

Успешная хирургическая реконструкция разорвавшейся гигантской аневризмы брюшной аорты. Клинический случай

Турсунова Ф. М., Осипова О. С., Гостев А. А., Игнатенко П. В.

ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр им. акад. Е. Н. Мешалкина" Минздрава России. Новосибирск, Россия

В эпоху реализации национальных программ скрининга и широкой доступности ультразвукового исследования сосудов и мультиспиральной компьютерной томографии гигантская аневризма брюшной аорты диаметром >10 см является редкой клинической находкой. Несвоевременное хирургическое лечение гигантской брюшной аневризмы приводит к ее разрыву с летальностью не <90%. При этом, выполнение как открытых, так и эндоваскулярных реконструкций представляет собой сложную техническую задачу для лечения данной категории пациентов. В настоящей статье представлен клинический случай успешной аневризмэктомии у пациента с гигантской разорвавшейся аневризмой юкстаренального отдела брюшной аорты. Представленный клинический случай считается уникальным в силу редкой встречаемости данной патологии, а также успешного исхода оперативного вмешательства. Этот случай подчеркивает важность своевременной диагностики, оперативного вмешательства и мультидисциплинарного подхода для достижения благоприятного исхода у пациентов с разрывом гигантской аневризмы брюшной аорты.

Ключевые слова: клинический случай, гигантская аневризма брюшной аорты, аневризмэктомия, протезирование брюшной аорты, разрыв аневризмы аорты.

Отношения и деятельность: нет.

Поступила 20/06-2025

Рецензия получена 18/07-2025

Принята к публикации 30/09-2025



Для цитирования: Турсунова Ф. М., Осипова О. С., Гостев А. А., Игнатенко П. В. Успешная хирургическая реконструкция разорвавшейся гигантской аневризмы брюшной аорты. Клинический случай. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2026;25(2):4474. doi: 10.15829/1728-8800-2026-4474. EDN: PPANNA

Successful surgical reconstruction of a giant ruptured abdominal aortic aneurysm. A case report

Tursunova F. M., Osipova O. S., Gostev A. A., Ignatenko P. V.
Meshalkin National Medical Research Center. Novosibirsk, Russia

In the era of national screening programs and the widespread availability of vascular ultrasound and multislice computed tomography, a giant abdominal aortic aneurysm with a diameter greater than 10 cm is a rare clinical finding. Delayed surgical treatment of a giant abdominal aneurysm leads to its rupture, with a mortality rate of <90%. Furthermore, performing both open and endovascular reconstructions presents a complex technical challenge for the treatment of this patient population. This article presents a case of successful aneurysmectomy in a patient with a giant ruptured juxtarenal abdominal aortic aneurysm. This case is considered unique due to the rarity of this pathology and the successful surgical outcome. This case highlights the importance of timely diagnosis, surgical intervention, and a multidisciplinary approach to achieving a favorable outcome in patients with a ruptured giant abdominal aortic aneurysm.

Keywords: case report, giant abdominal aortic aneurysm, aneurysmectomy, abdominal aortic prosthetic repair, aortic aneurysm rupture.

Relationships and Activities: none.

Tursunova F. M.* ORCID: 0009-0007-7914-1197, Osipova O. S. ORCID: 0000-0002-7418-3298, Gostev A. A. ORCID: 0000-0002-7806-7868, Ignatenko P. V. ORCID: 0000-0001-8695-0848.

*Corresponding author: fariza_tursunova@mail.ru

Received: 20/06-2025

Revision Received: 18/07-2025

Accepted: 30/09-2025

For citation: Tursunova F. M., Osipova O. S., Gostev A. A., Ignatenko P. V. Successful surgical reconstruction of a giant ruptured abdominal aortic aneurysm. A case report. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2026;25(2):4474. doi: 10.15829/1728-8800-2026-4474. EDN: PPANNA

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: fariza_tursunova@mail.ru

[Турсунова Ф. М.* — ординатор кардиохирургического отделения № 4, ORCID: 0009-0007-7914-1197, Осипова О. С. — врач-сердечно-сосудистый хирург кардиохирургического отделения № 4, м.н.с. лаборатории сосудистой хирургии научно-исследовательского отдела хирургии аорты, коронарных и периферических артерий института патологии кровообращения, ORCID: 0000-0002-7418-3298, Гостев А. А. — к.м.н., зав. лабораторией сосудистой хирургии научно-исследовательского отдела хирургии аорты, коронарных и периферических артерий института патологии кровообращения, врач-сердечно-сосудистый хирург кардиохирургического отделения № 4, ORCID: 0000-0002-7806-7868, Игнатенко П. В. — к.м.н., зав. кардиохирургическим отделением № 4, ORCID: 0000-0001-8695-0848].

