

DOI: 10.17238/issn2072-3180.2021.1.106-110

УДК 617-089

© Парфенов И.П., Хамитов Ф.Ф., Гаджимурадов Р.У., Фомин В.С., Кузубова Е.А., Маточкин Е.А., 2021

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ОПЕРАЦИЯ У БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИЕЙ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

И.П. ПАРФЕНОВ¹, Ф.Ф. ХАМИТОВ¹, Р.У. ГАДЖИМУРАДОВ^{1,2}, В.С. ФОМИН^{1,2}, Е.А. КУЗУБОВА¹, Е.А. МАТОЧКИН¹

¹ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева Департамента здравоохранения города Москвы, хирургическое отделение, 127411, Москва, Российская Федерация.

²ГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, 127473, Москва, Российская Федерация.

Резюме

Введение. Целью описания данного клинического наблюдения стала демонстрация клинико-инструментальной картины и тактики реконструктивной операции при развитии сочетанной ишемии толстого кишечника и нижних конечностей вследствие тромботической окклюзии аневризмы инфраренального отдела аорты.

Клинический пример. Больной Р., 72 лет, поступил в клинику 11.09.2020 г. с жалобами на онемение пальцев обеих стоп, боли в мышцах обеих бедер и голеней, дискомфорт и вздутие в левой половине живота, задержку дефекации. После дообследования в стационаре сформулирован следующий клинический диагноз: Атеросклероз аорты и ее ветвей. Тромбоз аневризмы инфраренального отдела аорты. Тромбоз подвздошных артерий. Критическая ишемия нижних конечностей. Гипертоническая болезнь II ст., эрозивный гастрит, ишемический колит. 13.09.20 г. больному выполнена операция: Тромбэктомия из инфраренального отдела аорты, орто-бедренное бифуркационное протезирование синтетическим протезом с ионами серебра с реплантацией нижней брыжеечной артерии в основную браншу протеза из мини-доступа. Гладкое послеоперационное течение.

Заключение. В приведенном клиническом наблюдении длительно существующий стенозирующий атеросклероз аорты и подвздошных артерий в сочетании с гипертонической болезнью привел к формированию аневризмы брюшного отдела аорты и осложнился тромбозом. Данная клиническая картина потребовала полной реваскуляризации всех пораженных артериальных бассейнов: левой половины толстого кишечника, нижних конечностей. Проведение большого объема операции с использованием мини-инвазивной технологии способствует восстановлению в кратчайшие сроки функции кишечника и нижних конечностей, быстрой физической и социальной реабилитации больного.

Ключевые слова: тромбоз аорты, орто-бедренное протезирование, ишемия толстого кишечника, ишемия нижних конечностей.

RECONSTRUCTIVE SURGERY IN A PATIENT WITH CHRONIC THROMBOTIC OCCLUSION OF THE ABDOMINAL AORTIC ANEURISM FROM MINI-ACCESS (CASE REPORT)

I.P. PARFENOV¹, F.F. KHAMITOV¹, R.U. GADZHIMURADOV^{1,2}, V.S. FOMIN^{1,2}, E.A. KUZUBOVA¹, E.A. MATOCHKIN¹

¹Veresaev state hospital of the Moscow city health Department, surgical Department, 127411, Moscow, Russian Federation.

²Evdokimov Moscow state medical University, 127473, Moscow, Russian Federation.

Abstract

Aim. The purpose of describing this clinical observation was to demonstrate the clinical and instrumental picture and tactics of reconstructive surgery in the development of combined ischemia of the large intestine and lower extremities due to thrombotic occlusion of the infrarenal aortic aneurysm.

Case. Patient R., 72 years old, was admitted to the clinic on 09/11/2020. with complaints of numbness in the toes of both feet, pain in the muscles of both thighs and legs, discomfort and bloating in the left abdomen, delayed bowel movements. After an additional examination in the hospital, the following clinical diagnosis was formulated: Atherosclerosis of the aorta and its branches. Thrombosis of the infrarenal aortic aneurysm. Thrombosis of the iliac arteries. Critical ischemia of the lower extremities. Essential hypertension of the II degree, erosive gastritis, ischemic colitis. 09/13/2020 the patient underwent surgery: Thrombectomy from the infrarenal aorta, aorto-femoral bifurcation prosthetics with a synthetic prosthesis with silver ions with reimplantation of the inferior mesenteric artery into the main branch of the prosthesis from a mini-access. Smooth postoperative course.

