

Рис. 3. Компьютерная томография органов грудной клетки (а, б). Реимплантированный правый главный бронх в бифуркацию трахеи на уровне деления верхнедолевого и промежуточного бронхов

ной недостаточности в остром периоде травмы, а также возможности успешного отсроченного восстановления проходимости дыхательных путей с полным восстановлением функции легкого спустя 1,5 мес после травмы и отсутствием деструктивных изменений в последнем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вагнер Е. А., Перельман М. И., Кузьмичев А. П. и др. Разрывы бронхов. Пермь, 1985. 186 с.
2. Шипулин П. П., Поляк С. Д., Мартынюк В. А. Хирургическое лечение полного отрыва правого главного бронха при закрытой травме груди без повреждения ребер // Клінічна хірургія. 2008. № 2. С. 59–60.

Поступила 26.10.2012

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.134.1-003.94-089

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНОЙ АНЕВРИЗМЫ ПОДМЫШЕЧНОЙ АРТЕРИИ

Е. В. Кунгурцев*, И. П. Михайлов, Ю. А. Виноградова, А. Н. Бондаренко

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н. В. Склифосовского, Москва

В связи с неуклонным ростом количества интервенционных эндососудистых вмешательств в сосудистой хирургии все большее значение приобретает проблема ятрогенных повреждений периферических артерий и их лечения. Наиболее характерно для ятрогенного повреждения артерий формирование ложной аневризмы, представляющей собой организовавшуюся пульсирующую гематому. В литературе встречаются единичные сообщения о наличии ложных аневризм подмышечной артерии после рентгенэндоваскулярных вмешательств с лечебной целью. Открытая хирургическая реконструктивная операция до настоящего времени остается «золотым стандартом» в лечении данной патологии и обычно заключается в наложении сосудистого шва в области пункционного отверстия. Однако, наряду с применением традиционного хирургического лечения, все большее внимание уделяется использованию малоинвазивных методик лечения ложных аневризм — стентирования, эмболизации под ультразвуковым контролем, особенно в эру расцвета рентгенэндоваскулярной хирургии.

В статье представлен клинический случай хирургического лечения ложной аневризмы левой подмышечной артерии после стентирования подключичной артерии левой верхней конечности и обоснование выбора открытого хирургического вмешательства.

Ключевые слова: ложная аневризма, подмышечная артерия, стентирование, ятрогенное повреждение.

*Кунгурцев Евгений Вадимович, доктор мед. наук, старший научный сотрудник. 129090, Москва, Б. Суваревская пл., д. 3.

A case of surgical treatment of the left axillary artery pseudoaneurysm**E. V. Kungurtsev, I. P. Mikhailov, Yu. A. Vinogradova, A. N. Bondarenko**

N. V. Sklifosovskii Scientific Research Institute of Emergency Assistance, Moscow

Due to ever-increasing number of endovascular interventions the problem of iatrogenic injuries to the peripheral arteries and their treatment is becoming more important in vascular surgery. The pseudoaneurysm, which is most typical for the iatrogenic injury to the peripheral arteries, is an organized pulsating hematoma. There are only a few reports of axillary pseudoaneurysm caused by X-ray-endovascular interventions. The open reconstructive surgical operation still remains the traditional golden standard for this disease and is usually in vascular suture in the puncture hole. However, side by side with the traditional surgical treatment the more attention is paid to the use of minimally invasive treatment of pseudoaneurysm – stenting, ultrasound-guided embolization, especially during the flow-ering of X-ray-endovascular surgery.

In this paper we present an illustrative case of the surgical treatment of the pseudoaneurysm of left axillary artery after stenting left subclavian artery and corroborate the choice of the open surgery.

Key words: pseudoaneurysm, axillary artery, stenting, iatrogenic injury.

Аневризмы подмышечной артерии – достаточно редкая и опасная форма поражения периферических артерий. В настоящее время в медицинской литературе описаны единичные наблюдения данной патологии, причем ложные аневризмы составляют большую часть и практически всегда связаны с закрытой или открытой травмой, реже они имеют атеросклеротическую или инфекционную природу [7–10].

В обособленную группу можно выделить ятрогенные повреждения периферических артерий верхних конечностей, которые возникают, как правило, из-за травмирования артерий острыми инструментами во время диагностических и/или лечебных манипуляций (спицы, шурупы, пункционные иглы); в результате происходит повреждение всех слоев сосудистой стенки, что приводит к нарушению герметичности сосуда, выходу крови за пределы сосудистого русла и образованию пульсирующей гематомы, а затем – ложной аневризмы [1, 4, 6].