Адреса организаций авторов: ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр им. акад. Е. Н. Мешалкина" Минздрава России, Речкуновская ул., д. 15, Новосибирск, 630055, Россия.
Addresses of the authors' institutions: Meshalkin National Medical Research Center, Rechkunovskaya str., 15, Novosibirsk, 630055, Russia.

Ключевые моменты

- Представлен редкий клинический случай успешной хирургической реконструкции разорвавшейся гигантской аневризмы брюшной аорты, характеризующейся высокими рисками летального исхода и технической сложностью вмешательства.
- Техническая сложность хирургического вмешательства в данном клиническом случае была связана с распространением гигантской аневризмы брюшной аорты на юкстаренальный отдел, отсутствием задней стенки аневризмы с деструкцией тел поясничных позвонков в результате длительного компрессионного воздействия.
- Благоприятный исход оперативного лечения разорвавшихся аневризм брюшной аорты зависит от своевременного оказания медицинской помощи мультидисциплинарной высококвалифицированной командой специалистов, а также современного оснащения операционной и отделения реанимации.

Key messages

- This article presents a rare case of successful surgical reconstruction of a giant ruptured abdominal aortic aneurysm, characterized by a high mortality risk and technical complexity of the procedure.
- The technical complexity of the surgical intervention in this case was due to the juxtarenal extension of a giant abdominal aortic aneurysm, the absence of a posterior wall of the aneurysm, and lumbar vertebral body destruction as a result of prolonged compression.
- A favorable outcome in the surgical treatment of ruptured abdominal aortic aneurysms depends on the timely provision of care by a highly qualified multidisciplinary team of specialists, as well as modern equipment in the operating room and intensive care unit.

Введение

Гигантские аневризмы брюшной аорты (АБА), определяемые как аневризмы с диаметром >10 см [1, 2], представляют собой особую клиническую проблему из-за повышенного риска разрыва и технических сложностей в ходе хирургического вмешательства. Ежегодный риск разрыва аневризм аорты диаметром >8 см составляет 30–50% [3, 4]. Вероятность летального исхода при разрыве аневризмы аорты крайне высока и составляет не $<90\%$ [4, 5]. Периоперационная смертность пациентов от разорвавшихся АБА также очень высока и достигает, как минимум, 40%, что значительно выше по сравнению с показателями смертности при плановых открытых вмешательствах, составляющей 3,1% [6].

В статье представлен редкий клинический случай успешной аневризмэктомии у 65-летнего пациента с разорвавшейся аневризмой юкстаренального отдела брюшной аорты, демонстрирующий возможность и эффективность традиционного хирургического подхода.

Клинический случай

Информация о пациенте

Пациент Т., 65 лет жаловался на пульсирующее образование в животе, тупую боль в поясничной области, эпизодически боль в животе, не связанную с приемом пищи. Также пациента беспокоили

явления перемежающейся хромоты при ходьбе до 100 м и инспираторная одышка при подъеме до 2 этажа. В 2023г при прохождении медицинского осмотра впервые обнаружена АБА размером 110 мм в диаметре по данным ультразвукового исследования (УЗИ) брюшной полости. Далее выполнена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с контрастированием, на которой визуализирована гигантская АБА размером 100×120 мм. Пациент был направлен на заочную консультацию в Федеральный центр, где была рекомендована госпитализация в течение 1 мес. Пациент на госпитализацию не явился, за медицинской помощью впоследствии не обращался.

01.02.2025 пациент отметил острый болевой синдром в поясничной области, был госпитализирован в хирургический стационар по месту жительства. При обследовании по данным МСКТ-ангиографии выявлена гигантская фузиформная аневризма юкстаренального отдела аорты с переходом на левую общую подвздошную артерию (ОПА) без признаков расслоения. Получал консервативную терапию. Пациент выписан по месту жительства для решения вопроса о срочности оперативного вмешательства в специализированном медицинском центре.

