

УДК 617.584

Д.С. Панфилов*, Б.Н. Козлов*,
С.Д. Панфилов**, М.С. Кузнецов*, В.М. Шипулин*

E-mail: Pand2006@yandex.ru

РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ТРОМБОЭМБОЛЕКТОМИИ ИЗ БЕРЦОВЫХ АРТЕРИЙ

* УРАМН Научно-исследовательский институт кардиологии Сибирского отделения РАМН, г. Томск;

** Муниципальное лечебно-профилактическое учреждение «Городская клиническая больница № 29 – медсанчасти ОАО «ЗСМК», г. Новокузнецк

Острая артериальная недостаточность конечностей, по данным недавних эпидемиологических исследований, встречается у 14 человек на 100000 населения (0,014%) [1].

Единственным эффективным методом лечения острого тромбоза и/или тромбоэмболии является оперативное лечение – тромбэмболектомия. Впервые эта операция была выполнена в 1962 году американским хирургом T.J. Fogarty и до настоящего времени эта операция является широко востребованной и не потеряла своего значения. Внедрение в клиническую практику баллонных катетеров Фогарти позволило увеличить количество спасенных конечностей и уменьшить частоту ампутаций по поводу гангрены, снизить летальность больных. По данным литературы, восстановление кровообращения в конечности после тромбэмболектомии достигает 90-95% [2].

Наряду с положительным эффектом операции в литературе описаны и осложнения при выполнении тромбэмболектомии баллонным катетером Фогарти. Они относительно редки и встречаются в среднем у 6% пациентов [3]. В структуре осложнений выделяют такие, как разрыв артерии (63% случаев), диссекция интимы (26%), кровотечение (28%), тромбоз сосуда (6,5%), формирование артериовенозной фистулы и псевдоаневризмы (34,8%), эмболия фрагментами катетера (10,9%), ускорение прогрессирования атеросклероза сосудов (8,7%) [4-7]. Важно отметить, что только в 41% случаев инцидент осложнения является во время операции, а в большинстве случаев сроки их клинической манифестации варьируют в широких пределах – от ближайшего послеоперационного периода до нескольких лет [8].

В литературе по разным причинам недостаточно освещен вопрос, касающийся осложнений тромбэктомии и их лечения.

Мы приводим клинический случай формирования ложной аневризмы передней большеберцовой артерии после тромбэмболектомии катетером Фо-

гарт и свой опыт лечения этого отдаленного осложнения операции.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Больной Б., 40 лет, поступил в кардиохирургическое отделение ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН (22.05.08.) с жалобами на отечность левой стопы и голени до уровня средней трети, ноющие, «стреляющие» боли в голени, резко усиливающиеся при ходьбе.

Из анамнеза известно, что 2.05.2008 г. в одном из городских стационаров пациенту выполнена тромбэмболектомия по поводу тромбоза артерий голени из тибиомедиального доступа.

При объективном осмотре конечности по переднелатеральной поверхности левой голени определяется умеренно болезненное пульсирующее образование размерами 12х8 см с систолическим шумом над ним. Пульсация артерий стопы не определяется из-за выраженного отека. Обращает на себя внимание снижение и частичное отсутствие тактильной чувствительности стопы и голени по передней поверхности.

При проведении пациенту ультразвукового дуплексного сканирования артерий нижних конечностей выявлена ложная аневризма передней большеберцовой артерии размерами 6,5х3,7 см с пульсирующим кровотоком и небольшими пристеночными тромботическими наложениями. Длина шейки псевдоаневризмы равна 2,2 см, ширина – 2,5 мм. Спиральная компьютерная томография с контрастным усилением выявила по переднелатеральной поверхности верхней трети голени в проекции передней группы мышц гематому размерами 7х4,8 см с плотностью 35-50 ЕД (рис. 1). При контрастировании в артериальную фазу выявлена ложная аневризма передней

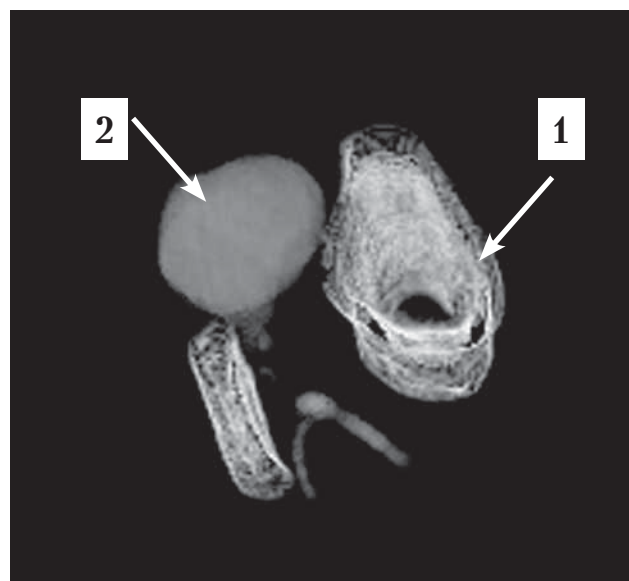


Рис. 1. Трехмерная реконструкция ложной аневризмы передней большеберцовой артерии левой ноги (вид сверху). 1 – левая большеберцовая артерия, 2 – полость ложной аневризмы передней большеберцовой артерии

