

Симультанні операції на черевному відділі аорти та органах черевної порожнини (клінічні спостереження)

В.М. РОГОВСЬКИЙ, О.М. БОРКІВЕЦЬ, Ю.М. ОЛІЙНИК,
В.В. ЯЦУН, О.С. РОДІОНОВ

Резюме. *Обґрунтовано і наведено успішні клінічні приклади виконання у літніх пацієнтів аллопротезування черевного відділу аорти одночасно (симультанно) з операціями на органах черевної порожнини.*

Ключові слова: *аневризма аорти, білатеральне аллопротезування, калькульозний холецистит, симультанна операція.*

Світовий досвід одночасних симультанних операцій залишається невеликим, але має тенденцію до поширення [1, 2, 5, 7, 10, 14]. У 30% пацієнтів старше 60 років, які потребують хірургічного лікування захворювань органів черевної порожнини, наявні супутні захворювання [1, 2, 3, 9, 13].

Хронічні облітеруючі захворювання артерій мають близько 2% населення, а на сьомому десятилітті життя – до 7%. Патогенез атеросклерозу загальновідомий і пояснюється рядом теорій, основною із яких вважають порушення ліпідного обміну [1, 9]. Єдність патогенетичних механізмів розвитку жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) і атеросклерозу визначає їх часте поєднання [1, 2, 9, 12] і неухильне збільшення їхньої кількості в останні десятиліття [1, 2, 10]. Відомо, що серед аневризм аорти ураження її черевного відділу становлять до 80% [8, 11]. За даними літератури, не менше 25–35% хворих з аневризмами черевної аорти (АЧА) мають різні гастроентерологічні захворювання [5, 11, 13]. Частота ЖКХ у пацієнтів із АЧА становить 1,9–7,6% [2, 3, 7, 11]. Дискусії стосовно хірургічної тактики у цій ситуації ведуть ще з 80-х років минулого століття [2, 3, 10, 11, 13, 15].

Ряд хірургів неохоче виконують симультанні холецистектомії при аневризмектоміях черевного відділу аорти, аргументуючи свій підхід великим відсотком післяопераційних ускладнень [3, 7]. Інші [3, 11, 13] пропонують виконувати холецистектомію у подібних ситуаціях лише у хворих з клінічними проявами ЖКХ. Аргументом на користь одномоментних операцій є високий ризик розвитку післяопераційного холециститу у хворих ЖКХ [1, 2, 7, 13], що виникає досить часто протягом 2–7 міс після протезування черевної частини аорти. Ще одним аргументом на користь виконання симультанних операцій на органах

черевної порожнини під час аллопротезування інфраренальної частини аорти є необхідність виконувати серединну або тотальну серединну лапаротомію [4, 10, 13], які дуже зручні для виконання операційних втручань на органах черевної порожнини. У разі реконструкції лише черевної аорти післяопераційний холецистит може мати тяжкий перебіг із ускладненнями у вигляді перфорації міхура і жовчного перитоніту та призводити до летального наслідку в 11% пацієнтів [13]. Частота безкам'яного холециститу після протезування АЧА становить менше 1%, проте може призводити до смерті в 71% спостережень [15]. До цього необхідно додати, що, за даними багатьох авторів, не існує суттєвої різниці між рівнями летальності при ізольованому протезуванні АЧА та при виконанні такої операції у поєднанні з холецистектомією [15].

Метою роботи було проаналізувати успішні симультанні операції у хворих із аневризмою інфраренального відділу аорти та супутньою абдомінальною патологією, підтвердити можливість виконання симультанних операцій у літніх пацієнтів після всебічного обстеження, відповідної підготовки до операції та проведення комплексної терапії у післяопераційний період.

Матеріали і методи

Відповідно до мети роботи було проаналізовано результати хірургічного лікування пацієнтів із захворюваннями черевного відділу аорти та супутніми хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини. За останні три роки у двох пацієнтів було виконано успішні симультанні операції на аорті та абдомінальних органах. Вони представлені на клінічних прикладах.