Пациент обратился на плановую консультацию в Федеральный центр 24.02.2025, где на приеме у сосудистого хирурга развился эпизод гипотонии

Временная шкала

07 ноября 2023г	по УЗИ брюшной полости обнаружена гигантская аневризма с пристеночным тромбом диаметром 110 мм
07 ноября 2023г	по данным МСКТ-ангиографии обнаружена фузиформная аневризма интрависцерального отдела размером 100×120 мм
26 декабря 2023г	консультация сосудистого хирурга с направлением на госпитализацию в ускоренном порядке в течение 1 мес. для оперативного лечения, неявка на госпитализацию
1 февраля 2025г	госпитализация в хирургический стационар с острым болевым синдромом
04 февраля 2025г	по данным МСКТ-ангиографии гигантская фузиформная аневризма юкстаренального отдела брюшной аорты диаметром 130 мм
24 февраля 2025г	консультация сердечно-сосудистого хирурга, срочная госпитализация с подозрением на разрыв
24 февраля 2025г	экстренное оперативное лечение в объеме: аневризмэктомия, протезирование аорто-биподвздошное бифуркационным сосудистым протезом
28 февраля 2025г	ревизия брюшной полости при подозрении на кишечную непроходимость

Примечание: МСКТ — мультиспиральная компьютерная томография, УЗИ — ультразвуковое исследование.

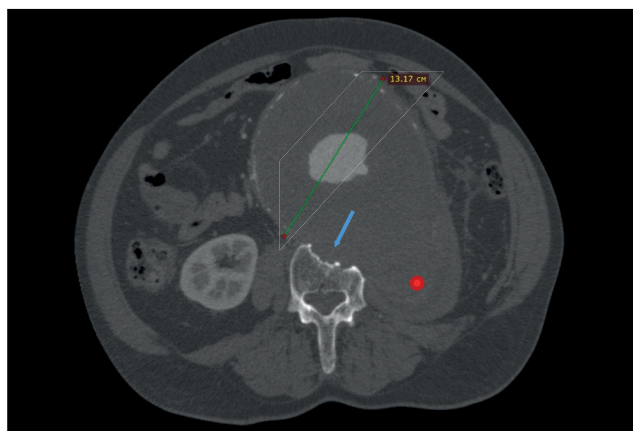


Рис. 1 Аневризма юкстаренального отдела аорты. Стрелкой обозначена атрофия передних отделов тел позвонков L3-L4 в результате длительного компрессионного воздействия аневризматического мешка. Красной точкой обозначена ограниченная забрюшинная гематома.

Примечание: цветное изображение доступно в электронной версии журнала.

с потерей сознания. Пациент экстренно госпитализирован в кардиохирургическое отделение для дальнейшего обследования и лечения. Состояние пациента стабилизировано, что позволило выполнить комплексное дообследование для определения операционного риска.

В ходе обследования по данным клинического анализа крови обнаружено следующее: гемоглобин 153 г/л (норма: 126-174); эритроциты: $5,11 \times 10^{12}$ /л (норма: 3,8-5,8); тромбоциты: 228×10^9 /л (норма: 150-400); лейкоциты: $8,73 \times 10^9$ /л (норма: 4,5-11); лимфоциты: 20,4% (норма: 19-37); скорость оседания эритроцитов: 8 мм/ч (норма: 2-15). Оценка коагулограммы показала: протромбиновое время: 12 сек (норма: 9,8-12,1); международное нормализованное отношение: 1,01 (норма: 0,85-1,15); активированное парциальное тромбопластиновое время: 22,2 сек (норма: 29-40); тромбиновое время: 17,5 сек (норма: 14-21).

По данным электрокардиографии было обнаружено нарушение внутрижелудочковой проводимости, гипертрофия правого и левого желудочка (ЛЖ), рубцовые крупноочаговые изменения миокарда нижней стенки ЛЖ.

По данным эхокардиографии фракция выброса ЛЖ была сохранена и составляла 60%. Гипертрофия миокарда ЛЖ выражена преимущественно в области межжелудочковой перегородки, выводной отдел ЛЖ свободен. Аорта не расширена. Аортальная регургитация 0-1 ст., незначительная по объему. Створки митрального клапана с очагами фиброза. Митральная регургитация центральная, 1 ст., незначительная по объему. Створки трикуспидального клапана уплотнены, хорошо подвижны. Трикуспидальная регургитация 1 ст., незначительная по объему. Легочная артерия незначительно расширена.

