

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.132-007.64:616.13-089+616.62-006

© Коллектив авторов, 2020

М.Ш. Кашаев^{1,2}, В.Ш. Ишметов^{1,2}, А.В. Павлов^{1,2}, Ф.А. Ашуров²,
Р.Ф. Сафин^{1,2}, И.Р. Каримов², А.Ф. Нагаев², А.Р. Якупов^{1,2}, М.Р. Нигматуллин^{1,2}

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ИЗОЛИРОВАННЫМИ АНЕВРИЗМАМИ БРЮШНОЙ АОРТЫ, ОБЩИХ ПОДВЗДОШНЫХ И ОБЩИХ БЕДРЕННЫХ АРТЕРИЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

²Клиника ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа

Представляем клинический случай успешного оперативного лечения пациента с изолированными аневризмами брюшной аорты, общих подвздошных и общих бедренных артерий с сопутствующим раком мочевого пузыря. Выполнено оперативное лечение в объеме: резекция брюшного отдела аорты, аортобифemorальное протезирование с реимплантацией нижней брыжеечной артерии – в связи с выраженным спаечным процессом. Для уменьшения операционной травмы и кровопотери аневризматический мешок аорты и подвздошных артерий не иссекался. Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациент выписан на восьмые сутки в отделение медицинской реабилитации. Представленный случай нестандартного вмешательства позволил избежать грозного осложнения аневризм – разрыва аневризмы брюшного отдела аорты (АБА) и подвздошных артерий при тяжелой сопутствующей патологии.

Ключевые слова: аневризма брюшного отдела аорты, аневризма подвздошных артерий, аневризма бедренных артерий, резекция аневризмы, аортобифemorальное протезирование.

M.Sh. Kashaev, V.Sh. Ishmetov, A.V. Pavlov, F.A. Ashurov, R.F. Safin, I.R. Karimov, A.F. Nagaev, A.R. Yakupov, M.R. Nigmatullin A CLINICAL CASE OF SUCCESSFUL SURGICAL TREATMENT OF A PATIENT WITH ISOLATED ABDOMINAL AORTIC ANEURYSMS, COMMON ILIAC AND COMMON FEMORAL ARTERIES WITH CONCOMITANT BLADDER CANCER

We present a clinical case of successful surgical treatment of a patient with isolated abdominal aortic aneurysms, common iliac and common femoral arteries and associated bladder cancer. Surgical treatment was performed in the following areas: resection of the abdominal aorta, aorto-bifemoral prosthetics with reimplantation of the lower mesenteric artery, in connection with a pronounced adhesion process, to reduce surgical trauma and blood loss, aneurysmatic bag of the aorta and iliac arteries was not dissected. The postoperative period proceeded without any special features. The patient was discharged for the eighth day into the medical rehabilitation department. The presented case of non-standard intervention allowed to avoid a terrible complication of the aneurysm - rupture of the abdominal aortic aneurysm (AAA) and iliac arteries in case of severe accompanying pathology.

Key words: aneurysm of the abdominal aorta, aneurysm of the iliac arteries, aneurysm of the femoral arteries, resection of the aneurysm, aorto-bifemoral prosthetics.

Приблизительно 80% аневризм брюшного отдела аорты встречаются в инфраренальном отделе [1]. Факторами риска, связанными с аневризмой брюшного отдела аорты являются возраст, пол, этническая принадлежность, курение, гипертоническая болезнь. Риск аневризмы брюшного отдела аорты резко возрастает у лиц старше 60 лет [2,3]. Клинически значимые аневризмы (более 4 см в диаметре) встречаются примерно у 1% мужчин в возрасте от 55 до 64 лет, и их распространенность возрастает на 2-4% за каждые последующие 10 лет [2,3]. Аневризма брюшного отдела аорты в 4-6 раз чаще встречается у мужчин [4,5]. При аневризмах диаметром более 5 см риск разрывов в течение 5 лет составляет 25-40%, 1-7% при аневризмах от 4 до 5 см, 30-50% при аневризмах 8 см и более [6,7]. Кроме того, факторами, увеличивающими риск разрыва аневризм, являются продол-

жающее курение, неконтролируемая гипертония и наличие других факторов [8].