Conclusion. In the given clinical observation, long-term stenosing atherosclerosis of the aorta and iliac arteries in combination with essential hypertension led to the formation of an aneurysm of the abdominal aorta and was complicated by thrombosis. This clinical picture required a complete revascularization of all affected arterial basins: the left half of the large intestine, lower extremities. Carrying out a large volume of surgery using minimally invasive technology

contributes to the restoration of the function of the intestines and lower extremities in the shortest possible time, as well as rapid physical and social rehabilitation of the patient.

Key words: aortic thrombosis, aorto-femoral prosthetics, ischemia of the large bowel, ischemia of the lower extremities.

Введение

Актуальность

Тромботическая окклюзия аневризмы инфраренального отдела аорты встречается редко и, как правило, является результатом облитерирующих поражений подвздошных артерий (синдром Лериша) [1]. Основным проявлением данного осложнения становится острая или критическая ишемия нижних конечностей [2, 3], а иногда возникает клиническая картина ишемии левой половины толстого кишечника [1].

Целью описания данного клинического наблюдения стала демонстрация клинично-инструментальной картины и тактики реконструктивной операции при развитии сочетанной ишемии толстого кишечника и нижних конечностей при вышеприведенной патологии.

Клиническое наблюдение

Больной Р., 72 лет, поступил в клинику с жалобами на онемение пальцев обеих стоп, боли в мышцах обеих бедер и голеней, дискомфорт и вздутие в левой половине живота, задержку дефекации.

Из анамнеза известно, что боли в мышцах обеих голеней беспокоили при ходьбе на 200–300 метров в последние 7 лет. Длительное время не обследовался. Амбулаторно на основании жалоб больного и УЗДГ был установлен диагноз облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей с рекомендациями госпитализаций, от которых больной систематически отказывался, проводя лечение в домашних условиях, принимая курсами трентал — 400 мг, постоянно аспирин — по 0,5 мг 1 раз в сутки. За 2 месяца до поступления в клинику отметил острую боль на обеих стопах, онемение. Самостоятельно добавил в схему лечения обезболивающие, противовоспалительные препараты. От неоднократных предложенной бригадой СМП экстренной госпитализации отказывался. Постепенно боли в нижних конечностях уменьшились, сохранялось онемение в стопах, но больной обратил внимание на возникновение тупых болевых ощущений в левой подвздошной области, больного стали беспокоить запоры (стул возникал раз в 3 суток с приемом слабительных). Обратился в поликлинику к терапевту, который направил на консультацию к сосудистому хирургу. В итоге 11.09.2020 больной дал согласие и был госпитализирован по срочным показаниям в отделение сосудистой хирургии ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ.

При осмотре в отделении состояние больного оценено как средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизи-

стые чистые, обычной окраски. Нормостенический тип телосложения. В легких дыхание везикулярное проводится во всех отделах. Тоны сердца ясные, АД — 160/90 мм рт. ст., одинаковое с обеих сторон. Язык чистый влажный. Живот не вздут, при пальпации отмечается болезненность в левых отделах живота, больше в подвздошной области. Пульсация аорты в эпигастральной области ослаблена, в мезо-эпигастрии не определяется. Симптомов раздражения брюшины нет. Per rectum: патологии не обнаружено. Мочевыделение не нарушено. Диурез со слов больного больше 1 литра в сутки.

Сосудистый статус: Кожные покровы нижних конечностей бледные, волосистой покров на обеих голенях практически отсутствует. Чувствительность пальцев стоп несколько снижена, движения активные, в полном объеме. Пульсация над типичными точками пальпации артерий нижних конечностей не определяется.

Проведенные исследования: УЗДС БЦВ: стенозы левой и правой ВСА 40% и 50% соответственно. УЗДС артерий нижних конечностей с определением ЛПИ: ОБА, ПБА, ПКА и тиббиальных артерии проходимы с коллатеральным типом кровотока с обеих сторон, ЛПИ справа — 0,2, слева — 0,3.

Эхо-КГ: гипертрофия миокарда левого желудочка, регургитация на аортальном клапане 1 ст., фракция выброса — 60%. ФГДС — Эрозивный гастрит.

Колоноскопия — слизистая сигмовидной и нисходящей ободочной кишок гиперемирована, отечна, определяются множественные эрозии с геморрагическими высыпаниями. Эндоскопическая картина соответствует ишемическому колиту.

МСКТ-Аортоартериография — тромбоз аневризмы инфраренального отдела аорты, тромбоз общих, наружных и внутренних подвздошных артерий, развитие коллатерального кровообращения нижних конечностей через систему нижней брыжеечной артерии, эпигастральных и поясничных артерий (рис. 1 а, б; 2).

