

Міністерство охорони здоров'я України  
Національна академія медичних наук України  
Асоціація хірургів України  
ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології  
імені О. О. Шалімова" НАМН України



# XXIV З'їзд хірургів України,

присвячений 100-річчю з дня народження  
академіка О. О. Шалімова

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ**

# 2018

26 -28 вересня  
м. Київ

областной клинической больницы находилось на лечении 104 пациента с АБА. В 58 (55,8%) случаях оперативное лечение было плановым, 46 (44,2%) пациентов хирургическая операция выполнялась в ургентном порядке в связи с клиникой разрыва АБА. Мужчин было – 95 (91,3%), женщин – 9 (8,7%). Средний возраст пациентов составил 68,1(11,4±) лет. Для верификации диагноза и хирургической тактике (в т.ч. у больных с разрывом АБА) отдавали предпочтение мультиспиральной компьютерной томографии. При ретроспективном анализе выделена группа больных с клиническими и анатомическими особенностями АБА, которые требовали индивидуального подхода и принятия нестандартных решений – 29 (27,9%) пациентов.

Группу пациентов с «нестандартными» АБА, условно, разделили на подгруппы в зависимости от характера клинко-анатомических особенностей.

а) Больные с особенностями анатомии АБА: «гигантская» АБА (n–5); сочетание АБА и «гигантской» аневризмой подвздошной артерии (n–2); юкстаренальная АБА (n–2); воспалительная АБА (n–6); истинная АБА в отдаленном периоде после аорто–бедренного шунтирования (n–1); АБА в стадии хронического разрыва с наличием ложной дочерней аневризмы (n–1)

б) Сочетание АБА с анатомическими особенностями или заболеванием окружающих органов: ретроаортальное расположение левой почечной вены (n–2); аномалия (расположение слева от аорты) нижней полой вены (n–1); сочетание АБА и «подковообразной» почки (n–2); сочетание АБА и «гигантской» кисты почки.

в) Сочетание АБА и значимого поражение других сосудистых бассейнов требующих хирургической коррекции: (каротидный стеноз (n–2); ИБС (n–1); окклюзионное поражение периферических артерий нижних конечностей с неудовлетворительными «путями оттока» (n–1).

г) АБА с редкими формами разрыва: аорто–дуоденальный свищ (n–1); аорто–кавальный свищ (n–2).

Диагностированные особенности АБА во время операции корригировались дополнительными хирургическими приемами, модификацией хирургического доступа и этапности операции. Больным выполнялась резекция АБА, аллопротезирование аорты. Среднее пребывание на койке интенсивной терапии после операции составила 3,2 (1,4±) суток. Летальность при плановой резекции АБА была – 1,7%, при разрыве АБА – 42%.

Хирургия аневризм брюшной аорты остается одним из сложных разделов сосудистой хирургии. Для улучшения результатов хирургического лечения АБА и снижения риска периоперационных осложнений необходимо учитывать возможные особенности течения заболевания.

## Интраоперационный сонографический мониторинг при каротидной эндартерэктомии

А. С. Никоненко<sup>1</sup>, Е. В. Ермолаев<sup>2</sup>, В. В. Якименко<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Запорожский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Запорожская медицинская академия последипломного образования

От 35 до 50% ишемических инсультов развиваются по эмболическому или гемодинамическому механизму. Атеросклеротические стенозы внутренней сонной артерии (ВСА) приводят, как к гемодинамической гипоперфузии, так и к атерэмболическим

нарушениям церебрального кровотока.

Цель работы: интраоперационно (до и после эндартерэктомии из ВСА) оценить состояние зоны стеноза, ультразвуковые характеристики атеросклеротической бляшки (АС–бляшки), параметров кровотока в пре– и постстенотическом участках.

Проведено интраоперационное ультразвуковое (УЗ) исследование 18 пациентам, со значимыми стенозами ВСА, которым выполнялась каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ). Исследование проведено УЗ сканером Siemens Acuson X300 с помощью линейного датчика с частотой 8 МГц. Датчик устанавливался непосредственно на стенку артерии с соблюдением правил асептики. Проводилось сканирование в продольной и поперечной плоскостях по отношению к оси сосуда, с оценкой УЗ характеристик исследуемой области (ВСА, общая сонная артерия (ОСА), зона сосудистого шва после реконструкции).

Оценка АС–бляшки проводилась согласно ультразвуковой классификации Geraulakos et al. (1993), использованной в международном многоцентровом исследовании по протоколу “Asymptomatic Carotid Stenosis and Risk of Stroke” (ACSRs). Процент степени стеноза или редукции просвета сосуда оценивался как по диаметру, так и по площади сосуда по протоколу ECST.

У всех пациентов наблюдалась неоднородность структуры, эксцентрическое расположение и неровность контуров АС–бляшки; причем у 12 общая эхогенность бляшки была снижена, у 6 повышена; в 7 случаях АС–бляшка была пролонгированная, в 11 – локальная; кальцинация определялась в 10 случаях, изъязвление – в 13 случаях (наличие непрокрашиваемых «немых» зон над бляшкой, неровность контуров). В режиме цветового доплеровского картирования (ЦДК) в 7 случаях определялись цветовые локусы в проекции самой АС–бляшки, что указывает на высокий риск эмбологенности. В 1 случае АС–бляшка сочеталась с гемодинамически значимым изгибом ВСА.

Стеноз ВСА, пораженной атеросклеротическим процессом составила от 67% до 90%.

При проведении доплерографии в 7 случаях кровотока в зоне стеноза имел характерную для стенотического потока кривую с увеличением пиковой систолической скорости более чем в 2 раза по сравнению с престенотической областью. В постстенотическом отделе кровотока не регистрировался в 4 случаях. После проведения эндартерэктомии – в 17 случаях возросла скорость кровотока в ВСА (в т.ч. в 4 случаях отмечено появление цветового прокрашивания просвета сосуда в режиме ЦДК, при доплеровской спектральном исследовании появление характерной доплеровской кривой при минимальной доступной шкале скоростей и мощности УЗ). В 6 случаях после эндартерэктомии определялись эхогенные пристеночные фиксированные включения (флопы) до 0,5 мм.

Таким образом, интраоперационный мониторинг позволяет дать оценку АС–бляшке, распространенность (пролонгацию) процесса, эмбологенный риск. Допплерографическое исследование после эндартерэктомии позволяет оценить восстановление кровотока по ВСА, дать оценку стенок сосуда после удаления АС–бляшки.