Частота ложных ятрогенных артериальных аневризм в последние годы неуклонно растет, что связано с тенденцией к повышению хирургической активности во всех отраслях хирургии, использованием новых технологий, влекущих за собой непреднамеренное повреждение сосудов [1–3, 8].

Особого внимания требует значительное увеличение числа случаев ятрогенной травмы, связанной с проведением ангиографических исследований и эндоваскулярных операций, на долю которых приходится в среднем 3,4–24,9% всех ложных аневризм, причем их количество увеличивается пропорционально распространению ангиографических методов исследования [1, 5]. Частота ложных аневризм, по данным разных авторов, составляет от 0,1 до 6% после диагностических эндоваскулярных процедур и от 0,5 до 9% – после манипуляций с хирургической целью [8].

Для снижения частоты осложнений в настоящее время все чаще используют трансаксиллярный, трансбрахиальный и трансрадиальный доступы. Они идеальны для пациентов с ожирением, при высоком риске осложнений при трансфemorальном доступе, для больных с выраженным поражением периферических артерий, при выполнении сложных коронарных вмешательств, однако и при таких доступах не исключены осложнения.

Ниже мы приводим собственное наблюдение хирургического лечения ложной аневризмы подмышеч-

ной артерии через месяц после стентирования подключичной артерии.

Пациентка З., 58 лет, медицинская карта № 7246-12, поступила в отделение 20.04.2012 с жалобами на наличие плотного, округлого, пульсирующего образования больших размеров в левой подмышечной области, онемение и ограничение движений IV–V пальцев левой кисти и наружной поверхности левого предплечья.

Из анамнеза: 02.03.2012 больной выполнено стентирование левой подключичной артерии (доступ через левую подмышечную артерию). Со слов пациентки, постельный режим она не соблюдала, уже на первые сутки после стентирования выполняла активные движения левой рукой. 08.03.2012 выписана из стационара.

Некоторое время спустя больная отметила появление плотного объемного образования в левой подмышечной области, увеличивающегося в размерах, онемение пальцев левой кисти. 20.04.2012 самостоятельно обратилась в приемное отделение НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского, где была осмотрена ангиохирургом и с подозрением на ложную аневризму левой подмышечной артерии госпитализирована в отделение неотложной сосудистой хирургии.

При дообследовании – УЗДГ, ангиография (трансфemorальный доступ) артерий левой верхней конечности – было обнаружено: ложная аневризма в средней трети подмышечной артерии с функционирующей полостью 40×55 мм, дефект стенки подмышечной артерии 5–6 мм, левая подключичная артерия после стентирования 1-й порции, стент проходим, плечевая артерия и артерии предплечья проходимы (рис. 1).

В связи с наличием стента в подключичной артерии, локализацией ложной аневризмы на уровне изгиба подмышечной артерии, неврологическими расстройствами в левой верхней конечности, обусловленных сдавлением срединного нерва ложной аневризмой, от постановки стент-графта было решено воздержаться.

02.05.2012 пациентке была выполнена резекция аневризмы левой подмышечной артерии, ушивание дефекта подмышечной артерии. Произведен разрез в проекции левой подмышечной артерии, выделены аневризма, а также дистальный и проксимальный концы подмышечной артерии. Аневризма левой



Рис. 1. Ангиограмма больной З., 58 лет. Ложная аневризма левой подмышечной артерии