По данным УЗИ брахиоцефальных артерий от 24.02.2025 кровотоков в подключичных артериях магистральный, в области бифуркации правой общей сонной артерии визуализировалась нестенозирующая атеросклеротическая бляшка толщиной 1,9 мм. В устье левой внутренней сонной артерии локализовалась гетерогенная атеросклеротическая бляшка, стенозирующая просвет до 52%.

По данным МСКТ-ангиографии аорты, подвздошных артерий и артерий нижних конечностей: аневризма юкстаренального отдела аорты 130 мм в диаметре, с признаками формирования ложной аневризмы слева и с атрофическими изменениями в передних отделах тел позвонков L3 и L4 (рисунок 1). Окклюзия нижней брыжеечной артерии. Справа отмечалось диффузное расширение ОПА, субокклюзия внутренней подвздошной артерии, окклюзия поверхностной бедренной артерии. Слева аневризма ОПА, субокклюзия внутренней подвздошной артерии, окклюзия поверхностной бедренной артерии. Временная шкала представлена в таблице 1.

Результаты физикального осмотра

При осмотре общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, пациент контактен.

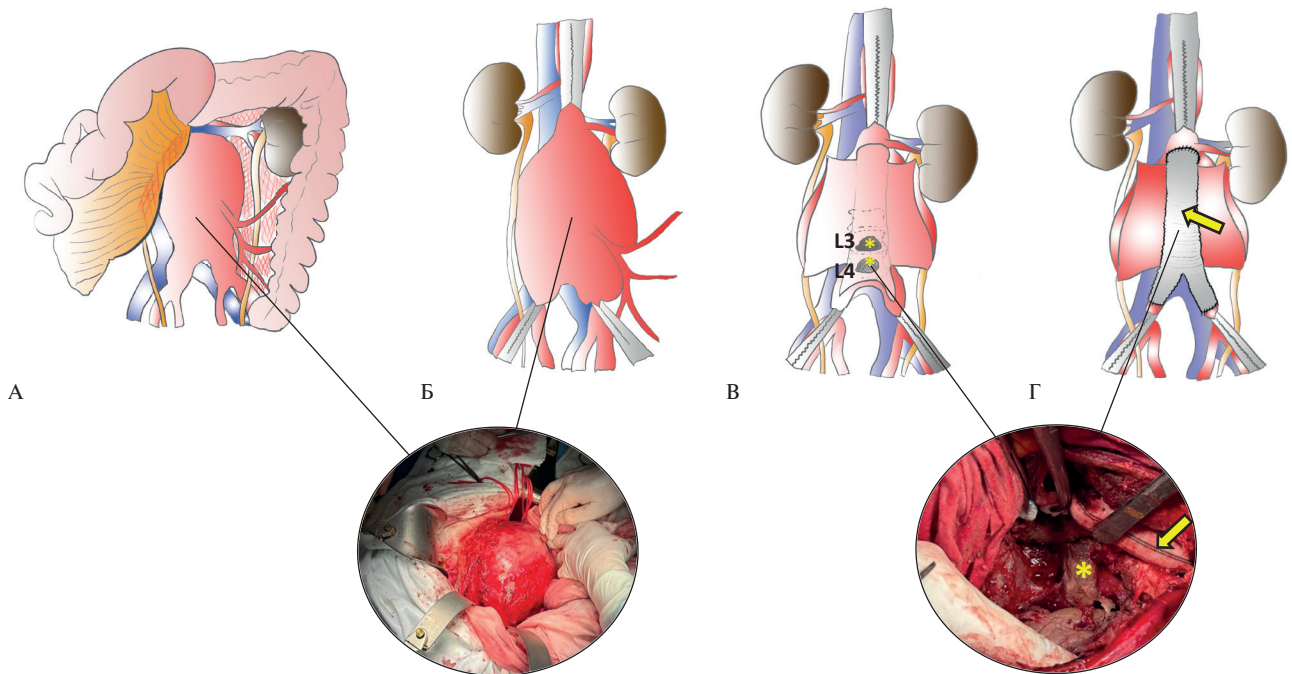


Рис. 2 Этапы оперативного вмешательства: А. Вид гигантской АБА, красной штриховкой обозначена локализация ретроперитонеальной гематомы и гематомы корня брыжейки; Б. Кламппинг аорты между почечными артериями и подвздошных артерий; В. Аневризматомия, звездочками обозначена область деструкции поясничных позвонков L3-4; Г. Аорто-подвздошное протезирование бифуркационным сосудистым вязаным протезом, стрелки указывают на сосудистый протез.

