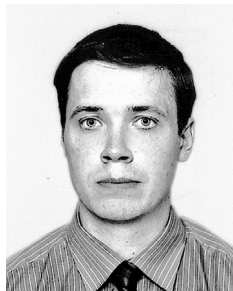


Редкий случай гипоплазии брюшной аорты в сочетании с ее атеросклеротической окклюзией



Ю.С. Спирин, И.В. Арбузов, В.И. Арбузов, Р.В. Ивашко,
С.И. Ющук, И.И. Боляновский, Е.Н. Безрукова

Херсонская областная клиническая больница

Описан случай успешной хирургической реваскуляризации нижних конечностей у пациентки с врожденной гипоплазией брюшной аорты в сочетании с ее атеросклеротической окклюзией. Больной выполнена открытая эндартерэктомия из отдела брюшной аорты и правой общей подвздошной артерии с последующей пластикой синтетической заплатой Gore. Послеоперационный период — без особенностей. Восстановлен магистральный кровоток нижних конечностей.

Ключевые слова: гипоплазия, окклюзия брюшной аорты.

В 1733 г. Т. Morgagni впервые выявил гипоплазированную брюшную часть аорты у 33-летнего монаха (цит. по J. Palma и соавт., 1983). В 1949 г. Н. Bahnson и соавторы описали ангиографическую картину данного заболевания. В том же 1949 г. С. Olim выполнил резекцию супраренального сегмента аорты с ее протезированием. В СССР первую резекцию нисходящей части грудной аорты при ее гипоплазии произвели Е.Н. Мешалкин и соавт. (1957), а Г.М. Соловьев и соавт. (1965) первыми применили торакоабдоминальное шунтирование.

Врожденная гипоплазия брюшной аорты — редкая патология с неизвестной этиологией. Одной из популярных гипотез ее происхождения является нарушение развития брюшной аорты в эмбриональный период под воздействием вирусов (краснухи и др.). В основном болеют люди в возрасте 17 лет. Стенозирование аорты чаще всего происходит в интерренальном сегменте (более 50 % наблюдений). Однако возможна гипоплазия супраренального и инфраренального отдела аорты. Крайне редко (около 10 %) встречается диффузное стено-

зирование всей брюшной аорты. Основным клиническим симптомом — гипертензия, при резком снижении кровотока — перемежающаяся хромота различной степени выраженности. Как правило, гипоплазия аорты сочетается с сегментарными гипоплазиями почечных и висцеральных артерий с развитием соответствующей симптоматики [1].

Суженный сегмент аорты характеризуется резким уменьшением наружного диаметра, при этом парааортальные ткани остаются без видимых изменений. При гистологическом исследовании суженного участка, как правило, аорта имеет нормальное строение. Иногда может наблюдаться выраженная субинтимальная фибродисплазия.

Этими двумя особенностями врожденная гипоплазия брюшной аорты отличается от стеноза аорты на фоне неспецифического аорто-артериита. Для последнего характерны выраженные изменения парааортальных тканей (воспаление, каменистая плотность, выраженный спаечный процесс) и соответствующая гистологическая картина.

Прогноз при естественном течении заболевания неблагоприятный. Большинство пациентов умирают в возрасте до 40 лет от сердечно-сосудистой недостаточности на фоне артериальной гипертензии. Случаи развития критической ишемии нижних конечностей с последующей утратой конечностей редки. Вовремя выполненное оперативное вмешательство позволяет достигнуть хорошего результата

Стаття надійшла до редакції 26 вересня 2012 р.

Спирин Юрій Сергійович, к. мед. н.,
лікар вищої категорії, зав. відділення
73000, м. Херсон, вул. Суворова, 2/15, кв. 25
Тел. (552) 49-69-98. E-mail: ganna-bлага@mail.ru

в отдаленный период. Послеоперационная летальность составляет до 8 %, а отдаленный положительный результат получен более чем в 90 % случаев [3].