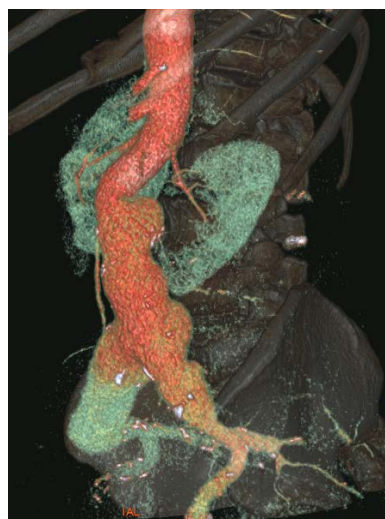


Рис. 1. КТ-снимок 3-D реконструкции аневризмы брюшной аорты и подвздошных артерий

Нами представлен клинический случай успешного оперативного лечения пациента с изолированными аневризмами брюшной аорты, общих подвздошных (см. рис. 1) и общих бедренных артерий с сопутствующим онкологическим заболеванием.

Пациент К. 70 лет поступил с жалобами на пульсирующее образование в животе, в правой паховой области, перемежающую хромоту при ходьбе менее 100 метров. Со слов: болеет около 2 лет, когда начали проявляться вышеописанные жалобы. Из анамнеза известно: стаж курильщика 40 лет. Бросил курить 15 лет назад. Последние 5 лет до отказа от курения выкуривал по 3-4 пачки в день. Операции: иссечение паховой грыжи в 1998г., 2000г., 2003г., 2005г. Перенесенные заболевания: Ишемическая болезнь сердца. ХСН 1 ФК2. Гипертоническая болезнь стадия III, степень 1, риск сердечно-сосудистых осложнений 4. Рак мочевого пузыря Т3N0M0 стадия 3, группа 3. Получает курсы полихимиотерапии по поводу рака мочевого пузыря, последний 8-й курс от 09.2019 г. в режиме Гемцитабин–Карбоплатин. Гидронефроз. Хроническая болезнь почек, III стадия (СКФ 57,03 мл/мин/1,73м²).

По данным коронарографии гемодинамически незначимое поражение коронарного русла. По данным УЗДС брахиоцефальных артерий имеются гемодинамически незначимые стенозы. По данным эхокардиографии: дилатация всех камер сердца, уплотнение аорты с расширением в основании и восходящем отделе, фракция выброса (ФВ) 52%. По данным мультиспиральной компьютерной томографии от 02.2020: инфраренальный отдел аорты 47мм, правая общая подвздошная артерия увеличилась от 70 (по данным КТ от 12.2019 г.) до 119 мм (рис. 2), левая общая подвздошная артерия – 36 мм, правая общая бедренная артерия (ОБА) – 93 мм (рис. 3), левая общая бедренная артерия – 49 мм. Нижняя брыжеечная артерия проходима. Расширение чашечно-лоханочной системы и мочеточников.

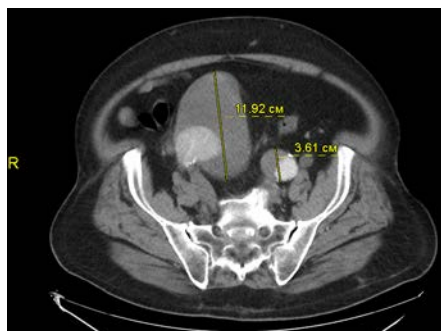


Рис. 2. Аневризма общих подвздошных артерий



Рис. 3. Аневризма общих бедренных артерий

Данные объективного осмотра: рост 178 см, вес 112 кг, ИМТ 35кг/м². Гемодинамика стабильная, тоны сердца приглушены, ритмичные с ЧСС 75 ударов в минуту. Пульсация на лучевых артериях удовлетворительная, хорошего наполнения и напряжения, ритмичная, с частотой 75 ударов в минуту. Артериальное давление 140/80 мм рт. ст. Status localis: кожные покровы голеней и стоп справа и слева цианотичной окраски. Стопы обеих нижних конечностей прохладные на ощупь. В правой паховой области определяется пульсирующее образование до 6 см, умеренно болезненное, слева пульсовой толчок расширен до 2 см. Пульс на подколенной артерии слева и справа удовлетворительный, дистальнее – не определяется. Умеренный отек голеней и стоп.