Примечание: цветное изображение доступно в электронной версии журнала.

Гемодинамика стабильная, артериальное давление 120/70 мм рт.ст., частота сердечных сокращений 61 уд./мин. Пульс на бедренных артериях сохранен, на подколенных артериях и артериях голени не определялся. Частота дыхательных движений 18/мин. Дыхание везикулярное, выслушивалось над всей поверхностью легких, хрипов не было. Очагово-неврологическая симптоматика отсутствовала.

Предварительный диагноз

Симптомная аневризма юкстаренального отдела аорты с распространением на левую ОПА. Разрыв аневризмы? Атеросклероз артерий нижних конечностей. Оклюзия поверхностных бедренных артерий. Хроническая ишемия нижней конечности Пб ст.

Диагностическая оценка

В динамике по данным МСКТ рост аневризмы составлял 10 мм/год со стабильной гемодинамикой. Пациент антигипертензивную терапию не принимал. По данным эхокардиографии фракция выброса сохранялась в пределах 60%. Постинфарктный кардиосклероз неизвестной давности. Несмотря на наличие забрюшинной гематомы и подозрение на разрыв аневризмы гемоглобин оставался на уровне нормальных значений.

Клинический диагноз

Аневризма юкстаренального отдела аорты с распространением на ОПА с обеих сторон с разрывом и формированием забрюшинной гематомы.

Медицинские вмешательства

Учитывая наличие у пациента аневризмы юкстаренального отдела аорты с распространением на ОПА с обеих сторон с разрывом задней стенки, неэффективность и бесперспективность консервативной терапии, высокий риск развития массивного фатального кровотечения, по жизненным показаниям было принято решение выполнить аневризмэктомию с имплантацией сосудистого протеза и эвакуацию гематомы.

Через срединный лапаротомный доступ с вскрытием заднего листка брюшины были выделены аневризма юкстаренального отдела аорты и подвздошные артерии с обеих сторон. Аневризма диаметром до 130 мм с забрюшинной гематомой корня брыжейки с распространением в забрюшинное пространство слева (рисунок 2 А).

После системной гепаринизации наложены зажимы на аорту между почечными артериями, устье левой почечной артерии расположено ниже правой, и на подвздошные артерии с обеих сторон (рисунок 2 Б). Аневризматический мешок вскрыт, аневризматическая чаша удалена. Задняя стенка аневризмы была сформирована мышцами и телами позвонков L3-L4 с их выраженной деструкцией (рисунок 2 В). Далее наложен центральный анастомоз между аортой и бифуркационным сосудистым протезом по типу конец-в-конец. Зажим переложен на сосудистый протез. Запуск кровотока в левую

почечную артерию. Время окклюзии левой почечной артерии составило 17 мин. Затем поочередно сформированы дистальные анастомозы между ОПА и браншами сосудистого протеза по типу конец-в-бок (рисунок 2 Г). Запуск кровотока в артерии нижних конечностей. Эвакуирована забрюшинная гематома объемом 500 мл. Учитывая выраженную деструкцию тел позвонков, в операционную был приглашен нейрохирург. От реконструкции поясничного отдела позвоночника на данный момент принято решение воздержаться. Выполнен контроль инородных тел, гемостаза. Установлены дренажи в малый таз и парапротезно. Послойное ушивание послеоперационной раны. Интраоперационные осложнения отсутствовали, кровопотеря составила 750 мл.

Защита жизненно важных органов в виде гипертермии или селективной перфузии не использовалась, т.к. время окклюзии составило 17 мин.

Динамика и исходы

Ранний послеоперационный период протекал соответственно тяжести перенесенной операции. Через 8 ч пациент был экстубирован. Дыхание самостоятельное с инсуфляцией увлажненного кислорода через лицевую маску. Гемодинамика оставалась стабильной без инотропной поддержки. Очаговых неврологических осложнений не наблюдалось. Живот был мягкий, болезненный при пальпации в области послеоперационной раны. Диурез сохранен, достаточный. Стул отсутствовал. По дренажам из малого таза и парапротезного пространства отделялось до 200 мл серозно-геморрагического отделяемого.

