

2. Ashton H. A., Gao L., Kim L. G. et al. Fifteen-year follow-up of a randomized clinical trial of ultrasonographic screening for abdominal aortic aneurysms // Br. J. Surg. 2007. Vol. 94. P. 696.
3. Deaths, percent of total deaths, and death rates for the 15 leading causes of death in 5-year age groups, by race, and sex: United States. 2013. February 19, 2018.
4. Forsdahl S. H., Singh K., Solberg S., Jacobsen B. K. Risk factors for abdominal aortic aneurysms: a 7-year prospective study: the Tromso Study, 1994–2001 // Circulation. 2009. Vol. 119. P. 2202.
5. Howard D. P., Banerjee A., Fairhead J. F. et al. Population-Based Study of Incidence of Acute Abdominal Aortic Aneurysms With Projected Impact of Screening Strategy // J. Am. Heart Assoc. 2015. Vol. 4. P. e001926.
6. Lederle F. A., Johnson G. R., Wilson S. E. et al. Yield of repeated screening for abdominal aortic aneurysm after a 4-year interval. Aneurysm Detection and Management Veterans Affairs Cooperative Study Investigators // Arch. Intern. Med. 2000. Vol. 160. P. 1117.
7. Lindholt J. S., Juul S., Fasting H., Henneberg E. W. Screening for abdominal aortic aneurysms: single centre randomised controlled trial // BMJ. 2005. Vol. 330. P. 750.
8. Norman P. E., Jamrozik K., Lawrence-Brown M. M. et al. Population based randomised controlled trial on impact of screening on mortality from abdominal aortic aneurysm // BMJ. 2004. Vol. 329. P. 1259.
9. Vardulaki K. A., Prevost T. C., Walker N. M. et al. Incidence among men of asymptomatic abdominal aortic aneurysms: estimates from 500 screen detected cases // J. Med. Screen. 1999. Vol. 6. P. 50.
10. Wilmsink A. B., Hubbard C. S., Day N. E., Quick C. R. The incidence of small abdominal aortic aneurysms and the change in normal infrarenal aortic diameter: implications for screening // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. 2001. Vol. 21. P. 165.
11. Аневризма брюшной аорты: клинические рекомендации Минздрава РФ. 2016. 38 с.
12. Национальные рекомендации по ведению пациентов с аневризмами брюшной аорты. М., 2013.
13. Шано В. П., Гладкая С. В., Гуменюк И. В., Губцева Е. З., Гусак Е. А., Панарина Н. В., Московец И. Е., Чумак Г. В. Интенсивная терапия в неотложной хирургии аневризм брюшного отдела аорты: послеоперационная продленная искусственная вентиляция легких // Сучасні. Медичні. Технології. 2011. № 3-4. С. 402–404.

Сведения об авторах

Соловьёв Евгений Иванович, врач — анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии и реанимации № 1 ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»

Адрес: 454076, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 70 (Медгородок); тел. +7 351 749-37-10; e-mail: solovei174ees@mail.ru

Чабаненко Анастасия Владимировна, врач — анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии и реанимации № 1 ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»

E-mail: trelony_ue@inbox.ru

Сафронова Наталья Николаевна, канд. мед. наук, руководитель центра анестезиологии и реанимации, врач — анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии и реанимации № 1 ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»

E-mail: saphrmani@inbox.ru

Пьянкова Юлия Анатольевна, врач — анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии и реанимации № 1 ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»

E-mail: fffu@inbox.ru

Принята в печать 07.04.2019.

УДК 616.136-007.64-08-035

Выбор тактики при расслоении или разрыве аневризмы брюшной аорты

А. А. Фокин², В. В. Владимирский¹, А. В. Макаров², А. А. Федин¹, П. Ю. Маковкин¹

¹ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинская областная клиническая больница», Челябинск

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск

Choice of tactics when aneurysms of abdominal aorta splitting or breaking

A. A. Fokin², V. V. Vladimirovsky¹, A. V. Makarov², A. A. Fedin¹, P. Yu. Makovkin¹

¹ Chelyabinsk Regional Clinical Hospital, Chelyabinsk

² South-Urals State Medical University, Chelyabinsk

Аннотация. Цель: оценить ближайшие результаты экстренных операций по поводу расслоения или разрыва аневризмы интраартерального отдела аорты в зависимости от выбранной тактики. При расслоении и разрыве интраартерального отдела аорты операция в специализированном отделении предпочтительна. Решение о транспортировке принимает сосудистый хирург после осмотра больного. При выявлении острой ишемии конечности выполнение перекрестного шунтирования позволяет избежать отягощения состояния пациента, предотвращая потерю конечности.