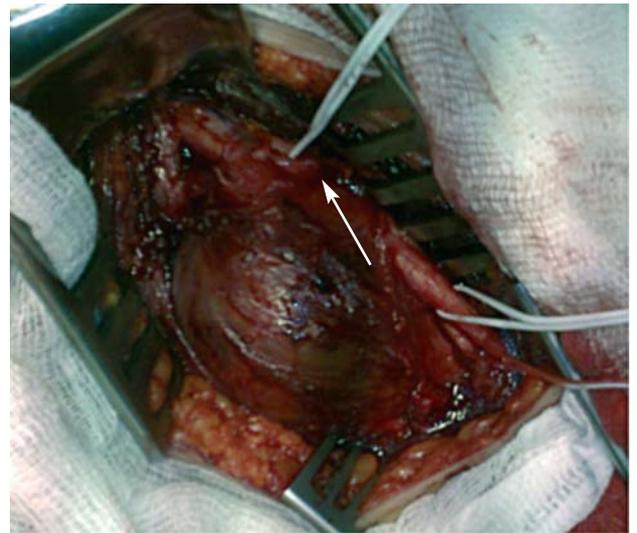


Рис. 2. Ложная аневризма левой подмышечной артерии до вскрытия

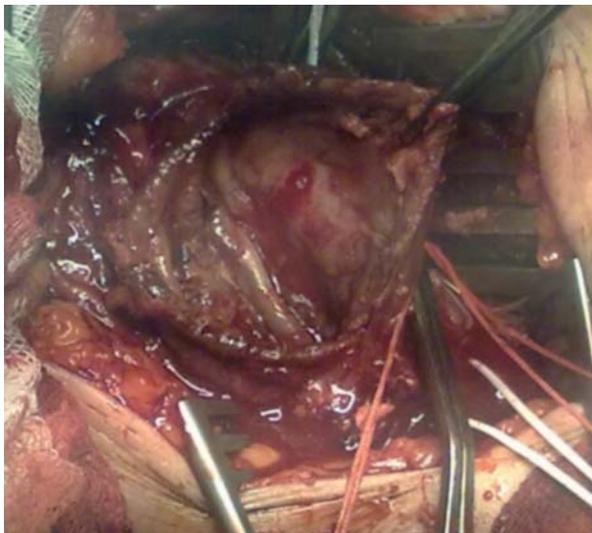


Рис. 3. Вскрытая полость аневризмы, стрелкой указан дефект стенки левой подмышечной артерии

подмышечной артерии имела размеры $8 \times 8 \times 6$ см (рис. 2). В месте предполагаемого дефекта артерии отходила крупная ветка диаметром 2 мм – взята на держалку. Проксимальный конец артерии диаметром 0,5 см, дистальный – 0,3 см. После наложения сосудистых зажимов на артерию вскрыта полость аневризмы, удалена аневризматическая чашка, стенки аневризмы по возможности иссечены. Выявлен дефект подмышечной артерии диаметром 0,2 см по задней стенке – ушит тремя отдельными швами нитью пролен 6/0 (рис. 3).

Кровопотеря во время операции составила не более 100 мл, что не потребовало проводить переливание одногруппной эритроцитной массы. Послеоперационный период протекал гладко, рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 10-е сутки после операции. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

В литературе встречаются единичные сообщения о хирургическом лечении ложных аневризм подмышечной

артерии после рентгенэндоваскулярных вмешательств [1–3, 7, 10]. На наш взгляд, выбор тактики лечения ложных аневризм артерий верхних конечностей, особенно при стремительном развитии рентгенэндоваскулярной хирургии, остается дискутабельным. В данной клинической ситуации открытая хирургическая тактика была продиктована этиологией ложной аневризмы, ее локализацией, установленным ранее стентом в подключичную артерию, а также неврологическими расстройствами в левой верхней конечности, обусловленными сдавлением срединного нерва ложной аневризмой.

Таким образом, открытые реконструктивные операции являются методом выбора в лечении ложных аневризм ятрогенной этиологии, особенно осложненных форм, так как в отличие от эндоваскулярных методик позволяют резецировать саму аневризму с последующим удалением аневризматического мешка и, как следствие, устранить причину сдавления окружающих тканей.

Немаловажным является соблюдение мер профилактики после пункционной ангиографии и трансартериальных лечебно-диагностических процедур (давящая повязка, покой конечности, постельный режим и др.), грамотная беседа с пациентом до и после манипуляций, которая позволяет значительно уменьшить число постпункционных гематом и последующих ложных аневризм.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бочаров С. М. Ангиографическая диагностика и эндоваскулярное лечение при травме артерий: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2009. 24 с.
2. Гавриленко А. В., Синявин Г. В. Лечение ложных ятрогенных артериальных аневризм // Ангиология и сосудистая хирургия. 2005. № 3. С. 135–138.
3. Гацбов А. Д., Камолов А. Н., Шарипов М. А., Калмыков Е. Л. Хирургическая тактика при ятрогенной травме сосудов и ее последствиях // Анналы хирургии. 2009. № 2. С. 35–39.
4. Лемнев В. Л. Хирургия аневризм аорты и ее ветвей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1976. 32 с.

