

of surgical treatment results from the prevalence of purulent-necrotic processes was evaluated. The tendency of decrease of major amputations was established.

Key words: diabetic foot syndrome, purulent-necrotic processes, surgical treatment/

А. С. Козлова, Е. И. Мингалеева, Е. П. Бурлева

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНЕВРИЗМ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Кафедра общей хирургии УГМУ, Екатеринбург

Аневризма брюшной аорты (АБА) — это дилатация аорты более 3 см в диаметре. Наиболее частой причиной развития аневризм признано атеросклеротическое поражение стенки брюшной аорты [3]. Важными факторами риска развития АБА являются пожилой возраст, мужской пол и курение [2].

В 95–96% случаев АБА имеет инфраренальную локализацию [1]. Наиболее частыми считаются такие осложнения аневризм как разрыв, тромбоз, эмболические ишемические осложнения, компрессия прилежащих тканей. Наиболее угрожаемым для жизни пациента является разрыв аневризмы, поэтому при выявлении расширения брюшной аорты до 4,5 см и более пациенту показано плановое оперативное вмешательство в условиях специализированного стационара. Возможность выполнения открытого или эндоваскулярного вмешательства на брюшной аорте при АБА обсуждается в каждом конкретном случае при обязательном согласовании тактики с пациентом [2; 4]. При разрыве АБА оперативное вмешательство выполняется по жизненным показаниям.

Цель исследования

Оценить особенности оперативных вмешательств при аневризмах брюшного отдела аорты в зависимости от интраоперационных находок.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации отделения сосудистой хирургии МАУ «Городская клиническая больница № 40» за 2014–2015 гг. Выявлено, что в этот период оперировано 15 пациентов с АБА. Среди них мужчин было 12 (80,0%), а женщин — 3(20,0%). Все пациенты были старше 60 лет, из них в возрасте от 70 до 85 лет — 5 человек (33,3%).

По локализации аневризмы были выделены следующие варианты изменений: у 12 пациентов (80%) в аневризматическую трансформацию были

вовлечены инфраренальный отдел брюшной аорты и ее бифуркация; у 3 (20%) — только инфраренальный отдел брюшной аорты.

Также у 6 (40%) пациентов отмечены изменения ветвей аорты в подвздошно-бедренном сегменте: двусторонняя окклюзия общей подвздошной артерии (ОПА) зарегистрирована в 4-х случаях (67%); окклюзия ОПА справа — в 1 (16,5%); окклюзия общей бедренной артерии (ОБА), поверхностной бедренной артерии (ПБА), глубокой артерии бедра (ГАБ) справа — в 1(16,5%).

При обработке материала исследования использована стандартная статистика, выполненная в программе Microsoft Office Excel 2007.

Результаты и их обсуждение

Основная часть пациентов 13 (86,7%) была оперирована в плановом порядке, а двое (13,3%) — в экстренном, после неотложной госпитализации по поводу разрыва аневризмы с развитием тяжелого геморрагического шока.

Основным доступом к брюшной аорте была срединная полная лапаротомия, что считается наиболее рациональным при оперативном вмешательстве при АБА. Интраоперационно была уточнена этиология аневризм, у всех пациентов причиной АБА был атеросклероз, при этом в 20% случаев аневризма была ложной и развилась в связи с несостоятельностью ранее наложенного дистального анастомоза эксплантата аорты.

Пережатие аорты старались осуществлять в наименее измененном участке сосуда, во всех случаях зажим накладывали ниже верхней брыжеечной артерии. Дистальное пережатие практически всегда осуществляли на уровне бедренных артерий, которые были

эксплорированы по линиям Кэна в верхних третях бедер. Среднее время пережатия аорты составило 35 минут.

При плановых операциях осуществляли системную гепаринизацию, от которой отказывались при оперативных вмешательствах по поводу разрывов АБА.

Конфигурация протеза определялась в зависимости от размеров и протяженности аневризм. Известно, что предпочтительнее использовать линейный протез, так как сокращается время операции. Еще одно преимущество линейных протезов состоит в ограничении зоны выделения аорты и, соответственно, в уменьшении риска повреждения прилегающих структур: мочеточников, подвздошных вен или парасимпатических нервов. В случае наличия дополнительной аневризмы или стенозов подвздошных артерий возникает необходимость в применении бифуркационного протеза, если нужно, то с выходом на бедра.