Ключевые слова: расслоение аневризмы брюшной аорты; разрыв аневризмы брюшной аорты.

Abstract. Objective: To evaluate the immediate results of emergency operations for dissection or rupture of the aneurysm of the infrarenal aorta, depending on the tactics chosen. For dissection and rupture of the infrarenal aorta, surgery in a specialized unit is preferable. The decision on transportation is made by the vascular surgeon after examining the patient. When detecting acute ischemia of the limb, performing cross-bypass surgery avoids burdening the patient's condition, preventing loss of the limb.

Keywords: abdominal aortic aneurysm dissection; rupture of abdominal aortic aneurysm.

Актуальность проблемы. Расслоение и разрыв аневризмы относятся к тяжелейшим осложнениям патологии брюшной аорты. Массивное кровотечение, возникающее при разрыве, является основной причиной катастрофической летальности — до 90%. Расслоение аорты встречается реже, однако показатели летальности — 70–90% — сравнимы. Возникновение осложнений заболеваний аорты заставляет принимать решение о целесообразности операции, варианте, объеме и месте неотложного хирургического вмешательства. Актуальность проблемы состоит в необходимости выбора оптимального способа лечения при многочисленных неблагоприятных исходных данных — выбор лучшего из худших.

Цель: оценить ближайшие результаты экстренных операций по поводу расслоения или разрыва аневризмы инфраренального отдела аорты в зависимости от выбранной тактики.

Материалы и методы. С января 2012 по ноябрь 2018 г. отделением сосудистой хирургии ЧОКБ было выполнено 22 операции при разрыве или расслоении инфраренального отдела аорты. Все пациенты мужчины, в возрасте от 58 до 83 лет, средний возраст 69,6 года. Пациенты были первоначально госпитализированы в экстренном порядке в хирургическое отделение по месту жительства. Клиническая картина разрыва аневризмы аорты (боли в брюшной полости, гипотония, анемия) была подтверждена данными УЗИ, а в ряде случаев — КТ брюшной полости. Диагноз «расслоение аорты» был выставлен клинически у 2 больных на основании появления острой ишемии конечности (Па степени) на фоне болевого синдрома в брюшной полости. Тактика ведения пациентов была согласована с ангиохирургом. При стабилизации артериального давления, сохранении диуреза, отсутствии маргинального сердечно-легочного резерва решался вопрос об оперативном лечении. Решение об операции по месту жительства принималось в случае нетранспортабельности пациента. Расстояние до места нахождения больного от 10 до 380 км. Продолжительность от выезда сосудистого хирурга до операции: 40 минут — 5 часов. При переводе больного в ЧОКБ тактика варьировала в зависимости от стабильности больного — от незамедлительной подачи в операционную (1 больной) либо дообследования (ЭхоКГ, МСКТ или МРТ аорты) с последующей операцией.

Результаты. В условиях ЦРБ протезирование при разрыве аневризмы инфраренального отдела аорты выполнено у 15 больных, 2 пациентам с расслоением аорты выполнено перекрестное бедренно-бедренное аутовенозное шунтирование. 2 пациента погибли в ходе операции. В ближайшем послеопера-

ционном периоде погибло 11 больных. Общая летальность составила 76,4%. Из 5 больных в отделении сосудистой хирургии погибло 2, 1 больной — при подготовке к операции от возобновившегося кровотечения из аорты, 1 — в ближайшем послеоперационном периоде от последствий ишемии кишечника. Летальность 40%.

