования включал ультразвуковое сканирование (УЗС), рентгеновскую компьютерную томографию (РКТ) и рентгеноконтрастную аортографию (РКА).

Методом УЗС обследовали 118 больных. В этой группе пациентов УЗС позволило установить диагноз АБА у 96% больных. При этом в 65% случаев с осложненными формами патологии удалось локализовать место расслоения или разрыва стенки сосуда. Верификация полученных данных с интраоперационными находками показала, что УЗС позволяет с высокой точностью (3–6 мм) определить локализацию и размеры аневризмы, ее отношение к почечным артериям. Вместе с тем внутренние подвздошные артерии удалось визуализировать лишь у 21% больных, а нижнюю брыжеечную артерию — ни в одном случае. Следует также указать, что качество получаемых эхограмм зависит от выраженности подкожной жировой клетчатки, наличия послеоперационных рубцов и грыж передней брюшной стенки, а также общего состояния больного и качества его подготовки.

РКТ была использована после КТ живота в 56 наблюдениях. Она позволяет определить размеры АБА как в сагиттальной, так и во фронтальной плоскостях у всех пациентов. У 85% больных с осложнениями АБА РКТ выявила место разрыва или расслоения. Важным преимуществом данного метода является получение информации о состоянии почечных, верхней брыжеечной и магистральных артерий таза, включая внутренние подвздошные.

К достоинствам РКТ следует также отнести возможность получения изображения в 21% случаев начального отдела нижней брыжеечной артерии.

Для установления показаний и выбора метода хирургического лечения АБА на заключительном этапе исследования, как правило, применялась РКА. Однако при тяжелом состоянии пациента и индивидуальной непереносимости рентгеноконтрастных препаратов выполнение РКА не представлялось возможным. Ангиографическое исследование в 98% случаев позволило правильно установить диагноз заболевания.

Помимо этого определялись локализация и протяженность АБА, состояние висцеральных ветвей брюшной аорты, почечных и подвздошных артерий, дистального сосудистого русла. Для адекватной реваскуляризации левой половины толстого кишечника существенным было достижение контрастирования нижней брыжеечной артерии у 22% и обеих внутренних подвздошных артерий у 48% больных. У всех пациентов с разрывом АБА выявлялась экстравазация рентгеноконтрастного вещества.

Применение современных возможностей диагностики способствовало своевременному выявлению заболевания и выбору рациональной хирургической тактики.

При установлении диагноза АБА всем больным принципиально делались показания к хирургическому лечению. Отказ от оперативного вмешательства был оправдан у пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Для доступа к аортоподвздошному сегменту у больных с АБА нами разработан в эксперименте и применен в клинике оригинальный внебрюшинный доступ (Сухарев И. И., Жане А. К., 1987).

Основным методом оперативного лечения АБА является частичная резекция аневризматического мешка с оставлением ее стенок и последующим внутрипросветным протезированием. При технических трудностях, связанных с выделением «шейки» АБА, инфраренальный отдел аорты для проксимального контроля нами эндоваскулярно окклюзировался баллонными катетерами. У пациентов с осложненными формами патологии для остановки кровотечения и стабилизации гемодинамики в предоперационном периоде выполнялась эндоваскулярная окклюзия «шейки» АБА доступом через подмышечную или плечевую артерию. Во время оперативного лечения больных АБА при прошивании устьев поясничных и средней крестцовой артерий наблюдается прорезывание лигатурой атеросклеротически измененной задней стенки аневризмы, обуславливающее необходимость их повторных прошиваний, что удлиняет операцию и вызывает дополнительную кровопотерю. Для устранения данного осложнения нами разработано устройство для пломбировки сосудов, которым под визуальным контролем осуществлялась обтурация устьев функционирующих артерий (Сухарев И. И. и соавт., 1989).

Наиболее серьезным недостатком восстановления кровотока при резекции АБА известными способами является необходимость длительного пережатия аорты: до 50–70 мин. Для сокращения времени перекрытия кровотока по аортоподвздошному сегменту в клинике используется оригинальный способ восстановления кровотока. Для этого левый дистальный анастомоз с общей подвздошной артерией формируется при сохраненном кровотоке по брюшной аорте и правым подвздошным сосудам. Затем

выполняется проксимальный анастомоз основной ветви бифуркационного протеза с инфраренальным отделом аорты, т. е. восстанавливается кровоток по аорте и подвздошным артериям слева. В последнюю очередь формируется правый дистальный анастомоз. При применении данного способа восстановления кровотока время пережатия аорты в среднем равнялось 18 мин 30 сек.