Клінічний випадок 1. Хворого Р., 77 років, було госпіталізовано до клініки судинної хірургії Головного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» 24 лютого 2011 р.

На момент огляду скаржився на пульсуюче утворення в ділянці живота, часті приступи болю в правому підребер'ї. Вважав себе хворим близько півтора року, коли помітив вищенаведені симптоми.

Результати ультразвукового дослідження (УЗД) органів черевної порожнини: жовчний міхур S-подібної форми розмірами 6,4×2,5 см, не напружений, стінки до 1,1–1,2 см. Містив велику кількість гіперехогенних поліпів розмірами від 3 до 6 мм, гіперехогенні конкременти розмірами 4×6 мм. Діаметр загального жовчного протоку 4–5 мм.

Результати фіброгастродуоденоскопії (ФГДС) продемонстрували у хворого еритематозну гастробульпату, рефлюкс-езофагіт.

Результати мультиспиральної комп'ютерної томографії-ангіографії: атеросклеротична аневризма черевного відділу аорти, оклюзія гомілкових сегментів.

Результати проведеного обстеження дозволи встановити діагноз:

Атеросклеротична мішководна аневризма інфраренального відділу аорти, облітеруючий атеросклероз артерій нижніх кінцівок II стадії, оклюзія гомілкових сегментів.

Ішемічна хвороба серця (ІХС), дифузний кардіосклероз, гіпертонічна хвороба II стадії. Серцева недостатність I ступеня.

ЖКХ: хронічний калькульозний поліпозний холецистит.

Правобічна рецидивна пахова грижа.

28 лютого 2011 р. було виконано операцію:

Лапаротомія, аневризмектомія, білатеральне аорто-стегове аллопротезування (протезом – Inter vascular, Inter Gard 2211S), дренивання заочеревинного простору ліворуч та малого тазу праворуч. Холецистектомія, дренивання підпечінкового простору. Пластика з боку черевної порожнини внутрішнього кільця правого пахового каналу.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. На 11-ту добу після операції пацієнта у задовільному стані виписано для продовження лікування в амбулаторних умовах. Контрольний огляд хворого виконано через рік (у лютому 2012 р.). Стан його здоров'я задовільний, скарг не пред'являв.

Клінічний випадок 2. Хворий В., 72 роки, був госпіталізований до клініки судинної хірургії ГВМКЦ (ГВКГ) 19 вересня 2011 р.

На момент огляду скаржився на болі в литкових м'язах, що виникали при ходьбі на відстань менше 200 м, більше зліва. Скарги турбували близько двох років.

При об'єктивному дослідженні пульсація на лівій стеговій артерії була ослаблена, на лівій підколінній артерії не визначалася, ослаблена пульсація на лівій підколінній артерії.

Результати УЗД органів черевної порожнини: жовчний міхур розмірами 6×3 см, не напружений, стінки до 1 см. Містив велику кількість гіперехогенних конкрементів розмірами 3×5 мм.

Результати ФГДС: ерозивна гастропатія, дуоденопатія, езофагіт.

Результати аорто-ангіографії виявили ознаки атеросклерозу аорти та магістральних артерій нижніх кінцівок; стенози інфраренального відділу аорти до 50%; оклюзію здухвинних артерій ліворуч від рівня біфуркації; артерії на стегні контрастувалися вкрай слабо (імовірно, за рахунок оклюзії здухвинних артерій).

Після обстеження був встановлений діагноз:

Облітеруючий атеросклероз аорти, артерій тазу та нижніх кінцівок, III стадія, стенози інфраренального відділу аорти до 50%. Оклюзія здухвинних артерій ліворуч від рівня біфуркації. Хронічна артеріальна недостатність нижніх кінцівок II Б ступеня.