На основании жалоб, анамнеза, клинических и параклинических методов исследования был выставлен диагноз, основной – атеросклероз, аневризма брюшной аорты, аневризма обеих общих подвздошных артерий и общих бедренных артерий. хроническая артериальная недостаточность 2Б ст. Сопутствующий: ИБС. ХСН 1 ФК2; гипертоническая болезнь стадия III, степень 1, риск сердечно-сосудистых осложнений 4; рак мочевого пузыря Т3N0M0 стадия 3, группа 3. Проведено 8 курсов полихимиотерапии в режиме Гемцитабин–Карбоплатин. Гидронефроз. Хроническая болезнь почек, III стадия (СКФ 57,03 мл/мин/1,73м²)

Поскольку у пациента имелся высокий риск ухудшения состояния по хронической болезни почек при большой кровопотере и массивной гемотрансфузии, решено выполнить нетипичный объем оперативного вмешательства.

Учитывая наличие у пациента аневризмы брюшного отдела аорты, быстрого роста аневризмы правой подвздошной артерии (+5см за 2 месяца), риска разрыва аневризмы, были определены показания к оперативному вмешательству по жизненным показаниям. На операции (рис. 4): паховыми доступами выделены аневризма общей бедренной артерии

(ОБА), поверхностная, глубокая артерии бедра с обеих сторон. Справа ОБА расширена от паховой связки до бифуркации диаметром до 10 см (рис. 5), слева ОБА до 5 см. Системная гепаринизация 2,5 тыс. ед. Продольная артериотомия. Аневризмы общих бедренных артерий резецированы, иссечены по глубокой артерии бедра и поверхностной бедренной артерии удовлетворительный ретроградный кровоток. Срединная лапаротомия. В брюшной полости спаечный процесс, нисходящая ободочная и сигмовидная кишки подпаяны к корню брыжейки тонкой кишки, висцеролиз.

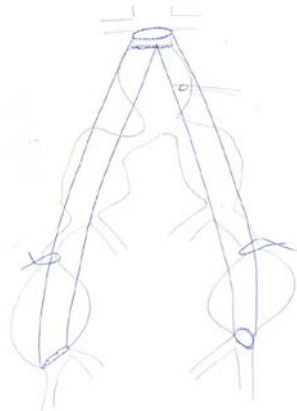


Рис. 4. Схема операции

Имеется аневризма инфраренальной аорты диаметром до 5 см, которая распространяется на подвздошные артерии, правая общая подвздошная артерия аневризматически расширена диаметром до 12 см. Слева от брыжейки тонкой кишки выделена шейка аневризмы. Наложены зажимы. Дистальный отдел аорты с аневризмой прошит. Нижняя брыжеечная артерия проходима, ретроградный кровоток слабый. Наложен проксимальный анастомоз протеза 20×10×10 с шейкой аневризмы конец в конец проленом 4-0. Бранши протеза забрюшинно проведены на бедра. Наложены дистальные анастомозы справа и слева с бифуркацией общей бедренной артерии проленом 5-0. Пущен кровоток. На боковом зажиме в левую браншу протеза имплантирована нижняя брыжеечная артерия (рис. 6) проленом 6-0. Surgicell. Аневризма общей подвздошной артерии справа вскрыта, эвакуированы старые тромботические массы (рис. 7), полость аневризмы частично ушита. Интраоперационно перелито 2 дозы свежзамороженной плазмы и эритроцитарной массы. Интраоперационная кровопотеря 2000 мл, реинфузия 750 мл. Длительность операции 260 минут. На следующие сутки после операции пациент переведен в палату. Ранний послеоперационный и госпитальный периоды без особенностей. При поступлении гемоглобин 112 г/л, креатинин 167 мкмоль/л. Перед выпиской гемоглобин 82 г/л,

креатинин 112 мкмоль/л. Выписан на восьмые сутки в отделение медицинской реабилитации.