На основании проведенного обследования выставлен следующий клинический диагноз: Атеросклероз аорты и ее ветвей. Тромбоз аневризмы инфраренального отдела аорты. Тромбоз подвздошных артерий. Критическая ишемия нижних конечностей. Гипертоническая болезнь II ст., эрозивный гастрит, ишемический колит.

13.09.20 г. больному выполнена операция: Тромбэктомия из инфраренального отдела аорты, аорто-бедренное бифуркационное протезирование синтетическим протезом с ионами серебра с реплантацией нижней брыжеечной артерии в основную браншу протеза из мини-доступа.



Рис. 1 а. МСКТА больного Р. Тромбоз аневризмы брюшной аорты

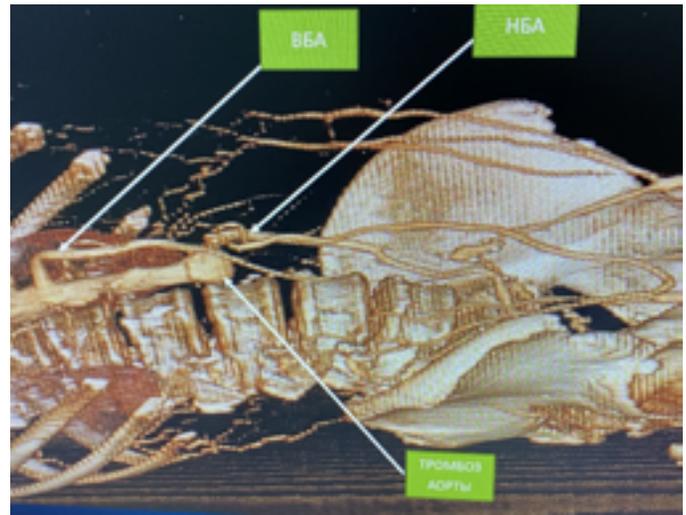


Рис. 2. МСКТА больного Р. 3D реконструкция. Коллатеральное кровообращение при тромбозе аорты

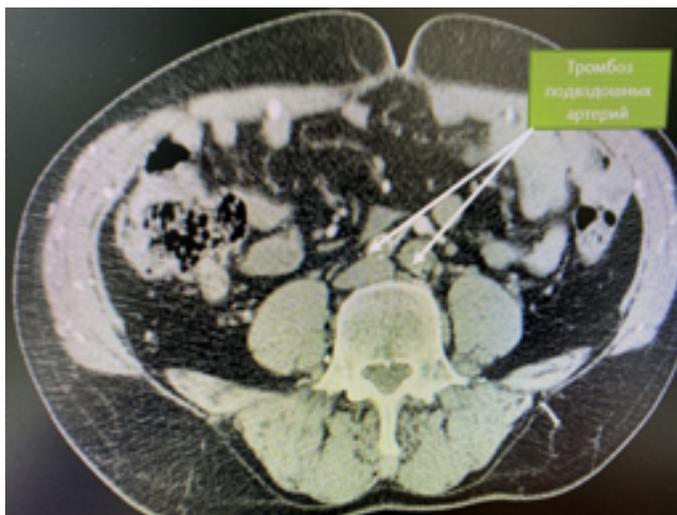


Рис. 1 б. МСКТА больного Р. Тромбоз подвздошных артерий

Под общим обезболиванием латеральными разрезами длиной 7 см в проекции сосудисто-нервного пучка в Скарповском треугольнике с двух сторон выделены общие, глубокие и поверхностные бедренные артерии. Артерии проходимы без значимых стенозов. По средней линии живота на 1 см выше пупочного кольца выполнен разрез кожи длиной 5 см, послойно вскрыта брюшная полость. В брюшной полости выпота нет, тонкий и толстый кишечник обычной окраски, пульсация на брыжеечных артериях удовлетворительная. Установлен мини-ассистент. Продольно над аортой рассечена париетальная брюшина, аорта в инфраренальном отделе не пульсирует. На расстоянии 4 см ниже левой почечной вены аневризма диаметром около 40 мм, распространяется до бифуркации. От верхнего купола аневризмы отходит нижняя брыжеечная артерия диаметром 5 мм.