При оперативных вмешательствах у обсуждаемых пациентов были применены линейные и бифуркационные экспланты GelSoft™ (Vascutek), желатиновая пропитка которых позволяет избежать дополнительных интраоперационных кровопотерь.

В связи с изменениями аорто-подвздошного сегмента, которые были выявлены в дооперационном периоде или в ходе операций, в 100% случаев была произведена резекция аневризмы аорты в инфраренальном отделе. При незаинтересованной бифуркации длина аневризмы достигала 5 см, при вовлечении бифуркации — до 15 см. Виды оперативных вмешательств представлены в таблице.

Таблица 1

Оперативное вмешательство

<i>Вариант</i>	<i>Резекция аневризмы + протезирование аорты</i>	<i>Количество, %</i>
1	Бифуркационный аорто-бедренный протез	12 (80%)
2	Линейный протез	2 (13,3%)
3	Бифуркационный аорто-подвздошный протез	1 (6,7%)

В результате лечения отмечается 13 (86,7%) случаев выздоровления, и в 2 (13,3%) — летальный исход, из них 1 случай — после разрыва АБА.

Выводы

1. Выбор характера и объема оперативного вмешательства при аневризмах брюшного отдела аорты всегда является индивидуальным и зависит от конкретных анатомических находок во время операции
2. Исход операции связан с исходным кардиальным статусом пациента, наличием дыхательной и почечной недостаточности.
3. Разрыв аневризмы с тяжелой кровопотерей, как правило, сопровождается резким повышением послеоперационной летальности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атеросклеротическая аневризма брюшной аорты: кардиальные осложнения и их профилактика в послеоперационном периоде / Д. А. Джалилова, Н. И. Гайдукова, Н. Г. Потешкина, Ф. Ф. Хамитов // Лечебное дело.— 2011.— № 2.— С. 4–9.
2. Кардиальные осложнения и их профилактика в хирургии инфраренальной аневризмы брюшной аорты / А. А. Карпенко, А. М. Чернявский, Н. Р. Рахметов [и др.] // Патология кровообращения и кардиохирургия.— 2013.— Т. 17.— № 1.— С. 79–85.
3. Национальные рекомендации по ведению пациентов с аневризмами брюшной аорты (Российский согласительный документ).— Москва, [Электронный доступ] http://www.angiolsurgery.org/recommendations/2013/recommendations_AAA.pdf
4. Покровский, А. В. Клиническая ангиология / А. В. Покровский.— М.: Мед., 2004.— С. 345–360.

Kozlova A. S., Mingaleeva E. I., Burleva E. P.

FEATURES OF SURGERY FOR ANEURYSMS OF THE ABDOMINAL AORTA

Department of General surgery USMU, Yekaterinburg

The Summary. The surgical interventions in 15 patients with the abdominal aorta aneurysms (AAA) were carried out. 13 patients

were subjected to planned operations, in 2 cases the surgery was performed on emergency indications due to AAA rupture. The nature and extent of the surgery was determined intraoperatively finally and depended on the location and prevalence of aneurysmal expansion of the aorta.

The Keywords: abdominal aorta aneurysm

А. В. Коровина, А. А. Спицына, В. Д. Гвоздевич

ОСТРЫЕ НЕЯЗВЕННЫЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИХ УСТРАНЕНИЯ

*Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
УГМУ, Екатеринбург*

Желудочно-кишечные кровотечения — истечение крови из эрозивированных или поврежденных патологическим процессом кровеносных сосудов в просвет пищеварительных органов. Как и прободение язвы, кровотечения возникают внезапно, в любых условиях. Для того, чтобы уберечь больного от данной болезни XXI века, «болезни цивилизации», на помощь приходит хирург. Нередко единственное, но верное вмешательство — это остановка кровотечения экстренным оперативным вмешательством. Из 100 случаев причиной 70% случаев является болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, а также причиной осложнения кровотечением могут быть рак желудка, лейкозы. В 20% выявляется болезнь язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, в 10% — это заболевания, которые осложнены кровотечениями, угрожающими жизни человека, неязвенной и язвенной природы.

Установлено, что заболевания, сопровождающиеся острым желудочно-кишечным кровотечением органов пищеварения, чаще причина доброкачественная и злокачественная опухоль. До 15% случаев рак желудка, осложненный профузным кровотечением, является причиной смерти среди всех летальных исходов