

Раннее выявление больных с аневризмой брюшной аорты и определение тактики хирургического лечения

А.А.КАРПЕНКО, Н.Р.РАХМЕТОВ, Е.О.МАСАЛИМОВ, А.А.ДЮСУПОВ, Б.С.БУЛАНОВ, М.Н.БАЧЕВСКИЙ

Early revealing of patients with abdominal aortic aneurysm and definition of surgical tactics

A.A.KARPENKO, N.R.RAHMETOV, Y.O.MASALIMOV, A.A.DYUSSUPOV, B.S.BULANOV, M.N.BATSHEVSKY

Новосибирский НИИ Патологии кровообращения им. академика Е.Н.Мешалкина
Государственный медицинский университет г. Семей, Республика Казахстан
"Семейная поликлиника Гармония", Республика Казахстан, г. Семей

В общей популяции населения, по данным скрининговых исследований, встречаемость аневризм брюшной аорты (АБА) диаметром более 3 см составляет 4–5%, тогда как АБА диаметром более 4 см – в пределах 1–3% [6, 7].

Проблема выбора оптимальной лечебной тактики при АБА продолжает оставаться одной из актуальнейших в современной сосудистой хирургии. Выявление больных с АБА и выполнение операции до развития осложнений со стороны аневризмы позволяет значительно улучшить результаты лечения. Если летальность после плановых операций по поводу АБА колеблется в пределах 5-10%, то после операций по поводу разрыва АБА летальность достигает 70% [5].

На сегодняшний день кардиальные осложнения являются основной причиной смертности после плановых операций по поводу АБА. Частота их достигает более 20% и служит причиной 50-70% всех летальных исходов. Неврологические осложнения после резекции АБА относительно редки – 0,5-1,0%, но они сопровождаются 30-40% летальностью [2, 4].

Патогенетическая обоснованность и клиническая эффективность хирургического лечения гемодинамически значимых поражений брюшной аорты, брахиоцефальных и коронарных артерий доказаны в ряде мультицентровых исследований, однако нерешенными и дискуссионными остаются вопросы выбора объема операции и зоны первичной реваскуляризации [1].

При осложненной форме АБА операция является единственной мерой спасения жизни больного и должна быть выполнена экстренно при любых обстоятельствах [5].

Цель исследования. Провести скрининг лиц группы риска на наличие интрависцеральной АБА в Семейском регионе и разработать оптимальную тактику хирургического лечения АБА при сочетании с атеросклеротическим поражением сосудов коронарного русла и брахиоцефальных артерий.

Материалы и методы

Обследованы 1011 человек Семейского региона в возрасте 60 лет и старше: 363 (35,9%) мужчин и 648 (64,1%) женщин. Средний возраст обследуемых составил $68,4 \pm 1,2$ лет.

Все лица от 60 лет и старше приглашались на осмотр к сосудистому хирургу, после осмотра заполнялась анкета, выдавалась памятка – как правильно подготовиться к инструментальному обследованию и, далее, обследуемый направлялся на ультразвуковую доплерографию (УЗДГ) брюшной аорты.

Отсутствие патологических изменений в брюшной аорте отмечено у 435 (43%) обследованных, поражение атеросклерозом – у 576 (57%) респондентов (табл. 1).

Как видно из таблицы 1, среди 555 (54,9%) обследованных с атеросклеротическим поражением брюшной аорты у 245 (24,2%) человек имелась неосложненная форма атеросклероза с наличием атеросклеротических бляшек и утолщением стенки брюшной аорты. В группе респондентов с осложненной формой атеросклероза брюшной аорты у 31 (3,1%) человека выявлена АБА, у 105 (10,4%) – стеноз брюшного отдела аорты и у 174 (17,2%) – кальциноз стенки брюшной аорты.

Диагностированные случаи стеноза и кальциноза имеют различную выраженность и распространенность; все выявленные случаи стеноза не превышают 30% стеноза просвета брюшной аорты и не вызывают выраженного нарушения гемодинамики.

Во всех диагностированных случаях (31) причиной АБА является атеросклероз, что подтверждается клиническим течением и данными УЗДГ.