ІХС. Стенокардія напруги, II функціональний клас, атеросклеротичний та післяінфарктний кардіосклероз (1987). Гіпертонічна хвороба III стадії.

Хронічний калькульозний холецистит у фазі ремісії.

Хронічна ерозивна гастропатія, дуоденопатія, езофагіт.

Після відповідної підготовки та обстеження було виконано операцію:

Лапаротомія, білатеральне аорто-стегнове аллопротезування, дренивання малого таза ліворуч. Холецистектомія, дренивання підпечінкового простору. Видалення дивертикулу Меккеля, пластика тонкої кишки. Пластика грижового мішка в ділянці пахового кільця справа. Видалення атероми передньої черевної стінки (виявлена під час операції).

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. На 10-ту добу після операції пацієнта у задовільному стані виписано для амбулаторного лікування. Контрольний огляд хворого виконано через 6 міс (у лютому 2012 р.). Стан його здоров'я задовільний, скарг не пред'являв.

Обидва пацієнти при госпіталізації поставили перед лікарями питання стосовно можливості виконання холецистектомії одночасно з аневризмомектомією. Незважаючи на це, а також на комплексне обстеження і ретельно проведений передопераційний консилиум, остаточне рішення про виконання симультанних операцій приймали інтраопераційно.

Результати та їх обговорення

При ЖКХ із патологічними змінами аорти у плановій ситуації виникає питання, чи залишати патологічно змінений жовчний міхур, піддаючи пацієнта ризику його запалення після операції, чи здійснити одномоментну операцію з ризиком виникнення біліарних або інфекційних ускладнень. На нашу думку, ризик останніх перебільшений, що співпадає з даними джерел наукової інформації. Необхідно підкреслити, що рішення стосовно виконання таких операцій приймають індивідуально після ретельного обстеження хворого з наступним аналізом і обговоренням отриманих даних в умовах відповідного консилиуму.

Важливим моментом операції є обов'язкове зашивання заднього листка очеревини перед виконанням втручань на органах черевної порожнини. Використання сучасних протезів, що оброблені розчином антибіотика та імпрегновані іонами срібла, дозволяють знизити ризик виникнення інфекційних ускладнень.

Висновки

1. Представлені клінічні спостереження свідчать про те, що рішення стосовно виконання симультанних операцій у літніх пацієнтів необхідно приймати індивідуально, після ретельного обстеження з наступним аналізом отриманих даних у консилиумі до операції і прийняттям остаточного рішення під час операції.

2. Симультанні операції мають ряд переваг порівняно з етапним хірургічним лікуванням, оскільки позбавляють хворого від:

- необхідності проведення повторного хірургічного втручання і пов'язаного з ним повторного наркозу;
- небезпеки виникнення в ранній післяопераційний період загострення супутнього хірургічного захворювання;
- високого ризику екстреної операції у разі виникненні ускладнень зі сторони неоперованого органу.

