

РАЗРЫВ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОЙ АОРТЫ (ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ)

А.В.Образцов, О.В.Пинчук

**ФГКУ «3-й ЦВКГ им. А.А.Вишневого МО РФ»
Красногорск, Россия**

В Центре сосудистой хирургии 3-й ЦВКГ им. А.А.Вишневого за последние 5 лет (с 2008 по 2012 г.) экстренно оперированы 11 пациентов в связи с разрывом аневризмы брюшной аорты (АБА). Всего за этот период на лечении находились 218 больных с АБА, что составило 2,4% от всех выбывших с определенным исходом. Всего выполнено 96 плановых хирургических вмешательств по поводу АБА с послеоперационной летальностью 3,1%. Из 11 больных оперированных по поводу разрыва АБА выжили 4 пациента. Послеоперационная летальность оставила 63,6%.

При разрыве АБА клиническая картина в подавляющем числе наших наблюдений (у 8 (72,7% больных) была достаточно характерной: внезапная интенсивная боль в животе и пояснице, резкое падение артериального давления вплоть до коллапса. Упоминания о наличии у пациента аневризмы аорты имелись только в 6 (54,5%) случаях. У остальных больных диагноз был установлен впервые при развитии разрыва. При направлении в стационар врачи поликлиники и скорой помощи подозревали дивертикулит, мезентериальный тромбоз, почечную колику и желудочно-кишечное кровотечение. Правильный диагноз разрыва на догоспитальном этапе был выставлен только в 5 (46,5%) случаях.

Ультразвуковое исследование являлось методом первичной верификации диагноза. Данный метод позволял оценить размеры АБА, выраженность аневризматической чаши, наличие осложнений, распространение поражения на подвздошные сосуды. Ультразвуковая картина забрюшинной гематомы или свободной жидкости (крови) в брюшной полости позволяла верифицировать наличие разрыва АБА. Компьютерная томография с болюсным введением контрастного вещества (КТ-ангиография) была одним из основных

методов диагностики. Исследование позволяло получить исчерпывающую информацию о размерах АБА, особенностях ее топических взаимоотношений, наличии признаков осложненного течения. Магнитно-резонансная томография обладает большими возможностями в визуализации аневризмы, а также позволяет оценить состояние дистального артериального русла нижних конечностей. Учитывая дефицит времени при обоснованном подозрении на разрыв АБА, единственным окончательным методом инструментальной диагностики была КТ-ангиография.

Из 11 оперированных нами больных один летальный исход наступил на этапе лапаротомии, в другом случае смерть констатирована после наложения зажима на шейку разорвавшейся АБА. В остальных 9 клинических наблюдениях оперативное вмешательство удалось успешно завершить. Однако у еще двух пациентов, перенесших вмешательство, летальный исход был зафиксирован в течение ближайших нескольких часов. Резекция АБА сочеталась с линейным протезированием аорты (1 наблюдение), биподвздошным протезированием (4 больных), аорто-бифеморальным протезированием (2 пациента), бифуркационным аорто-подвздошно-бедренным протезированием (2 случая).

Успешное лечение разрыва АБА возможно только при налаженной интеграции различных лечебных и диагностических подразделений. Методом выбора инструментальной диагностики разрыва АБА является своевременно выполненная КТ-ангиография. Успешное хирургическое вмешательство невозможно без организованной службы крови, необходимого донорского возмещения и интраоперационной реинфузии. Реанимационное подразделение должно быть готово к длительной искусственной вентиляции легких, экстракорпоральной детоксикации, адекватно медикаментозно обеспечено, что позволяет справиться с неизбежными тяжелыми осложнениями послеоперационного периода.