Согласно классификации, АБА по размеру подразделяются на малые – от 3 до 5 см, средние – 5-7 см и большие – более 7 см в диаметре [5]. Среди выявленных нами случаев АБА у 4 (12,9%) больных имелись

аневризмы средних размеров, от 5,2 до 6,1 см в диаметре; у остальных 27 (87,1%) больных малые аневризмы.

Из 31 больных с АБА у 10 размеры аневризм составляли от 3,0 до 3,5 см; данные люди взяты под динамическое наблюдение: 2 раза в год им будет выполняться УЗДГ брюшной аорты, в случае увеличения размеров аневризмы они будут дообследованы и госпитализированы для хирургического лечения.

Оставшимся 21 больным произведено более расширенное обследование, включающее УЗДГ брахиоцефальных артерий, ЭКГ, ЭхоКГ, аортография по Сельдингеру.

По данным УЗДГ брахиоцефальных артерий (БЦА) атеросклеротические изменения диагностированы у 9 (42,8%) из 21 обследованных. Согласно классификации хронической сосудисто-мозговой недостаточности (ХСМН) А.В. Покровского (1979) показания к хирургическому вмешательству на сонных артериях определены у 5 (23,8%) больных: у 2 имелось сужение просвета внутри сонных артерий более 60% с наличием гетерогенной бляшки и ОНМК в анамнезе, у 2 пациентов – сужение более 50% и наличие транзиторно-ишемических атак и у 1 больного стеноз ВСА более 70%. Электрокардиографическое (ЭКГ) и эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследования выявили наличие ишемической болезни сердца (ИБС) у 18 (85,7%) больных из 21 обследованных (табл. 2).

Как видно по данным таблицы 2, из 21 пациента у 18 диагностировано наличие стенокардии; тяжелая стенокардия III-IV ФК (по NYHA) имеется у 4 (19,1%) больных, в 6 (28,6%) случаях отмечен постинфарктный кардиосклероз с соответствующими изменениями на ЭКГ. Трансмуральные постинфарктные изменения наблюдались у 4 (19,1%) больных и наиболее часто имели заднюю локализацию (3 (14,3%)). Желудочковые нарушения ритма в виде экстрасистолии, бигеминии, тригеминии наблюдались у 5 (23,8%) пациентов.

Все больные с стенокардией II-IV ФК (по NYHA), с постинфарктным кардиосклерозом и нарушением ритма направлены на коронарографию. Количество данных пациентов составило 11 человек, они поставлены на очередь для прохождения коронарографии по квоте. Одновременно данным больным будет выполнена аортография.

Ввиду выполнения коронарографии с аортографией 11 пациентам с симптомной сердечной патологией, аортография по Сельдингеру выполнена нами оставшимся 10 пациентам из 21 с АБА.

Диагноз АБА, выставленный по результатам УЗДГ, во всех случаях был подтвержден. Дополнительно определяли состояние и проходимость нижней брыжеечной артерии (НБА), внутренней подвздошной артерии (ВПА), а также артерий нижних конечностей по показаниям.

Таблица 1

Данные УЗДГ брюшной аорты, n=1011

УЗДГ брюшной аорты	Без патологии, абс.(%)	Атеросклероз, абс.(%)			
		Без осложнений	Аневризма	Стеноз	Кальциноз
Мужчины	108 (23,7)	81 (33,1)	27 (87,1)	45 (42,8)	93 (53,4)
Женщины	348 (76,3)	164 (66,9)	4 (12,9)	60 (57,2)	81 (46,6)
Итого	456 (45,1)	245 (24,2)	31 (3,1)	105 (10,4)	174 (17,2)
		555 (54,9)			

Таблица 2

Характеристика ИБС у больных с АБА

Заболевание	Мужчины	Женщины	Всего (%) n=21
Стенокардия	16	2	18 (85,7)
Стенокардия III-IV ФК (по NYHA)	3	1	4 (19,1)
Инфаркт миокарда в анамнезе	5	1	6 (28,6)
Желудочковые нарушения ритма	4	1	5 (23,8)
Сердечная недостаточность	3	1	4 (19,1)
Фракция изгнания ЛЖ менее 50%	2	-	2 (9,5)

Таблица 3

Оперативное лечение больных с АБА

Вид операции	Абсолютное число (%), n=7
Резекция АБА	1 (14,2)
Резекция АБА, реимплантация ВПА слева, реимплантация НБА	2 (28,6)
Резекция АБА, реимплантация НБА + ПСЭ	2 (28,6)
Резекция АБА, реимплантация НБА	2 (28,6)

Примечание: ВПА – внутренняя подвздошная артерия; НБА – нижняя брыжеечная артерия; ПСЭ – поясничная симпатэктомия.