Клинический случай

Больная И., 51 год, поступила в отделение сердечно-сосудистой хирургии Херсонской областной клинической больницы с жалобами на перемежающуюся хромоту до 20 м, периодическую боль в стопах в состоянии покоя. Появление перемежающейся хромоты отмечает в течение последнего года. Постепенно дистанция ходьбы сокращалась. Курит до 20 сигарет в день. Объективно у больной не было пульсации на бедренных артериях справа и слева. Выполнено ультразвуковое исследование: окклюзия брюшной аорты от отверстия почечных артерий, подвздошные, бедренные, подколенные артерии и артерии голени не поражены, кровоток имеет коллатеральный характер. Установлен диагноз: атеросклероз, окклюзия брюшного отдела аорты, хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей 3-й степени. При дообследовании выявлена язвенная болезнь желудка и хронический панкреатит в фазу ремиссии, алиментарное ожирение 2-й степени. Предложено оперативное лечение в плановом порядке — реконструкция брюшной аорты.

Описание операции. Полная срединная лапаротомия. При ревизии выявлено значительное уменьшение в диаметре всего инфраренального отдела брюшной аорты (рис. 1). Диаметр около 10 мм. На 1 см ниже отверстий почечных артерий кровотока не наблюдается, подвздошные артерии также с признаками гипоплазии, но без атеросклеротического поражения. Брюшная аорта выше почечных артерий нормального диаметра. Также при мануальной ревизии выявлено грубое атеросклеротическое поражение всего тромбированного участка брюшной аорты, выше — аорта с признаками умеренного кальциноза. После системной гепаринизации пережаты брюшная аорта выше места окклюзии и подвздошные артерии. Вскрыт просвет аорты. Выявлены кальцинированные атеросклеротические и тромботические массы (рис. 2). Одна из бляшек продолжается в общую подвздошную артерию справа (по ее задней поверхности), степень сужения — не более 20 %. Просвет последней вскрыт. Проведена открытая эндартерэктомия из терминального отдела брюшной аорты и правой общей подвздошной артерии. Получен хороший центральный и ретроградный кровоток. Выполнена пластика при помощи синтетической заплаты Gore. После пуска кровотока и гемостаза диагностировано снижение пульсации брюшной аорты в области пластики. Заподозрен тромбоз. Аорта и подвздошные артерии пережаты повторно. Частично рассечен шов на синтетической заплате в верхнем отделе. При ревизии выявлена отслоив-

шая атеросклеротическая бляшка в аорте (выше заплаты) с формирующимся тромбозом. Выполнена тромбэндартерэктомия. Повторно вшита синтетическая заплата Gore. Восстановлен кровоток (рис. 3). Ранний послеоперационный период про-



Рис. 1. Гипоплазия инфраренального отдела брюшной аорты



Рис. 2. Атеросклеротическое поражение терминального отдела брюшной аорты



Рис. 3. Пластика брюшной аорты синтетической заплатой Gore

шел без осложнений, и на 10-е сутки больная выписана из стационара. При гистологическом исследовании обнаружили грубое атеросклеротическое поражение стенок аорты с явлениями кальциноза и изъязвлениями, старые тромботические массы в просвете аорты. При выписке: отчетливая пульсация на артериях стоп справа и слева, признаков ишемии нижних конечностей нет. Больная осмотрена через 5 мес после операции: магистральный кровоток на всех уровнях нижних конечностей, перемежающейся хромоты нет.

Обсуждение

Сегментарная гипоплазия брюшной аорты — редкое врожденное заболевание, которое представляет определенные трудности с точки зрения как диагностики, так и хирургической коррекции. По данным вскрытий, частота стенозирующих поражений нисходящей части аорты составляет 1 : 62 500 (Т. Onat и соавт., 1969). Из них на долю «атипично расположенной коарктации» приходится 0,5—3,8 % всех случаев коарктации аорты (N. Saveuse и соавт., 1983) [2]. В типичных случаях диагностика гипоплазии брюшного отдела аорты не представляет особых трудностей: с раннего возраста больных беспокоит перемежающаяся хромота, нет пульсации на бедренных артериях. Диагноз верифицируют при ультразвуковом исследовании (УЗИ) и/или мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ). Описанный выше случай характеризовался рядом клинических особенностей, которые препятствовали установке правильного диагноза в дооперационный период. Так, отсутствие в течение 52 лет признаков ишемии нижних конечностей не позволило заподозрить врожденный характер заболевания, а длительное курение свидетельствовало в пользу атеросклеротического поражения аорты. Важной причиной, не позволившей установить диагноз до операции, считаем тромбоз аорты, из-за которого невозможно было определить размеры инфраренального отдела брюшной аорты во время УЗИ. Выполнение компьютерной томографии и МСКТ не входит в локальный протокол предоперационного обследования пациентов с окклюзией брюшной аорты, и поэтому эти исследования не были выполнены.