Література

1. Аронов Д.М. Лечение и профилактика атеросклероза / Д.М. Аронов. – М. : Триада. –Х, 2000. – 410 с.
2. Аневризма аорты и желчнокаменная болезнь: необходима ли одномоментная операция? / Ю.В. Белов [и др.] // Хирургия. – 2010. – № 2. – С. 64–66.
3. Белов Ю.В. «Абдоминальные катастрофы» в хирургии аорты и сердца / Ю.В. Белов, Р.Н. Комаров // Хирургия. – 2010. – № 4. – С. 4–11.
4. Губка В.А. Особенности выполнения аорто-бедренных реконструкций при облитерирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей / В.А. Губка // Клінічна флебологія. – 2011. – Т. 4. – № 1. – С.58–60.
5. Комбинированная операция при раке слепой кишки, аневризме абдоминальной аорты и калькулезном холецистите у пожилого пациента / Б.П. Дудкин [и др.] // Хирургия. – 1992. – № 3. – С. 112–113.
6. К вопросу о патогенезе и риске разрыва аневризмы абдоминального отдела аорты / И.И. Затевахин [и др.] //Ангиология и сосудистая хирургия. – 2006. – Т. 12. – № 1. – С. 17–24.
7. Казанчян П.О. Осложнения в хирургии: аневризма брюшной аорты / П.О. Казанчян, В.А. Попов. – М. : МЭИ, 2002. – 304 с.
8. Опыт лечения аневризмы брюшного отдела аорты / П.В. Мирошниченко [и др.] // Клінічна флебологія. – 2011. – Т. 4. – № 1. – С. 75–77.
9. Мишалов В.Г. Современные подходы к диагностике и лечению аневризмы брюшной аорты / В.Г. Мишалов, В.М. Селюк // Серце і судини. – 2004. – № 4. – С. 9–14.
10. Симультаные операции в хирургии аневризмы брюшной части аорты / П.И. Никульников [и др.] // Клінічна флебологія. – 2011. – Т. 4. – № 1. – С. 123–124.
11. Покровский А.В. Перспективы и действительность в лечении атеросклеротических поражениях аорты / А.В. Покровский, А.Е. Зятиков. – М., 1996. – 190 с.
12. Ailawadi G. Current concepts in the patogenesis of abdominal aortic aneurysm / G. Ailawadi, L. Jonathan, Eliason and Gilbert R. Upchurchj // I. Vasc. Surg. – 2003. – Vol. 38. – P. 584–588.
13. Abdominal aortic aneurysm repaire combined with a second s. J procedure. Morbidity and mortality / L.K. Bickerstaff [et al] // Surgery. – 1984. – Vol. 95. – P. 487–491.
14. Two incidental cases of abdominal aortic aneurysm and gallbladder cancer. Further data influencing the management of patients affected by aneurysm and gallbladder disease / De Monti M. [et al] // Minerva Card. – 2000. – V. 48. – № 4K5. – P. 129–135.

15. Dimakakos P.B. Gouliamos Abdominal aortic aneurysm combined with a second intraabdominal non vascular disease—a clinical study and surgical treatment / P.B. Dimakakos, N. Arkadopoulos, P. Antoniadis, A. Gouliamos // Swiss Surg. — 1996. — № 2. — P. 147–152.

Симультанные операции на брюшном отделе аорты и органах брюшной полости (клинические наблюдения)

**В.М. РОГОВСКИЙ, О.М. БОРКИВЕЦ, Ю.М. ОЛЕЙНИК,
В.В. ЯЦУН, О.С. РОДИОНОВ**

Резюме. *Обоснованы и представлены успешные клинические примеры выполнения у возрастных пациентов аллопротезирования брюшного отдела аорты одновременно (симультанно) с операциями на органах брюшной полости.*

Ключевые слова: *аорта, аневризмэктомия, холецистэктомия, симультанная операция.*

Simultaneous surgery on abdominal part of aorta and abdominal organs (clinical observation)

**V. ROGOVSKIY, O. BORKIVETS, YU. OLIYNIK,
V. YATSUN, O. RODIONOV**

Summary. *Grounded and successful examples of a clinical performance patients in age after aneurismectomy with abdominal part of aorta with operations on abdominal organs.*

Key words: *aorta, aneurismectomy, cholecysectomy, simultaneous surgery.*

УДК 616.001.1:617.58:355.257.6-07

Алгоритм выбора лучевых методов обследования для диагностики стрессовых повреждений костей

И.С. САВКА

Резюме. *В основу исследования положено комплексное изучение результатов лучевых методов диагностики 85 военнослужащих со стрессовыми повреждениями костей. Предложен алгоритм, который определяет оптимальную последовательность применения этих методов в зависимости от локализации, формы и стадии процесса перестройки в кости.*

Ключевые слова: *стрессовые повреждения костей, гиперостоз, патологическая перестройка кости, стрессовый перелом, лучевая диагностика, военнослужащий.*