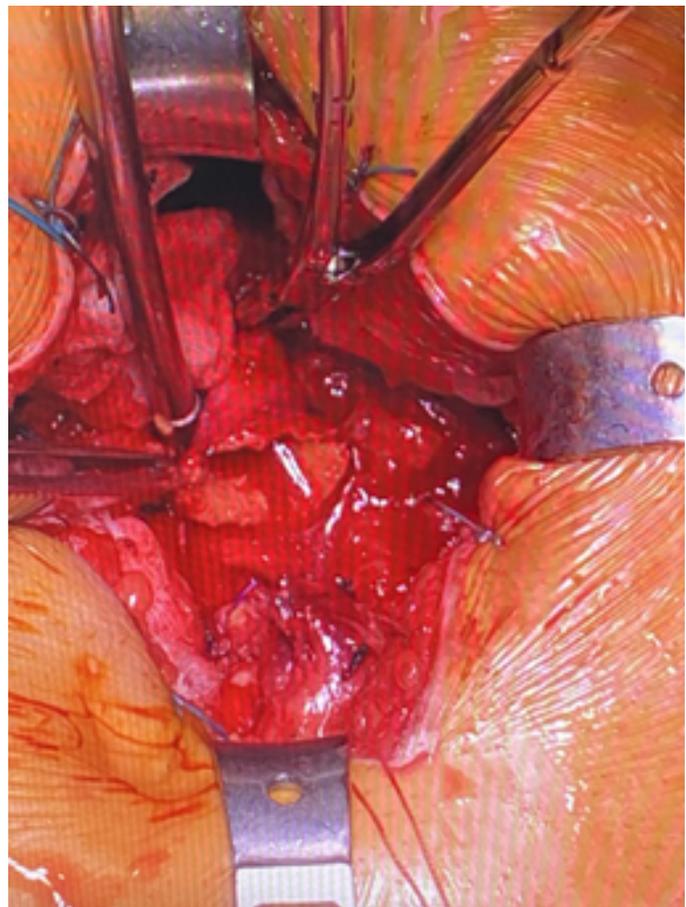


Рис. 3. Интраоперационное фото. Поперечное пересечение аорты

После системной гепаринизации аорта пережата тотчас выше почечных артерий и поперечно пересечена на 1,5 см

ниже почечной вены (рис. 3). Из аорты удален тромб с уровня почечных артерий (рис. 4). Мелкие тромботические массы удалены пульсирующей струей крови из аорты.

Сформирован проксимальный анастомоз бифуркационного протеза с аортой проленовой нитью 4/0 по типу «конец в конец», бранши протеза проведены на бедра и сформированы дистальные анастомозы с общими бедренными артериями по типу «конец в бок» проленовыми нитями 7/0, пуск кровотока в нижние конечности. Затем нижняя брыжеечная артерия отсечена от аневризматического мешка на расстоянии 5 мм и реплантирована в заранее выкроенное окно в основной бранше протеза по типу «кнопки» проленовой нитью 7/0. Пуск кровотока по НБА (рис. 5). Ушивание заднего листка париетальной брюшины. Дренаж брюшной полости. Демонтаж мини-ассистента. Послойное ушивание ран.



Рис. 4. Интраоперационное фото. Удаление тромба из аорты

Послеоперационный период протекал гладко. Пациент активизирован на следующие сутки после операции. Самостоятельный стул восстановился на 3-и сутки. Больной был выписан на 5-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии.



Рис. 5. Интраоперационное фото. Завершенный вид операции из мини-доступа: Аорто-бедренное бифуркационное протезирование с реплантацией нижней брыжеечной артерии

Осмотрен через 2 месяца. Боли в животе и нижних конечностях отсутствуют. Ходит неограниченно. Восстановился регулярный стул без приема слабительных препаратов.

Заключение

В приведенном клиническом наблюдении длительно существующий стенозирующий атеросклероз аорты и подвздошных артерий в сочетании с гипертонической болезнью привел к формированию аневризмы брюшного отдела аорты, осложнившейся тромбозом. Развившаяся после тромбоза острая ишемия нижних конечностей купировалась благодаря развитию интенсивного коллатерального кровообращения из бассейна нижней брыжеечной артерии, эпигастральных и поясничных артерий. Можно с большой вероятностью предположить, что клиничко-эндоскопическая картина ишемического колита была обусловлена обкрадыванием толстокишечного кровотока при недоразвитой сети анастомозов из системы верхней брыжеечной артерии. Вышеприведенная патология потребовала полной

реваскуляризации всех пораженных артериальных бассейнов: левой половины толстого кишечника, нижних конечностей.

