

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АОРТОКАВАЛЬНОЙ ФИСТУЛЫ НА ФОНЕ РАССЛАИВАЮЩЕЙ ИНФРАРЕНАЛЬНОЙ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОЙ ЧАСТИ АОРТЫ

П. И. Никульников, А. Н. Быцай, А. И. Яценко, И. Б. Буряя

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова НАМН Украины, г. Киев

SURGICAL TREATMENT OF AORTO-CAVAL FISTULA ON BACKGROUND OF DISSECTING INFRARENAL ANEURISM OF ABDOMINAL AORTA

P. I. Nikuhnikov, A. N. Bytsay, A. I. Yatsenko, I. B. Buraya

Частота выявления истинных (неосложненных) аневризм брюшной части аорты (БЧА), артерий полости таза у пациентов хирургического стационара составляет 5–8%, послеоперационная летальность — 4–7% [1,2]. Осложненные аневризмы БЧА обнаруживают у 2,7–7% больных, у которых диагностируют ее аневризму, послеоперационная летальность достигает 80% [2]. Аортокавальная фистула является редким осложнением, ее частота составляет 0,9–2% в структуре осложненных аневризм, в 85% наблюдений — возникает при разрыве аневризмы [3, 4]. По мнению большинства исследователей, основной причиной возникновения осложненных аневризм (расслоение, разрыв, формирование аортокавальной, аортодуоденальной фистулы) является несвоевременная инструментальная диагностика, выжидательная хирургическая тактика в стационарах общехирургического профиля, а также прогрессирование аневризматического поражения [5]. Поскольку у 27–35% больных, у которых выявлена аневризма БЧА, ее течение было бессимптомным, максимальный размер в поперечнике составлял в среднем ($4,8 \pm 0,8$) см, необходима клиническая настороженность относительно ее выявления в поликлиниках, общехирургических стационарах [4]. Согласно рекомендациям Украинской ассоциации сосудистых хирургов, что соответствует мнению европейских и американских коллег, при выявлении осложненной аневризмы БЧА, артерий полости таза, нижних конечностей абсолютно показано выполнение неотложного оперативного вмешательства.

Приводим клиническое наблюдение успешного лечения пациента по поводу аневризмы инфраренальной части БЧА.

Больной 3, 72 лет, госпитализирован в отделение хирургии магистральных сосудов 02.10.14 с жалобами на наличие пульсирующего опухолеподобного образования в надчревной области, прогрессирующий отек левой нижней конечности. По данным анамнеза, 19.09.14 пациент обратился в порядке скорой помощи в ЦРБ по месту жительства с жалобами на интенсивную боль в животе в покое, иррадиирующую в поясничную область. В хирургическом отделении проведен курс терапии с применением обезболивающих и противовоспалительных средств. Выполнена компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости, обнаружена аневризма БЧА. Через неделю пациент выписан с рекомендацией наблюдения у хирурга по месту жительства. Больной самостоятельно обратился в отдел хирургии магистральных сосудов Института.

В клинике пациент отметил увеличение интенсивности боли в животе, выраженное прогрессирование отека левой нижней конечности. Проведены общеклинические исследования, ультразвуковое дуплексное сканирование БЧА, артерий полости таза, нижних конечностей, установлено

аневризматическое поражение инфраренального отдела БЧА с расслоением по задней стенке, диаметром до 7,5 см, с распространением на общие подвздошные артерии: справа — на 3 см, слева — на 4 см. Выявлено артерио-венозное соустье между нижней надчревной артерией и левой наружной подвздошной веной. В течение 2 сут отек левой нижней конечности распространился на переднюю брюшную стенку. Такие клинические симптомы вызвали немало вопросов, в частности, возможно ли влияние топографии левой нижней надчревной артерии на отек передней брюшной стенки, настолько ли высоко давление в этой артерии, чтобы спровоцировать венозную гипертензию в нижней конечности. Для решения поставленных вопросов проведены рентгеноконтрастная аортография, восходящая каваграфия. Результаты исследований не прояснили ситуацию, отмечено лишь наличие выраженного артерио-венозного сброса крови в подвздошном сегменте слева, его проксимальной части (нижняя надчревная артерия ввиду небольшой объемной скорости кровотока не смогла бы обеспечить такой сброс). Кроме того, выраженная венозная фаза (рис. 1), обеспечивая "обкрадывание" периферического артериального русла левой нижней конечности, обусловила в течение 2–3 сут значимую перегрузку правых отделов сердца (по данным ЭКГ в динамике). Отмечен выраженный сброс в подвздошно-бедренный венозный сегмент слева с отеком левой нижней конечности (+15 см) и вовлечением передней брюшной стенки. Отек левой нижней конечности значительно прогрессировал, за сутки ее окружность увеличилась на 5 см. Учитывая результаты КТ с контрастированием БЧА, артерий полости таза, нижних конечностей, предположено наличие аномалии топографии бифуркации аорты — удвоение левого подвздошного артериального сегмента (рис. 2). Наличие артерио-венозной фистулы не вызвало сомнений, однако установить точную топографию артерио-венозного соустья в зоне аневризмы бифуркации аорты, общих подвздошных артерий с их выраженной извитостью не удалось. На основании анализа результатов обследования установлен клинический диагноз: мультифокальный атеросклероз, расслаивающая аневризма инфраренального отдела БЧА, аортокавальная фистула; посттромбофлебитическая болезнь левой нижней конечности, отечно-болевая форма, частичная реканализация бедренно-подколенно-берцового венозного сегмента, хроническая венозная недостаточность левой нижней конечности 3-й стадии (СЕАР).