На 2-е сут. после оперативного вмешательства по данным УЗИ аорты перистальтика кишечника регистрировалась. Пациент переведен из отделения реанимации и интенсивной терапии в кардиохирургическое отделение.

На 4-е сут. на контрольной МСКТ-ангиографии выявлена картина тонкокишечной непроходимости, вероятно за счет спаечного процесса, сдавления участка подвздошной кишки на уровне аневризматического мешка, данных за инвагинацию не получено. Висцеральные артерии проходимы, за исключением нижней брыжеечной артерии, значимые стенозы не выявлены.

Учитывая данные МСКТ-признаков острой кишечной непроходимости, было принято решение по жизненным показаниям выполнить ревизию брюшной полости в экстренном порядке.

При ревизии в брюшной полости обнаружены раздутые петли тонкого кишечника розового цвета, с признаками перистальтики, небольшое количество серозной жидкости. Выполнен энтеролиз дистальной части тонкой кишки. Участков ишемизированного кишечника не обнаружено. Под мануальным контролем установлен назогастральный

зонд в двенадцатиперстную кишку. Установлен дренаж в малый таз. Произведен контроль инородных тел, гемостаз и послойное ушивание послеоперационной раны.

На 3-и сут. после повторной операции выполнено контрольное УЗИ аорты, где регистрировалась перистальтика кишечника. Далее послеоперационный период протекал без осложнений.

На 13-е сут. после повторного оперативного вмешательства пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

Обсуждение

Несмотря на достижения в области оперативной техники и периоперационного ведения пациентов с АБА, при разрыве аневризм сохраняется высокий риск смерти и осложнений. Данный клинический случай демонстрирует традиционный хирургический подход в лечении редкого и жизнеугрожающего состояния гигантской АБА. В отличие от открытого вмешательства эндоваскулярная реконструкция аневризмы является менее инвазивной. Существуют альтернативные подходы к лечению АБА, такие как эндоваскулярное протезирование аорты — EVAR (Endovascular Aneurysm Repair), который, в свою очередь, имеет разновидности фенестрированные и разветвленные (fenestrated/chimney EVAR). Применение фенестрированных и разветвлённых стент-графтов существенно расширило возможности эндоваскулярного вмешательства при АБА со сложной анатомией. Тем не менее, высокая стоимость данных устройств, а также необходимость их индивидуального проектирования и изготовления обуславливают неизбежные временные затраты на предоперационное планирование и нецелесообразно для экстренных вмешательств [7]. Однако в одноцентровом ретроспективном исследовании (EVAR-1) пациенты, перенесшие экстренное эндоваскулярное вмешательство и открытое хирургическое вмешательство по поводу разрыва аневризмы, по показателям смертности статистически значимо не различались [8].

Основной технической сложностью в представленном случае были распространение аневризмы на устье левой почечной артерии, разрыв по задней стенке с формированием забрюшинной гематомы, отсутствие задней стенки аневризматического мешка и деструкция тел позвонков L3-L4 от длительной компрессии на них аневризматическим мешком.

Кроме того, в данном клиническом случае обращает на себя внимание стабильное состояние пациента с удовлетворительными показателями гемодинамики несмотря на массивную забрюшинную гематому. Возможно данное явление было связано с отсутствием активного кровотечения вследствие ограничения гематомы позвоночником и окружаю-

щими тканями. Важно отметить, что разрыв по задней стенке имеет более благоприятный исход в отличие от разрыва по передней или боковой стенкам аневризмы [9].

Несмотря на успешный исход, представленный клинический случай подчеркивает важность ранней диагностики и профилактики разрыва гигантской АБА. Выживаемость при разорвавшейся АБА зависит от многих факторов. Ухудшить прогноз могут несвоевременное оказание помощи, отказ от операции, низкая квалификация специалистов, отсутствие подготовленной анестезиологической службы [10]. Мы наблюдали несвоевременное обращение в центр более высокого уровня при обнаружении гигантской аневризмы аорты, что привело к формированию ее разрыва. Выбранная тактика открытой аневризмэктомии с протезированием аорты позволила эффективно устранить огромную забрюшинную гематому и восстановить адекватный кровоток. Пациент был гемодинамически стабилен, с сохраненной фракцией выброса ЛЖ и отсутствием гемодинамически значимых стенозов сонных артерий, что позволило без дополнительных рисков выбрать традиционный хирургический подход.