Результаты и их обсуждение

Показания к хирургическому лечению АБА определены у 21 пациента. Из числа данных больных 16 (76,2%) имеют сочетанные поражения артериального русла жизненно важных органов: у 11 пациентов имеются клинические признаки сердечной патологии, 4 больных – сочетанное гемодинамически значимое поражение сонных артерий и 1 больной в анамнезе перенес инфаркт миокарда и у него же диагностирован стеноз ВСА 50-60%.

Учитывая вышеуказанные данные, все больные с патологией сонных артерий 5 пациентов оперированы в первую очередь. Первым этапом выполнена каротидная эндартерэктомия, послеоперационный период во всех случаях протекал без осложнений. Данная операция рассматривалась как подготовительный этап к основному оперативному вмешательству – резекции АБА.

Из оставшихся 16 пациентов, в первую очередь оперировали больных с гемодинамически значимым сочетанным поражением аорто-подвздошного сегмента, артерий нижних конечностей. В настоящий момент оперированы 7 пациентов, 6 (85,7%) мужчин и 1 (14,2%) женщина (табл. 3)

Как видно из таблицы 3, при резекции АБА, помимо восстановления магистрального и улучшения коллатерального кровообращения в бассейне артерий нижних конечностей, особое внимание уделяли состоянию НБА и ВПА, которые находились непосредственно в зоне оперативного вмешательства. Это производилось с целью предупреждения развития ишемии левой половины толстой кишки. В итоге реимплантация НБА произведена в 6 (85,8%) случаях, реимплантация ВПА слева – в 2 (28,6%) случаях.

Результаты лечения больных изучены только в раннем послеоперационном периоде. Осложнения в раннем послеоперационном периоде носили легкий и временный характер, были устранены до выписки больных из стационара. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии.

Проведенный нами скрининг в Семейском регионе на наличие АБА у лиц 60 лет и старше, впервые на территории Казахстана, позволил получить новые достоверные результаты – заболеваемость АБА в Семейском регионе в указанном возрасте составляет 3,1%. Полученные результаты скрининга сопоставимы с данными мультицентровых исследований, проведенных в России, Европе и США [3, 8].

Нужно отметить, что 87,1% выявленных случаев АБА имеют малые размеры, то есть не превышают 3-5 см. Данное обстоятельство позволяет осуществлять динамическое наблюдение за ними, при необходимости в благоприятных условиях подготовить пациента к оперативному лечению.

Достаточно сказать, что, согласно проведенному нами анализу, в период с 1998 по 2009 год в г. Семей,

по данным патологоанатомического бюро, от разрыва АБА скончались 35 человек, которым не успели оказать специализированную медицинскую помощь. В отделении хирургии сосудов Медицинского центра Государственного медицинского университета г.Семей в период с 1998 по 2010 год в экстренном порядке с АБА оперировано 15 человек, из них 11 с признаками надрыва аневризмы, а 4 с разрывом АБА. Средний поперечный диаметр АБА у данных больных составил $83,8 \pm 6,1$ мм. Осложнения в раннем послеоперационном периоде у данных больных привели к летальному исходу в 6 (40%) случаях.

Раннее выявление больных с АБА позволяет своевременно обследовать их на наличие сопутствующей патологии и сочетанных поражений в других артериальных бассейнах, осуществить предварительное консервативное или оперативное лечение до основного этапа операции.