По показаниям при функционирующем сосудистом эксплантате предпринималась ремплантация нижней брыжеечной артерии в основную ветвь или левую браншу бифуркационного протеза с использованием микрохирургического инструментария и прецизионной техники. В ряде случаев нами применена принципиально новая операция: формирование анастомоза конец в конец между а. gastroepiploica decstra и а. mesenterica inferior (Сухарев И. И., 1992).

С учетом важности восстановления кровотока по внутренним подвздошным артериям в зависимости от конкретной морфофункциональной ситуации эти сосуды ремплантировались в бранши протеза или включались в кровоток ретроградно.

Нами представлены актуарные кривые выживаемости у 79 больных после резекции АБА. Так, после первого года операции выживаемость составила 96,20%, после двух лет – 91,14% после пяти лет – 74,68% и после девяти лет – 43,04%. Проведенное сравнение с актуарными кривыми выживаемости общей группы больных показало, что достоверных различий нет.

Таким образом, комплексное использование специальных методов исследования при АБА позволяет достоверно диагностировать имеющуюся патологию, оценить состояние висцерального кровообращения, дистального магистрального и коллатерального русла, способствует выбору хирургической тактики.

Современные методы лечения АБА, способы остановки ретроградного кровотока из функционирующих поясничных и средней крестцовой артерии, реваскуляризации нижней брыжеечной артерии, сокращение времени пережатия брюшной аорты и

восстановление кровотока в артерии таза и нижней конечности позволяют уменьшить травматичность вмешательства и улучшить результаты оперативного лечения.

Поступила 16.07.07 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Покровский А. В., Богатов Ю. П. Аневризмы брюшной аорты. Клиническая ангиология: Руководство / Под ред. А. В. Покровского. В двух томах. Т. 2. М.: Медицина, 2004. С. 23–39.
2. Спиридонов А. А., Тутов Е. Г., Аракелян В. С. Хирургическое лечение аневризмы брюшной аорты. М.: издательство НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2000. 206 с.
3. Сухарев И. И., Жане А. К., Черняк В. Л. Диагностика и хирургическая тактика при аневризмах инфраренального отдела брюшной аорты. Майкоп, 1989. 28 с.
4. Сухарев И. И. Диагностика и хирургическое лечение аневризмы аорты // Сборник научных работ. Майкоп, 1992. 182 с.

A. K. JANE, D. A. JANE

TACTICS AND RESULTS OF SURGICAL TREATMENT ANEURYSMS OF A BELLY AORTA

Diagnostics and surgical treatment aneurysms belly aortas (Aba) remains to one of most challenges of vascular surgery. Under — supervision was 164 patients operated concerning Aba, — at the age from 31 till 83 years. With the diagnostic purpose ultrasonic scanning, a x-ray computer tomography and a x-ray contrasting aortographia were applied. At an establishment of the diagnosis of ABA indications to operative treatment were put. In work are presented the original extraperitoneal access to aorto-iliac segment and ways of carrying out — of surgical intervention.

Comparison with actuarial curves of survival rate of the general group of patients — and from ABA after operative treatment of authentic distinctions has not revealed.

A. K. ЖАНЕ, Л. Н. КЛЫКОВА,
Т. И. ЖАНЕ, Х. Р. НАПСО, А. Г. ПИЧУГИН

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Современный медицинский центр им. Х. М. Совмена — Клиника XXI века

Среди всех злокачественных новообразований частота рака щитовидной железы (РЩЖ) составляет 1–1,5% (Вельшер Л., Решетов Д., 2007). За последние 10 лет в нашей стране заболеваемость РЩЖ увеличилась более чем в 2 раза (с 4,5 тыс. до 8,5 тыс. случаев в год) (Румянцева П. О., 2006). Основными этиологическими факторами развития РЩЖ считают ионизирующую радиацию и гормональные воздействия. При этом фолликулярные формы РЩЖ встречаются на фоне йододефицитных заболеваний, а

папиллярные формы — на фоне повышенного потребления йода.

В структуре заболеваемости преобладают высокодифференцированные формы опухолей (чаще папиллярная и фолликулярная формы), отмечается снижение среднего возраста заболевших. Выделяются два возрастных пика заболеваемости: 7–20 лет (ранний РЩЖ) и 40–60 лет.

Клиническое течение основных форм РЩЖ характеризуется медленным развитием первичной опухоли