Выполнена операция: резекция инфраренальной аневризмы БЧА, внутримешковое бифуркационное аорто-подвздошно-бедренное аллопротезирование с имплантацией нижней брыжеечной артерии в левую браншу (рис. 3). Во время оперативного вмешательства в зоне бифуркации аорты обнаружена аортокавальная фистула диаметром 1,0

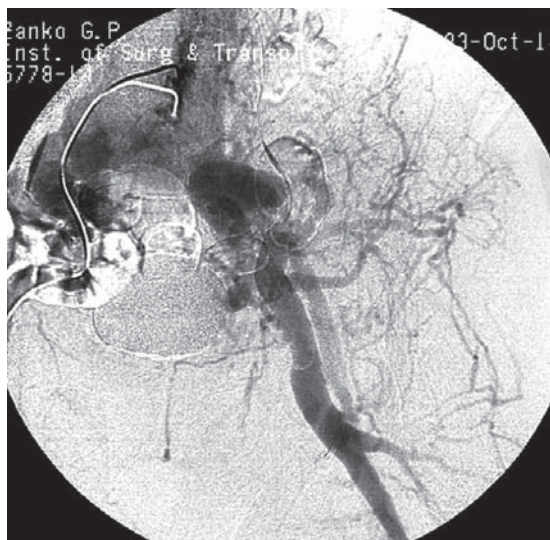


Рис. 1.

Аортография.

Зона артерио-венозного соустья, сброс крови в подвздошный венозный сегмент слева.

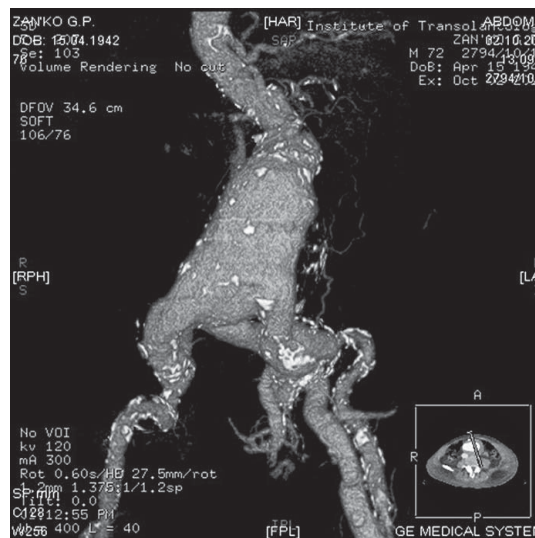


Рис. 2.

КТ с контрастированием.

Аневризма БЧА, артерий полости таза.



Рис. 3.

Резекция инфраренальной аневризмы БЧА, внутримешковое бифуркационное аорто-подвздошно-бедренное аллопротезирование с имплантацией нижней брыжеечной артерии.



Рис. 4.

Зона аортокавальной фистулы.

— 1,2 см, с распространением на левую общую подвздошную вену (рис. 4). Фистула прошита атравматичной нитью Prolen 3/0, кровоток по общей подвздошной вене слева "выключен", отток осуществлялся преимущественно по системе левой внутренней подвздошной вены. Длительность операции 7 ч 50 мин. Общая кровопотеря 5000 мл. Перелито 2000 мл эритроцитарной массы, 700 мл свежемороженой плазмы, 8000 мл коллоидных растворов, диурез 1500 мл.

Течение послеоперационного периода без осложнений. Через 2 сут отмечены регресс венозной гипертензии в левой нижней конечности (—6 см), уменьшение "перегрузки" правого отдела сердца. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии, с улучшением, под амбулаторное наблюдение хирурга.

Впервые спонтанное появление аортокавальной фистулы при разрыве аневризмы БЧА описано J. Syme в 1831 г. Диагностика осложненных аневризм БЧА (аортокавальная фистула) в настоящее время представляет серьезную клиническую проблему. Использование современных методов КТ с контрастированием позволяет лишь у 70 — 75% больных получить точную информацию о топографоанатомических особенностях зоны артерио-венозного соустья [1].

Основными причинами такой ситуации являются наличие выраженного периаортального "воспалительного вала" не только в зоне аневризмы, но и, в большей степени, на участке аорто-кавально-подвздошной фистулы; причем, извитость подвздошных артерий и их вовлечение в аневризму значительно осложняют дифференцирование тканей в пораженном бассейне.