Выполнение представленного адекватного объёма операции с использованием мини-инвазивной технологии способствует восстановлению в кратчайшие сроки функции кишечника и нижних конечностей, быстрой физической и социальной реабилитации больного.

Список литературы

1. *Клиническая ангиология: Руководство для врачей: Т.1, 2* (под ред. А.В. Покровского). М.: Медицина, 2004. 873 с.
2. Crawford J.D., Perrone K.H., Wong V.W., Mitchell E.L. et al. A modern series of acute aortic occlusion. *J. Vasc. Surg.*, 2014, No. 59(4), pp. 1044–1050.
3. Михайлов И.П., Коков Л.С., Исаев Г.А. Лечение больных с тромбозом брюшной аорты. *Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова*, 2018. № 3. pp. 54–58.

References

1. *Clinical angiology: Klinicheskaya angiologiya: Rukovodstvo dlya vrachej: T.1, 2* [A guide for doctors: T.1, 2 (under the editorship of A.V. Pokrovsky)]. M.: Medicine, 2004, 873 p. (In Russ)
2. Crawford J.D., Perrone K.H., Wong V.W., Mitchell E.L. et al. A modern series of acute aortic occlusion. *J. Vasc. Surg.*, 2014, 59(4), pp. 1044–1050.
3. Mikhailov I.P., Kokov L.S., Isaev G.A. Lechenie bol'nyh s trombozom bryushnoj aorty [Treatment of patients with abdominal aortic thrombosis]. *Surgery. Journal n.a. N.I. Pirogov*, 2018, No. 3, pp. 54–58. (In Russ)

Сведения об авторах

Парфенов Игорь Павлович — д.м.н., профессор, главный врач ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ, 127644, Москва, ул. Лобненская, д. 10, e-mail: sekretar.gkb.veresaeva@yandex.ru

Хамитов Феликс Флюрович — д.м.н., профессор, заведующий отделением сосудистой хирургии ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ, 127644, Москва, ул. Лобненская 10, e-mail: drkazbek1978@rambler.ru

Гаджимурадов Расул Увайсович — профессор кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии, Московский государственный медико-стоматологический университет им А.И. Евдокимова. 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д.20, стр.1, e-mail: rasuldok@rambler.ru

Фомин Владимир Сергеевич — к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии, Московский государственный медико-стоматологический университет им А.И. Евдокимова. 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д.20, стр.1, хирург ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева. 127644, Москва, ул. Лобненская, д. 10, e-mail: wlfomin83@gmail.com

Кузубова Елена Анатольевна — к.м.н., сердечно-сосудистый хирург отделения сосудистой хирургии ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ, 127644, Москва, ул. Лобненская, д. 10, e-mail: elenakuzubva@rambler.ru

Маточкин Евгений Александрович — к.м.н., сердечно-сосудистый хирург отделения сосудистой хирургии ГБУЗ ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ, 127644, Москва, ул. Лобненская, д. 10, e-mail: eamatochkin@mail.ru

Authors

Parfenov Igor Pavlovich — MD, Professor, Chief physician of the V.V. Veresaev City Clinical Hospital. 127644, Moscow, st. Lobnenskaya, 10, e-mail: sekretar.gkb.veresaeva@yandex.ru

Khamitov Felix Flyurovich — MD, Professor, head of the department of vascular surgery in Veresaev City Clinical Hospital, 127644, Moscow, st. Lobnenskaya, e-mail: drkazbek1978@rambler.ru

Gadzhimuradov Rasul Uvaisovich — MD, Professor of the Department of Surgical Diseases and Clinical Angiology, Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov. 127473, Moscow, st. Delegatskaya, 20, building 1, e-mail: rasuldok@rambler.ru

Fomin Vladimir Sergeevich — PhD in Medicine, Associate Professor of the Department of Surgical Diseases and Clinical Angiology, Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov. 127473, Moscow, st. Delegatskaya, 20, building 1, surgeon of the V.V. Veresaev City Clinical Hospital, 127644, Moscow, st. Lobnenskaya, 10, e-mail: wlfomin83@gmail.com

Kuzubova Elena Anatolevna — PhD in Medicine, cardiovascular surgeon of the Department of Vascular Surgery in Veresaev City Clinical Hospital, 127644, Moscow, st. Lobnenskaya, e-mail: elenakuzubva@rambler.ru

Matochkin Evgenii Aleksandrovich — PhD in Medicine, cardiovascular surgeon of the Department of Vascular Surgery in Veresaev City Clinical Hospital, 127644, Moscow, st. e-mail: Lobnenskaya, eamatochkin@mail.ru