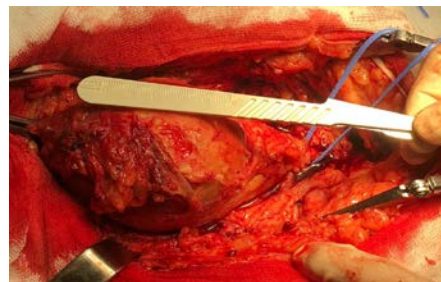


Рис. 5. Правая общая бедренная артерия. Интраоперационное фото



Рис. 6. Реимплантированная нижняя брыжеечная артерия (указана стрелкой) в левую браншу протеза. Интраоперационное фото

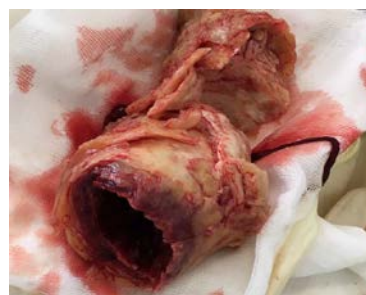


Рис. 7. Тромботические массы из полости аневризмы правой общей подвздошной артерии. Интраоперационное фото

Гистологическое исследование участка аневризматического мешка: стенка утолщена, склерозирована и гиалинизирована с обширными очагами кальцинатов; очаговое разрушение эндотелия; атеросклеротические изменения. Гофрирование стенки интимы. В мышечном слое явления склероза, в адвентиции множество сосудов синусоидного типа с паравазальными кровоизлияниями и диффузной нейтрофильной инфильтрацией.

Обсуждение

Относительным противопоказанием для больших сосудистых реконструкций являются онкологические заболевания. Однако быстрый рост аневризмы являлся непосредственной угрозой для жизни пациента. Стандартное вмешательство при аневризме брюшной аорты (АБА) заключается в иссечении аневризматического мешка или вскрытии аневризмы. В данном случае, учитывая тяжесть состояния, оперативное лечение заключалось в выключении аневризм аорты, общих подвздошных артерий с целью уменьшения кровопотери, длительности операции и риска поврежде-

ния мочеточников (см. схему). Таким образом, удалось избежать грозного осложнения аневризм – разрыва аневризмы брюшной аорты и подвздошных артерий при тяжелой сопутствующей патологии.

Вывод

Нестандартные вмешательства при множественных аневризмах магистральных

артерий с тяжелой сопутствующей патологией позволяет минимизировать риски стандартных оперативных вмешательств и продолжить дальнейшую терапию основного заболевания.

Конфликт интересов: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов.

Сведения об авторах статьи:

Кашаев Марат Шамилович – к.м.н. доцент кафедры общей хирургии с курсом лучевой диагностики ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, врач сердечно-сосудистый хирург отделения сердечно-сосудистой и рентгенохирургии Клиники БГМУ. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Ишметов Владимир Шамильевич – д.м.н. профессор кафедры госпитальной хирургии ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, заведующий отделением сердечно-сосудистой и рентгенохирургии Клиники ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Павлов Алексей Валерьевич – к.м.н. ассистент кафедры госпитальной хирургии ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, заведующий кардиохирургическим отделом отделения сердечно-сосудистой и рентгенохирургии Клиники ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Ашуров Фатали Ашурович – врач сердечно-сосудистый хирург отделения сердечно-сосудистой и рентгенохирургии Клиники ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450059, г. Уфа, ул. Шафиева, 2. E-mail: fatali.ashurov@bk.ru.

Сафин Руслан Фанилевич – аспирант кафедры госпитальной хирургии ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, врач сердечно-сосудистый хирург отделения сердечно-сосудистой и рентгенохирургии Клиники ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Каримов Ильдар Ришатovich – врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реаниматологии Клиники ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450059, г. Уфа, ул. Шафиева, 2.