Нетипичной для атеросклероза была УЗИ-картина поражения только брюшного отдела аорты, без вовлечения в процесс подвздошного и бедрен-

ного сегмента. Так, хорошо известно, что атеросклеротическая окклюзия брюшной аорты свидетельствует о глубоко запущенной форме атеросклероза как системного заболевания. Однако как по клиническому, так и по данным УЗИ, поражений атеросклерозом других артериальных бассейнов не выявлено. Определенные особенности имела и интраоперационная ревизия. Как описывалось выше, важным признаком, позволяющим провести дифференциальную диагностику врожденной гипоплазии брюшной аорты от ее сужения на фоне неспецифического аорто-артериита, является отсутствие воспаления парааортальных тканей в первом случае. В описанном нами наблюдении парааортальные ткани не были поражены, что, с одной стороны, значительно облегчило выделение аорто-подвздошного сегмента, а с другой, свидетельствовало в пользу врожденного характера патологии. В литературе описано несколько методик восстановления кровотока при гипоплазии брюшной части аорты. Все методы хирургической коррекции сводятся к следующему: пластика брюшной аорты при помощи синтетической (аутовенозной) заплаты или аорто-подвздошное (бедренное) бифуркационное протезирование. При своевременно выполненной операции сохранить нижние конечности удастся в более чем 90 % наблюдений. Характерной особенностью описанного нами случая является сочетание врожденной гипоплазии брюшной аорты и ее грубого атеросклеротического поражения. Именно последний фактор существенно изменил ход операции, потребовал выработки индивидуальной тактики и осложнил ее: потребовалась дополнительная эндартерэктомия, вследствие неадекватности последней наступил тромбоз в ранний послеоперационный период, возникла необходимость в повторной пластике аорты.

Выводы

Изолированная окклюзия брюшной аорты не должна рассматриваться как стандартная клиническая ситуация. Она требует более углубленной программы предоперационного обследования (МСКТ-ангиографии).

Сочетание врожденной гипоплазии брюшной части аорты и ее атеросклеротической окклюзии представляет собой сложную клиническую ситуацию, требующую принятия нестандартных индивидуальных решений в каждом конкретном случае.

Литература

1. Егоров П.И. Недоразвитие брюшной аорты // Справочник практического врача. — 2005. — С. 14—24.
2. Покровский А., Зотиков А., Замский К. Синдром Лериша (поражение терминального отдела брюшной аорты) // Врач. — 2003. — N 3. — С. 14—16.
3. Harlan F., Doty D., Brandt B. et al. Coarctation of the aorta in infants // A. Thorac. Cardiovasc. Surg. — 1984. — Vol. 88. — P. 1012—1019.

Рiдкiсний випадок гiпоплазiї черевної аорти в поєднаннi з її атеросклеротичною оклюзiєю

**Ю.С. Спiрiн, I.В. Арбузов, В.I. Арбузов, Р.В. Iвашко,
С.I. Ющук, I.I. Боляновський, К.М. Безрукова**

У роботi наведено випадок вдалої хiрургiчної реваскуляризацiї нижнiх кiнцiвок у пацiєнтки з природженою гiпоплазiєю черевної аорти в поєднаннi з її атеросклеротичною оклюзiєю. Хворий виконано вiдкриту ендартеректомiю iз термiнального вiддiлу черевної аорти та з правої загальної здухвинної артерiї з подальшою пластикою синтетичною латкою Gore. Пiсля-операцiйний перiод — без особливостей. Вiдновлено магiстральний кровоплин нижнiх кiнцiвок.

Ключовi слова: гiпоплазiя, оклюзiя черевної аорти.

Rare case of abdominal aorta hypoplasia with its atherosclerotic occlusion

**Yu.S. Spirin, I.V. Arbuzov, V.I. Arbuzov, R.V. Ivashko,
S.I. Yushchuk, I.I. Bolianovskii, Ye.N. Bezrukova**

In this paper a case of successful surgical revascularization of lower limbs in a patient with abdominal aorta hypoplasia with its atherosclerotic occlusion was described. The open endarterectomy from abdominal aorta and right common iliac artery with next aortoplastic (Gore patch) was performed. The postoperative course was uneventful. Revascularization of lower limbs was archived.

Key words: hypoplasia, occlusion of abdominal aorta.