

© Коллектив авторов, 2008

УДК 616.36-004-008.64+616.136-007.64-089:616.136-77

А.В.Светликов¹, А.В.Карев², В.К.Рыжков², В.А.Кащенко¹, А.Е.Борисов³,
Д.В.Распереза¹, В.В.Ляшко¹, Ю.М.Боробов¹, П.Ю.Щербаков¹, Т.Х.Гамзатов¹

УСПЕШНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ У БОЛЬНОГО С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Клиническая больница № 122 им. Л.Г.Соколова (главврач — проф. Я.А.Накатис)¹, Санкт-Петербург; Ленинградская областная клиническая больница²; кафедра хирургии им. Н.Д.Монастырского (зав. — проф. А.Е.Борисов) Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования Росздрава³

Ключевые слова: аневризма аорты, декомпенсированный цирроз печени, эндопротезирование аневризмы.

Аневризма абдоминального отдела аорты (ААА) занимает 13-е место в структуре смертности общей популяции. В США ежегодно погибают 15 000 пациентов от разрыва ААА. В последние 10 лет активно развивается малоинвазивный метод лечения ААА — эндоваскулярное протезирование аорты. Главным преимуществом метода является существенное расширение контингента больных за счёт пациентов высокого операционного риска.

Нами представлен случай успешного эндопротезирования ААА у пациента с декомпенсированным циррозом печени.

Больной Ш., 63 лет, поступил в клинику в ноябре 2005 г. с жалобами на резкую слабость, заторможенность, спутанность сознания, резкое увеличение объёма живота, периодические отёки, желтушность кожи и склер. Из анамнеза известно, что в 1995 г. перенёс острый инфаркт миокарда. При обследовании выявлено: анемия (Hb 84 г/л), гипоальбуминемия (20 г/л) и диспротеинемия (γ-глобулины 49,1%), гипербилирубинемия (62 мкмоль/л). При эндоскопическом исследовании: варикозное расширение вен пищевода и желудка III степени — варикозные вены определяются в нижней и средней трети пищевода, кардиальном отделе желудка, форма вен — узковатая, определяются красные маркеры и портальная гипертензивная гастропатия, высокий риск варикозного кровотечения. Маркёры вирусных гепатитов не выявлены. На основании клинико-инструментальных данных, поставлен диагноз: хронический неverifiedированный гепатит, цирротическая стадия, декомпенсированный цирроз печени Child–Pugh, синдром портальной гипертензии, варикозное расширение вен пищевода и желудка III степени, отёчно-асцитический синдром, портосистемная энцефалопатия.

Отёчно-асцитический синдром успешно скорректирован комплексной медикаментозной терапией (верошпирон 250 мг/сут, лазикс 80–20 мг/сут, альбумин 20% — 100 мл/сут. Для коррекции энцефалопатии применили высокие дозы лактулозы, гепатопротекторы. Риск варикозного кровотечения был снижен серией 4 сеансов эндоскопического лигирования вен пищевода с достижением эрадикации.

В 2006 г. при обследовании выявлено аневризматическое расширение брюшного отдела аорты (52 мм в диаметре). С учётом крайне высокого риска открытого реконструктивного вмешательства, обусловленного наличием значимой сопутствующей патологии (цирроз печени, синдром портальной гипертензии, постинфарктный кардиосклероз, гипертоническая болезнь, ХОБЛ, гигантская пупочная грыжа, ожирение), в хирургическом вмешательстве пациенту отказано. В последующем размеры аневризмы прогрессивно увеличивались: с 59×62 мм в поперечном размере и 110 мм по протяжённости при спиральной ангио-КТ от 22.01.2007 г. до 67×68 мм и 140 мм соответственно при контрольном КТ-исследовании от 29.11.2007 г. В связи с большими размерами аневризматического расширения аорты и тенденции к прогрессированию аневризмы, принято решение о выполнении эндопротезирования аневризмы аорты.

11.03.2008 г. сотрудниками Центра сосудистой хирургии Клинической больницы № 122 и отделения ангиографии Ленинградской клинической областной больницы Санкт-Петербурга выполнено успешное эндопротезирование аневризмы абдоминального отдела аорты трёхкомпонентным протезом Excluder («GORE»). Под сочетанной (спинальная+перидуральная) анестезией доступами параллельно и выше на 1,5 см паховых складок с двух сторон обнажены общие бедренные артерии на протяжении 4 см. Последние не расширены, удовлетворительно пульсируют, взяты проксимально и дистально на турникеты. С двух сторон через общие бедренные артерии по методике Сельдингера введены Glidewire-проводники, установлены интрадьюсеры 5 Fr. В связи с наличием аневризмы правой общей подвздошной артерии с вовлечением а. hypogastrica по ранее разработанному плану и в соответствии с выполненной ангиограммой произведена эмболизация правой внутренней подвздошной артерии. При контрольной ангиографии последняя полностью окклюзирована. Справа установлен Pigtail-катетер и произведена аортограмма. Длина шейки аневризмы 2 см. Смена интрадьюсера на 20 Fr×30 см справа. Для операции был выбран основной протез: ствол — ипсилатеральная ножка, диаметр ствола — 31 мм, диаметр контралатеральной ножки — 14,5 мм, общая длина протеза — 17 см, который был успешно имплантирован. После дополнительной дилатации с целью фиксации протеза баллоном в проксимальном и дистальном отделах протеза была установлена ипсилатеральная дополнительная ножка, диаметр — 12 мм, длина — 10 см,

которая расправилась без трудностей и распространилась на наружную подвздошную артерию. После успешной канюляции контралатеральной ножки с помощью катетера типа «кобра» и смены интрадьюсера на 18 Fg×30 см успешно имплантирована контралатеральная ножка, диаметр — 20 мм, длина — 13,5 см. После аналогичного дополнительного укрепления протеза баллоном выполнена контрольная ангиограмма, которая показала незначительное подтекание через дистальную часть контралатеральной ножки, что не являлось показанием для дополнительных манипуляций и расценено как временное явление, которое купируется после окончания действия гепарина. Почечные артерии и левая а. *hypogastrica* проходимы. После удаления интрадьюсеров артерии временно окклюзированы сосудистыми зажимами, выполнены швы артерий Prolene 6/0. По окончании операции пульс на периферических артериях сохранен. Во время операции введено

10 000 ЕД гепарина внутривенно. Общее количество контраста («Omnipras») составило 310 мл.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент провёл в отделении интенсивной терапии 1 сут. Раны в паховых областях зажили первичным натяжением. Пациент выписан из стационара в удовлетворительном состоянии.

Представленное наблюдение — одно из первых — успешного эндопротезирования аневризмы аорты в Санкт-Петербурге и демонстрирует возможности эндоваскулярного лечения ААА у пациентов с высоким риском открытого хирургического вмешательства, что подтверждает актуальность развития данной методики в России.

Поступила в редакцию 22.05.2008 г.