Нагаев Айрат Фильхатович – врач-рентгенолог отделения лаборатории РК и МРТ Клиники ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450059, г. Уфа, ул. Шафиева, 2.

Якупов Артур Ринатович – аспирант кафедры госпитальной хирургии ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, врач сердечно-сосудистый хирург отделения сердечно-сосудистой и рентгенохирургии Клиники ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Нигматуллин Марсель Радикович – аспирант кафедры госпитальной хирургии ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, врач сердечно-сосудистый хирург отделения сердечно-сосудистой и рентгенохирургии Клиники ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Silverberg E, Boring CC, Squires TS. Cancer statistics, 1990. CA Cancer J Clin. 1990;40:9–26.
2. Singh K, Banaa KH, Jacobsen BK, et al. Prevalence of and risk factors for abdominal aortic aneurysms in a population-based study: The Tromso Study. Am J Epidemiol. 2001;154:236–44.
3. Powell JT, Greenhalgh RM. Clinical practice. Small abdominal aortic aneurysms. N Engl J Med. 2003;348:1895–901.
4. Scott RA, Wilson NM, Ashton HA, et al. Influence of screening on the incidence of ruptured abdominal aortic aneurysm: 5-year results of a randomized controlled study. Br J Surg. 1995;82:1066–70.
5. Lederle FA, Johnson GR, Wilson SE. Aneurysm Detection and Management Veterans Affairs Cooperative Study. Abdominal aortic aneurysm in women. J Vasc Surg. 2001;34:122–6.
6. Nevitt MP, Ballard DJ, Hallett JW, Jr. Prognosis of abdominal aortic aneurysms. A population-based study. N Engl J Med. 1989;321:1009–14.
7. Mortality results for randomised controlled trial of early elective surgery or ultrasonographic surveillance for small abdominal aortic aneurysms. The UK Small Aneurysm Trial Participants. Lancet. 1998;352:1649–55.
8. Brewster DC, Cronenwett JL, Hallett JW, Jr, et al. Guidelines for the treatment of abdominal aortic aneurysms. Report of a subcommittee of the Joint Council of the American Association for Vascular Surgery and Society for Vascular Surgery. J Vasc Surg. 2003;37:1106–17.

REFERENCES

1. Silverberg E, Boring CC, Squires TS. Cancer statistics, 1990. CA Cancer J Clin. 1990;40:9–26.
2. Singh K, Banaa KH, Jacobsen BK, et al. Prevalence of and risk factors for abdominal aortic aneurysms in a population-based study: The Tromso Study. Am J Epidemiol. 2001;154:236–44.
3. Powell JT, Greenhalgh RM. Clinical practice. Small abdominal aortic aneurysms. N Engl J Med. 2003;348:1895–901.
4. Scott RA, Wilson NM, Ashton HA, et al. Influence of screening on the incidence of ruptured abdominal aortic aneurysm: 5-year results of a randomized controlled study. Br J Surg. 1995;82:1066–70.
5. Lederle FA, Johnson GR, Wilson SE. Aneurysm Detection and Management Veterans Affairs Cooperative Study. Abdominal aortic aneurysm in women. J Vasc Surg. 2001;34:122–6.
6. Nevitt MP, Ballard DJ, Hallett JW, Jr. Prognosis of abdominal aortic aneurysms. A population-based study. N Engl J Med. 1989;321:1009–14.
7. Mortality results for randomised controlled trial of early elective surgery or ultrasonographic surveillance for small abdominal aortic aneurysms. The UK Small Aneurysm Trial Participants. Lancet. 1998;352:1649–55.
8. Brewster DC, Cronenwett JL, Hallett JW, Jr, et al. Guidelines for the treatment of abdominal aortic aneurysms. Report of a subcommittee of the Joint Council of the American Association for Vascular Surgery and Society for Vascular Surgery. J Vasc Surg. 2003;37:1106–17.