В группе больных с АБА, выявленных по результатам скрининга, оперировано 12 пациентов. 5 больным первым этапом выполнена каротидная эндартерэктомия, послеоперационный период протекал без осложнений. Остальным 7 больным первично выполнена резекция АБА, то есть это больные, которым при помощи инструментальных методов диагностики – ЭКГ, ЭхоКГ, УЗДГ – была исключена значимая патология со стороны сердца и головного мозга. Значимых осложнений в раннем послеоперационном периоде у данных больных не было.

Выводы

1. По данным проведенного в Семейском регионе скрининга 1011 лиц 60 лет и старше частота АБА составила 3,1% (31 человек) от общего числа обследованных, что сопоставимо с результатами современных многоцентровых исследований. В 87,1% случаев выявленные в результате скрининга АБА протекали бессимптомно и имели малые размеры (3-5 см в диаметре).

2. Своевременная диагностика бессимптомных АБА дает возможность осуществлять консервативное и/или оперативное лечение сопутствующей патологии, диагностировать сочетанные поражения коронарных и брахиоцефальных артерий до основного этапа операции. Установлено, что у 85,7% (18 человек) пациентов АБА сочеталась с атеросклеротическим стенозированием коронарных артерий, и у 42,8% (9 человек) – брахиоцефальных артерий.

3. Раннее выявление больных с АБА, своевременная коррекция сочетанных поражений коронарных и брахиоцефальных артерий, выполнение операции в благоприятных условиях, реимплантация НБА и ВПА позволяют значительно уменьшить частоту развития и тяжесть возможных осложнений и, тем самым, улучшить результаты хирургического лечения.

Список литературы

1. Белов Ю.В., Комаров Р.Н. Тактика хирургического лечения мультифокальных стенотических поражений артериальных бассейнов. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова 2007; 3: 60-64.
2. Беспяев А.Т., Спиридонов А.А., Алекян Б.Г. с др. Принципы хирургического лечения атеросклеротических сочетанных поражений брахиоцефальных артерий, брюшной аорты и артерий нижних конечностей. Анналы хирургии 2003; 4: 45-50.
3. Бураковский В.И., Бокерия Л.А. Сердечно-сосудистая хирургия. Москва: Медицина 1989; 752.
4. Казанчян П.О., Попов В.А. Осложнения в хирургии аневризм брюшной аорты. М.: Изд-во МЭИ. 2002; 304.
5. Покровский А.В. Клиническая ангиология. М. 2004; 1: 15-183.
6. Спиридонов А.А., Тутов Е.Г., Аракелян В.С. Хирургическое лечение аневризм брюшной аорты. М.: Изд-во НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН 2000; 356.
7. Шалимов А.А., Дрюк И.Ф. Хирургия аорты и магистральных артерий. Киев. 1979; 384.
8. Ширинбек О. Инфраренальные аневризмы брюшной аорты: современная тактика и исходы лечения (обзор литературы). Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН 2008; 9: 5: 50-57.

Поступила 14.04.2012 г.

Информация об авторах

1. Карпенко Андрей Анатольевич – д.м.н., проф., руководитель Центра сосудистой и гибридной хирургии ФГУ «Новосибирский НИИ патологии кровообращения им. академика Е.Н. Мешалкина Росмедтехнологий», Российская Федерация, e-mail: andreikarpenko@ Rambler.ru
2. Рахметов Нурлан Рахметович – д.м.н., проф., зав. кафедры хирургии №1 Государственного медицинского университета г. Семей, Республика Казахстан
3. Масалимов Есенгазы Омарханович – к.м.н., заместитель директора по лечебной работе Медицинского центра Государственного медицинского университета г. Семей, Республика Казахстан
4. Дюсупов Алтай Ахметкалиевич – к.м.н., асс. кафедры хирургии №1, сосудистый хирург Медицинского центра Государственного медицинского университета г. Семей, Республика Казахстан, e-mail: alta-doc77@mail.ru
5. Буланов Бекжан Серикбосынович – зав. отделением хирургии сосудов Медицинского центра Государственного медицинского университета г. Семей, Республика Казахстан, e-mail: bek-doc@mail.ru
6. Бачевский Максим Николаевич – директор учреждения «Семейная поликлиника Гармония», г. Семей, Республика Казахстан