Обсуждение. Несмотря на то, что аневризма брюшной аорты может достигать огромных размеров, длительное существование без значимых клинических проявлений — это один из вариантов течения заболевания. Типичным при этом является диагностика на этапе развития осложнений — расслоение, разрыв. Единственным радикальным способом лечения аневризмы аорты является хирургический. Однако разница в результатах плановых и экстренных вмешательств на аорте очень велика. Также ощутима разница в выживании больных в общехирургическом стационаре и в отделении сосудистой хирургии. Вероятность благоприятного исхода при лечении в специализированном стационаре выше. Даже при незначительной удаленности хирургического стационара от специализированного отделения, стандартной для данной патологии продолжительности вмешательства успех операции при разрыве аорты «на месте» не гарантирован. Послеоперационные осложнения (инфаркт миокарда, пневмония, почечная недостаточность, инфекция ран), встречающиеся у 50–70% пациентов после резекции аневризмы брюшной аорты, могут превышать возможности реанимационного пособия в ЦРБ.

При выборе тактики лечения мы отталкивались от соматической отягощенности пациента, готовности анестезиологов и реаниматологов общехирургических стационаров к проведению обширной операции и ведению сложного больного в послеоперационном периоде. Использование возможностей телемедицины по оценке состояния пациента, в том числе возможностей удаленной оценки данных КТ, позволяло оценить характер поражения аорты, принять решение о возможности перевода пациента.

Предпочтение отдавалось возможности транспортировки больного реанимобилем в специализированное отделение. Пациент осматривался сосудистым хирургом в стационаре по месту жительства, и при стабильном состоянии, контролируемой гипотонии совместно с реаниматологом принималось решение о переводе пациента.

При невозможности транспортировки практиковался выезд совместной бригады — сосудистые хирурги и анестезиолог-реаниматолог, что позволяло улучшить непосредственные результаты оперативного лечения. Как правило, основанием для этого являлись сохра-

нение выраженного болевого синдрома, снижение гемоглобина и темпа диуреза, нарастание креатинина.

В случае выявления у больного острой ишемии миокарда, анурии, повышения креатинина более чем в 2 раза, невозможности транспортировки оперативное лечение в экстренном порядке по месту госпитализации признавалось нецелесообразным. Состояние пациента отслеживалось, при положительной динамике принималось решение об операции.

Расслоение аорты всегда являлось показанием

к переводу больного в специализированное отделение по стабилизации состояния.

Выводы. При расслоении и разрыве инфраренального отдела аорты операция в специализированном отделении предпочтительна. Решение о транспортировке принимает сосудистый хирург после осмотра больного. При выявлении острой ишемии конечности выполнение перекрестного шунтирования позволяет избежать отягощения состояния пациента, предотвращая потерю конечности.

Литература

1. Gawenda M., Brunkwall J. Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm. The state of play // Dtsch. Arztebl. Int. 2012. Vol. 109, № 43. P. 727–732.
2. Moll F. L., Powell J. T., Fraedrich G. et al. Management of abdominal aortic aneurysms clinical practice guidelines of the European society for vascular surgery // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. 2011. Vol. 41 (Suppl. 1). P. 1–58.
3. Criado F. J., Coselli J. S. Aortic Dissection. A 250-Year Perspective // Tex. Heart Inst. J. 2011. Vol. 38, № 6. P. 694–700.
4. Clouse W. D., Hallett J. W., Schaff H. V., Spittell P. C., Rowland C. M., Ilstrup D. M., Melton L. J. Acute aortic dissection: population-based incidence compared with degenerative aortic aneurysm rupture // Mayo Clin. Proc. 2004. Vol. 79, № 2. P. 176–180.

Сведения об авторах

Фокин Алексей Анатольевич, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой хирургии Института дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Адрес: ул. Воровского, д. 64, г. Челябинск, Челябинская область, Россия, 454092; тел. 8 351 741-63-78; e-mail: alanfokin@yandex.ru

Владимирский Владимир Владимирович, д-р мед. наук, зав. отделением сосудистой хирургии ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»

E-mail: vvv848@rambler.ru

Макаров Алексей Владимирович, канд. мед. наук, врач отделения сосудистой хирургии ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»

E-mail: chelokb@mail.ru

Федин Антон Анатольевич, врач отделения сосудистой хирургии ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»

E-mail: chelokb@mail.ru

Маковкин Павел Юрьевич, врач отделения сосудистой хирургии ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»

E-mail: chelokb@mail.ru

Принята в печать 07.04.2019.