Таким образом, представленный случай подчеркивает необходимость ранней диагностики аневризм аорты и планового оперативного вмешательства с меньшими рисками. При развитии грозных осложнений необходимо наличие скоординированной мультидисциплинарной команды специалистов для успешного исхода в нестандартных клинических случаях.

Литература/References

1. Abdominal aortic aneurysms (Russian experts' guidelines). Angiology and vascular surgery. Journal named after academician A. V. Pokrovsky. 2024;30(3):61-120. (In Russ). Аневризмы брюшной аорты (рекомендации российских экспертов). Ангиология и сосудистая хирургия. Журнал имени академика А. В. Покровского. 2024;30(3):61-120. doi:10.33029/1027-6661-2024-30-3-61-120.
2. Rodrigues H, Gonçalves FB, Ferreira ME. Giant aneurysm of the abdominal aorta. J Vasc Surg. 2014;59(3):826-7. doi:10.1016/j.jvs.2012.09.010.
3. Mazzolai L, Teixido-Tura G, Lanzi S, et al. ESC Guidelines for the management of peripheral arterial and aortic diseases. Eur Heart J. 2024;45:3538-700. doi:10.1093/eurheartj/ehae179.
4. Piljic D, Tabakovic M, Kusturica A, et al. Giant ruptured abdominal aortic aneurysm. Saudi Med J. 2014;35(10):1283. doi:10.46998/JCMCR.2024.39.000963.
5. Khryshchanovich VJ, Tretyak SI, Klimchuk IP, et al. Rupture of abdominal aortic aneurism: prognostic factors of mortality. Novosti Khirurgii. 2013;21(4):51-6. (In Russ) Хрыщанович В. Я., Третьяк С. И., Климчук И. П. и др. Разрыв аневризм брюшной аорты: прогностические факторы летальности. Новости хирургии. 2013;21(4):51-6.
6. Antoniou GA, Antoniou SA, Torella F. Editor's Choice-Endovascular vs. Open Repair for Abdominal Aortic Aneurysm: Systematic Review and Meta-analysis of Updated Peri-operative and Long Term Data of Randomised Controlled Trials. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2020;59:385-97. doi:10.1016/J.EJVS.2019.11.030.
7. Patel RP, Katsargyris A, Verhoeven EL, et al. Endovascular aortic aneurysm repair with chimney and snorkel grafts: indications, techniques and results. Cardiovasc Interv Radiol. 2013;36(6):1443-51. doi:10.1007/s00270-013-0648-5.
8. McHugh SM, Aherne T, Goetz T, et al. Endovascular versus open repair of ruptured abdominal aortic aneurysm. Surgeon. 2016;14(5):274-7. doi:10.1016/j.surge.2015.05.004.
9. Thubrikar J, Labrosse M, Robicsek F, et al. Mechanical properties of abdominal aortic aneurysm wall. J Med Eng Technol. 2001;25(4):133-42. doi:10.1080/03091900110057806.
10. Reite A, Søreide K, Vethrus M. Comparing the accuracy of four prognostic scoring systems in patients operated on for ruptured abdominal aortic aneurysms. J Vasc Surg. 2017;65(3):609-15. doi:10.1016/j.jvs.2016.08.082.

Заключение

Настоящий клинический случай демонстрирует редкую и успешную практическую реализацию хирургического вмешательства при разорвавшейся гигантской АБА с распространением на почечные и подвздошные артерии. Несмотря на высокие риски и сложность оперативного вмешательства, стабильное состояние пациента с ограниченной забрюшинной гематомой, низкий сердечно-сосудистый риск на фоне отсутствия дисфункции ЛЖ и гемодинамически значимого атеросклероза сонных артерий, мультидисциплинарный подход позволили достичь благоприятного исхода.

Следует отметить, что в действующих клинических рекомендациях [1] отсутствуют положения о необходимости расширения скрининга, маршрутизации пациентов с аневризмами ≥ 6 см в специализированные сосудистые центры, а также об обеспечении готовности операционных блоков к выполнению экстренных и технически сложных реконструктивных вмешательств. Накопленный клинический опыт свидетельствует о необходимости дополнительного обсуждения данных вопросов и, возможно, пересмотра подходов к ведению этой категории пациентов.

Информированное согласие. От пациента получено письменное добровольное информированное согласие на публикацию результатов обследования и лечения.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.