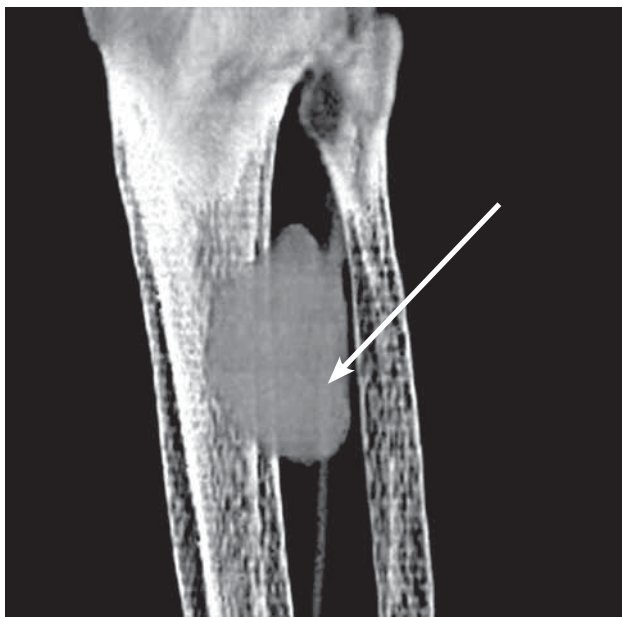


Рис. 2. Трехмерная реконструкция ложной аневризмы передней большеберцовой артерии левой ноги (вид спереди). Стрелкой указана ложная аневризма передней большеберцовой артерии

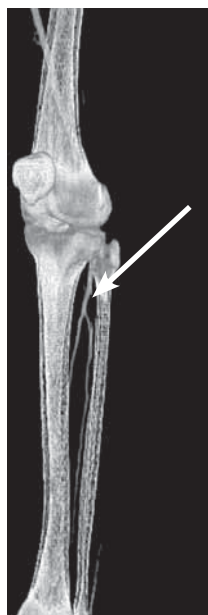


Рис. 3. Артериальный кровоток левой голени через 6 месяцев: передняя большеберцовая артерия перевязана, задняя большеберцовая артерия и малоберцовая артерия функционируют. Стрелкой указано место лигирования передней большеберцовой артерии

большеберцовой артерии, начинающаяся сразу после прохождения артерией межкостной мембраны. Аневризма имеет неправильную грушевидную форму, ориентированную своим верхне-нижним размером по длиннику голени. Ее размер – 4,9x2,4x3,7 см. Диаметр шейки аневризмы составил 0,65 см (рис. 2).

Поставлен диагноз: состояние после тромбэмболектонии, ложная аневризма передней большеберцовой артерии.

26.05.2008 г. пациенту выполнена операция – резекция ложной аневризмы, перевязка передней боль-

шеберцовой артерии слева. Кожным разрезом с иссечением послеоперационного рубца левой голени выделена подколенная артерия в месте ее трифуркации. Удалена параартериальная гематома объемом до 200 мл. Экспозиция подколенной артерии не позволяет осуществить доступ к ложной аневризме по причине «ухода» артерии через межкостную мембрану. Введен гепарин в расчетной дозе, наложен зажим на переднюю большеберцовую артерию и отдельным разрезом по передней поверхности голени вскрыта полость ложной аневризмы. При ее резекции выявлен продольный надрыв передней стенки большеберцовой артерии на протяжении 3 см. В связи с инфильтрацией стенки сосуда и окружающих тканей от реконструктивной операции решено отказаться. Передняя большеберцовая артерия прошита, перевязана и пересечена. Установлен проточно-промывной дренаж на трое суток.

Послеоперационный период протекал гладко. Отечность стопы и голени уменьшилась, боли прошли. Пульсация на а. tibialis posterior отчетливая. Кожные швы сняты на 12-й день. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Пациент выписан на 18-й день.

Пациент повторно осмотрен через 6 месяцев. Клинически левая нога без признаков недостаточности кровообращения, опорно-двигательная функция сохранена. По данным контрольной спиральной компьютерной ангиографии задняя большеберцовая и малоберцовая артерии левой голени функционируют, передняя большеберцовая артерия перевязана (рис. 3).