5. *Пароди Х. К., Шенхольц К. Х.* Протезирование со стентом: новая техника в лечении аневризм, травматических и окклюзионных артериальных поражений // *Ангиология и сосудистая хирургия.* 1999. № 1. С. 72–88.
6. *Goncu T., Toktas F., Tiryakioglu O.* et al. Posttraumatic true aneurysm of the axillary artery following blunt trauma // *Case Report Med.* 2010. № 2010. Pii: 210391.
7. *Mazzaccaro D., Malacrida G., Occhiuto M. T.* et al. Endovascular treatment of iatrogenic axillary artery pseudoaneurysm under echographic control: A case report // *J. Cardiothorac. Surg.* 2011. № 6. P. 78.
8. *Seidel A. C., Miranda F. Jr., Fregadolli L. V.* Iatrogenic pseudoaneurysm of axillary artery // *Arg. Bras. Cardiol.* Vol. 86, № 4. P. 303–305.
9. *Tezik O., Yilik L., Besir Y.* et al. Surgical treatment of axillary artery aneurysm // *Tex. Heart Inst. J.* 2005. Vol. 32, № 2. P. 186–188.
10. *Weger N., Klaassen Z., Sturt C., Hertz S.* Endovascular treatment of a pseudoaneurysm after an iatrogenic axillary artery injury // *Ann. Vasc. Surg.* 2010. Vol. 24, № 6. P. 826. e9–e12.

Поступила 16.01.2013

ИСТОРИЯ ХИРУРГИИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 617 (091)

ЮБИЛЕЙНЫЕ И ПАМЯТНЫЕ ДАТЫ ИСТОРИИ ХИРУРГИИ 2013 ГОДА

*М. В. Поддубный*¹, Н. П. Воскресенская¹, С. П. Глянецв²*

¹НИИ общественного здоровья (директор – академик РАМН Ю. К. Шепин) РАМН, Москва; ²ФГБУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева» (директор – академик РАН и РАМН Л. А. Бокерия) РАМН, Москва

Научно-медицинские открытия и приоритеты

- 125 лет – операция удаления опухоли спинного мозга (А. Кни, 1888).
- 125 лет – разработка внеплевральных доступов к грудному отделу пищевода (И. И. Насилов, 1888).
- 125 лет – экстренная операция при остром аппендиците (С. McBurney, 1888).
- 125 лет – холедоходуоденостомия (В. Riedel, 1888).
- 125 лет – пластика мочевого пузыря изолированной петлей тонкой кишки в эксперименте (G. Tizzoni, A. Foggi, 1888).
- 100 лет – операция аорторафии (Ю. Ю. Джанелидзе, 1913).
- 100 лет – кератопластика при катаракте (В. П. Филатов, 1913).
- 100 лет – успешная резекция пищевода по поводу рака (F. Torek, 1913).
- 100 лет – операции мезентерикокавального анастомоза при циррозе печени (Н. А. Богораз, 1913).
- 100 лет – первая в России резекция поджелудочной железы (И. И. Греков, 1913).
- 75 лет – первая операция при врожденном пороке сердца – перевязка открытого артериального протока (R. E. Gross, 1938).
- 50 лет – аутотрансплантация легкого при бронхиальной астме (Е. Н. Мешалкин, 1963).

- 50 лет – первая трансплантация легкого в клинике (пациент прожил 18 дней) (J. Hardy, 1963).
- 50 лет – первая ортотопическая пересадка печени в клинике (Т. Е. Starzl, 1963).

Выход в свет научных трудов и журналов, юбилей съездов

- 650 лет – выход в свет труда «*Collectorium artis chirurgicis medicinae, sue Chirurgia magna*» («Обозрение хирургического искусства медицины, или Большая хирургия», Guy de Chauliac, 1363).
- 150 лет – выход в свет труда «*Фотографические рисунки вытравленных артерий и вен почек человеческих*» (И. В. Буяльский, 1863).
- 150 лет – выход в свет труда «*Гипсовая повязка*» (Ю. К. Шимановский, 1863).
- 150 лет – выход в свет труда «*Die allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie*» («Общая хирургическая патология и терапия», Ch. A. Th. Billroth, 1863; изд. на рус. яз. 1866, 1875, 1879, 1884, 1890, 1898).
- 100 лет – выход в свет труда «*Внутривенный наркоз*» (Н. И. Березнеговский, 1913).
- 100 лет – основание «*The British Journal of Surgery*» (Bristol, 1913).
- 75 лет – основание газеты «*Медицинский работник*» (Москва, 1938; с 1962 – «*Медицинская газета*»).

*Поддубный Михаил Владимирович, канд. мед. наук, заведующий отделом истории медицины. 103064, Москва, ул. Воронцово Поле, д. 12.