Диагностическая ценность субтракционных методик артериографии, илео-, каваграфии при исследовании артерио-венозных соустьев составляет: чувствительность — 97%, специфичность — 98% при их локализации в бедренно-подколенном сегменте, и соответственно, 78 и 83% — при наличии аортокавальной фистулы [6]. Наибольшую диагностическую ценность при изучении топографии аортокавальной фистулы, по мнению некоторых авторов, имеет мультигеликсальная КТ с контрастированием [7].

Выбор метода хирургического лечения аортокавальной фистулы при аневризме БЧА во многом зависит от ее топографии. В последние годы все шире применяются эндоваскулярные методы лечения заболевания. Эндопротезирование БЧА при наличии аортокавальной фистулы обеспечивает снижение госпитальной летальности до 1,5 — 2% [8]. Однако, к сожалению, эти наблюдения единичны и не определяют выбор тактики, хотя и являются примером близкой перспективы. Наиболее неблагоприятными условиями при эн-

допротезировании аорты являются расположение фистулы в зоне бифуркации нижней полой вены и/или конечного отдела общей подвздошной вены [9]. Локализация соустья в этой зоне часто сопряжена с дислокацией стент-графта, подтеканием. Наиболее распространены открытые оперативные вмешательства. Хотя частота выявления заболевания всего до 2%, госпитальная летальность достигает 30% [3, 9]. Технология резекции аневризмы с последующим протезированием БЧА по поводу аортокавальной фистулы мало отличается от таковой при различных типах осложненной аневризмы [10]. Дефект нижней полой вены можно устранить путем простого зашивания либо с применением аллопластики; по возможности, зону реконструкции следует "укутать" местными тканями — забрюшинной клетчаткой, прилежащей мышечной тканью [5]. Возможно прошивание, лигирование одной из общих подвздошных вен при условии локализации соустья в зоне бифуркации нижней

полой вены, что обеспечивает меньшую продолжительность оперативного вмешательства, уменьшение кровопотери и частоты осложнений в раннем послеоперационном периоде [3].

ВЫВОДЫ

1. Своевременное обращение больных при наличии аневризмы БЧА, осложненной аортокавальной фистулой, в специализированное сосудистое отделение позволит применить адекватные диагностические процедуры и оптимально определить хирургическую тактику.

2. Следует иметь в виду, что аортокавальная фистула на фоне осложненной аневризмы БЧА — это быстро прогрессирующее заболевание, сопровождающееся сердечной недостаточностью в стадии декомпенсации и требующее от хирурга концентрации навыков, опыта, поскольку временной фактор имеет решающее значение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Покровский А. В. Отдаленные результаты и продолжительность жизни оперированных больных с аневризмами брюшной аорты старше 70 лет / А. В. Покровский, В. Н. Дан, А. М. Златовчен // *Ангиология и сосуд. хирургия.* — 2002. — № 4. — С. 68 — 70.
2. Хирургическое лечение аневризм брюшной аорты / А. А. Спиридонов, В. С. Аракелян, Е. Г. Тугов, Т. В. Сухарева — М.: Изд-во НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН, 2005. — 294 с.
3. Хирургическое лечение спонтанной аортокавальной фистулы / Ю. В. Белов, А. Б. Степаненко, А. П. Генс, Э. Р. Чарчян // *Хирургия.* — 2006. — № 5. — С. 46 — 48.
4. Ближайшие и отдаленные результаты лечения аневризматической болезни брюшной аорты и магистральных артерий / Ю. В. Червяков, И. Н. Староверов, С. Ю. Смуров [и др.] // *Ангиология и сосуд. хирургия.* — 2011. — Т. 17, № 2. — С. 31 — 35.
5. Бокерия Л. А. Спонтанные аортоvenoзные фистулы при аневризмах брюшной аорты / Л. А. Бокерия, Р. А. Абдулгасанов // *Анналы хирургии.* — 2010. — № 6. — С. 8 — 11.
6. Menon S. Abdominal aortic pseudoaneurysm repair using the Amplatzer septal occlude device / S. Menon, C. Rihal, A. Cabalka // *J. Invas. Cardiol.* — 2008. — Vol. 20, N 3. — P. 77 — 78.
7. Оперативное лечение аортокавальной фистулы / С. Д. Панфилов, Д. С. Панфилов, А. С. Васин [и др.] // *Ангиология и сосуд. хирургия.* — 2014. — № 3. — С. 154 — 159.
8. Эндопротезирование аневризмы брюшной аорты, осложненное разрывом в нижнюю полую вену с формированием аортокавальной фистулы / И. М. Игнатъев, М. Ю. Володюхин, Н. В. Крепкогорский, А. В. Заночкин // Там же. — С. 149 — 153.
9. Li Q. Transcatheter closure of a large abdominal aortic pseudoaneurysm with a septal occluder device / Q. Li, L. Kou, Z. Chen // *Eur. Heart J.* — 2008. — Vol. 29. — P. 1880.
10. Клиническое наблюдение успешного лечения аневризмы абдоминального отдела аорты с разрывом / А. Д. Асланов, О. Е. Логвина, Л. И. Таукунова [и др.] // *Ангиология и сосуд. хирургия.* — 2011. — Т. 17, № 1. — С. 141 — 143.

