



УДК 616.137.83-007.64-089

Опыт хирургического лечения ложной аневризмы глубокой бедренной артерии (клинический случай)

А.В. МАКСИМОВ, Э.А. ГАЙСИНА, А.К. ФЕЙСХАНОВ, В.В. ГЛИНКИН

Республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань
Казанская государственная медицинская академия

Максимов Александр Владимирович

кандидат медицинских наук, заведующий отделением сосудистой хирургии, доцент кафедры кардиологии, эндоваскулярной и сердечно-сосудистой хирургии
420064, г. Казань, ул. Оренбургский Тракт, д. 138
тел. (843) 2-686-987, e-mail: maks.av@mail.ru

Ложные аневризмы магистральных артерий в структуре реконструктивных операций на магистральных сосудах составляют от 0,5% до 8-9%. Их оперативное лечение при современном развитии сосудистой хирургии разработано достаточно хорошо. Поэтому наблюдение аневризм больших размеров этих локализаций сегодня является казуистикой. В статье представлен клинический случай успешного хирургического лечения ложной аневризмы бедренной артерии гигантских размеров.

Ключевые слова: гигантская ложная аневризма, протезирование глубокой бедренной артерии.

Experience of surgical treatment of pseudoaneurysm of the deep femoral artery (medical case)

A.V. MAKSIMOV, E.A. GAYSINA, A.K. PHEYSKHANOV, V.V. GLINKIN

Republican Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, Kazan
Kazan State Medical Academy

Pseudoaneurysm of the magistral arteries within corrective surgery on great vessels is from 0,5% to 9,8%. Their operative treatment in course of the current development of vascular surgery is worked out good enough. Therefore, the observation of large aneurysms of these locations today is casuistry. The article presents a medical case of successful surgical treatment of a giant pseudoaneurysm of femoral artery.

Key words: giant pseudoaneurysm, prosthesis of the deep femoral artery.

Ложные аневризмы магистральных артерий составляют в структуре реконструктивных операций на магистральных сосудах от 0,5% до 8-9% [1, 2]. Наиболее известными причинами их возникновения являются катетеризация бедренной артерии при диагностических и лечебных процедурах, травма сосуда, несостоятельность сосудистой анастомоза или аррозивное кровотечение вследствие гнойно-воспалительного процесса.

Диагностика аневризм поверхностно расположенных артерий (бедренных, плечевых, сонных) не представляет сложностей. Их оперативное лечение при современном развитии сосудистой хирургии разработано достаточно хорошо. Поэтому наблюдения аневризм больших размеров этих локализаций сегодня являются казуистикой. В связи с этим представляем клинический случай успешного хирургического лечения ложной аневризмы бедренной артерии гигантских размеров.

Пациент 3., 69 лет, поступил в отделение сосудистой хирургии РКБ МЗ РТ с жалобами на наличие болезненного плотного образования в левой паховой области и верхней

трети бедра. Со слов больного, в 1988 г. (24 года назад) была проведена реконструктивная операция на левой бедренной артерии. После выписки отмечает медленный рост образования в области послеоперационной раны. За медицинской помощью по этому поводу пациент не обращался. Причиной данного обращения пациента явилось появление болевого синдрома.

Лабораторные данные при поступлении: Hb — 127 г/л, Eг — $3,09 \times 10^{12}/л$, L — $6,7 \times 10^9/л$, общий белок — 64 г/л; креатинин — 64 $\mu\text{mol/l}$; калий — 0,6 mmol/l ; натрий — 137 mmol/l , АСТ — 26 U/l, АЛТ — 2-2 U/l, ПТИ — 73%; АЧТВ — 32,5 с.

При осмотре: левая нижняя конечность бледная, при пальпации прохладная, вены опустошены. В паховой области по передней поверхности бедра в проекции бедренной артерии определяется плотное, болезненное, слабо пульсирующее образование диаметром 18 см, возвышающееся над кожей на 20 см. Кожа над образованием истончена, напряжена, с участками цианоза и формирующегося некроза. Тактильная чувствительность и активные движе-

Рисунок 1.

Гигантская аневризма левой бедренной артерии



Рисунок 2.

Артериография и КТ-ангиография больного 3.



ния в конечности сохранены. Пульсация на подколенной артерии отсутствует с обеих сторон (рис. 1).

Выполнена дистальная артериография, КТ-ангиография (рис. 2), установлен диагноз: Атеросклероз. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Окклюзия поверхностной бедренной артерии с обеих сторон. Состояние после реконструктивной операции на левой бедренной артерии (1988 г.). Гигантская ложная аневризма левой бедренной артерии. Хроническая артериальная недостаточность обеих нижних конечностей 2Б степени (по Покровскому А.В.). ИБС. (ПИКС?). Гипертоническая болезнь 1-й степени. Распространенный псориаз, стадия обострения.

18.12.2012 г. проведена операция: резекция гигантской ложной аневризмы бедренной артерии слева. Наружно-подвздошно-глубоко-бедренное экстраанатомическое протезирование слева.

Ход операции: под эпидуральной анестезией из забрюшинного доступа по Пирогову слева выделена наружная подвздошная артерия, пережата. Продольным разрезом вскрыта ложная аневризма в паховой области. Полость аневризмы выполнена пристеночными тромботическими массами и тканевым детритом из мышц и окружающих тканей объемом до 2-2,5 л. На дне аневризмы визуализируется устье глубокой бедренной артерии. Бедрен-

ная артерия, как анатомическая структура, отсутствует. Из отдельного доступа, латеральнее вскрытой полости аневризмы, выделен неизмененный дистальный сегмент глубокой бедренной артерии. Выполнено экстраанатомическое подвздошно-глубокобедренное протезирование протезом Intergard-Silver 8 мм, который проведен экстраанатомически вне полости аневризмы через *lascina musculorum*. Тромботические массы и тканевой детрит из полости аневризмы удалены, иссечены измененные ткани дна аневризмы, избыток кожно-фасциального лоскута. Полость аневризмы активно дренирована, послойно ушита. Кровопотеря составила 250 мл.

В послеоперационном периоде — формирование краевого некроза раны. Заживление вторичным натяжением. Кровоток в нижней конечности компенсирован. Лодыжечно-плечевой индекс при выписке — 0,7. Выписан с выздоровлением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Webber G. W., Jang J., Gustavson S., Olin J. W. Contemporary management of postcatheterization pseudoaneurysms // *Circulation*. — 2007. — Vol. 115. — P. 2666—2674.
2. Righini M. Post-catheterization false femoral aneurysms // *Rev. Med. Suisse*. — 2007. — Vol. 3, №97. — P. 341—345.; Tisi P. V., Callam M. J. Treatment for femoral pseudoaneurysms // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2009; (2): CD004981.