Представленное сообщение рассматривает редкое осложнение тромбэмболектонии – протяженный разрыв артерии с формированием ложной аневризмы большеберцовой артерии, компрессионной невралгией. Несмотря на кажущуюся простоту выполнения операции, следует предельно осторожно и тщательно выполнять тромбэмболектонию из артерий дистального русла. Залогом удачного исхода операции является тщательное соблюдение техники, адекватная терапия на до- и послеоперационном этапе.

Считаем целесообразным выполнение ультразвукового дуплексного сканирования сосудов оперированной конечности на интраоперационном этапе, а также в раннем послеоперационном периоде с целью определения наличия кровотока и диагностики возможных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Lee W.S., Lee K.J., Ryu W.S. Acute embolic occlusion of the left common iliac artery treated with intra-arterial thrombolysis and percutaneous thrombectomy. Korean J Intern Med. 2009 Jun;24(2):153-5. Epub 2009 Jun 8.
2. Савельев В.С., Затевахин И.И., Степанов Н.В. Острая непроходимость бифуркации аорты и магистральных артерий конечностей. – М.: Медицина. 1987. – С. 212-218.
3. Corso R., Carrafiello G., Intotero M., Solcia M. Large iatrogenic pseudoaneurysm of posterior tibial artery treated

- with sonographically guided thrombin injection. ARJ:180, May, 2003.
4. Dobrin PB. Mechanisms and prevention of arterial injuries caused by balloon embolectomy. Surgery, 1989 Sep;106(3):457-66.
 5. Покровский А.В. Клиническая ангиология. – М.: Медицина. – 1979. – С. 194-209.
 6. Спиридонов А.А., Клионер Л.И. Болезни сосудов в кн.: «Сердечно-сосудистая хирургия» (руководство) / Под ред. Бураковского В.И., Бокерия Л.А. – М.: Медицина, 1989. – С. 688-692.
 7. Шалимов А.А., Дрюк Н.Ф. Хирургия аорты и магистральных артерий. – Киев.: «Здоров'я», 1979. – С. 315-334.
 8. Cronenwett JL, Walsh DB, Garrett HE. Tibial artery pseudoaneurysms: delayed complication of balloon catheter embolectomy. J Vasc Surg, 1988 Oct; 8(4): 483-488.

A RARE COMPLICATION OF THROMBECTOMY FROM TIBIAL ARTERIES

D.S. Panfilov, B.N. Kozlov, S.D. Panfilov, M.S. Kouznetsov, V.M. Shipoulin

SUMMARY

The authors describe clinical case of rare complication of the embolectomy while using balloon catheter – pseudoaneurysm arising from anterior tibial artery. Result of successful surgical treatment of this complication with satisfactory clinical effect is presented in the article. Technique of the operation and example of strategy in early postoperative period are described as well.

Key words: thrombectomy, false aneurysm, femoral artery.

ЊÈÁÈÐЊÊÈÈ
ÌÄÄÈÖÈÍЊÊÈÈ
ÆÓÐÍÀË

**ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ЦЕНТРАЛЬНОЕ ИЗДАНИЕ**

*Издавался в г. Томске с 1923-го по 1931 год.
С 1996 года возрождено издание журнала
решением президиума Томского
научного центра СО РАМН.*

Адрес в сети INTERNET:

<http://www.medicina.tomsk.ru>

**В настоящее время начинается
подписка на второе полугодие 2010 года.**

Стоимость журналов:

для индивидуальных

подписчиков

690 руб.

для организаций

1610 руб., вкл. НДС

**Тарифы на размещение рекламного материала
Для отечественного рекламодателя:**

1 черно-белая страница 4000 руб.

1/2 черно-белой страницы 2200 руб.

1/4 черно-белой страницы 800 руб.

1 цветная страница 8000 руб.

1/2 цветной страницы 4300 руб.

Наценки:

2-я стр. обложки – +40%

3-я стр. обложки – +25%

4-я стр. обложки – +35%

(плюс 5% налог на рекламу)

Подписку на журнал можно оформить:

• **ДЛЯ ЮРИДИЧЕСКИХ ЛИЦ,**

выслав заявку с указанием полного названия заказчика, его почтового адреса, ИНН по адресу: 634012, г. Томск, ул. Киевская, 111а, редакция «СМЖ»; факс (3822) 55-87-17. E-mail: medicina@tomsk.ru

По заявке высылается счет для оплаты.

• **ДЛЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПОДПИСЧИКОВ,**

отправив почтовый перевод с указанием полных Ф.И.О., почтового адреса и заказываемых номеров по адресу: 634012, г. Томск, а/я 922, Коломийцеву Андрею Юрьевичу, прислав копию квитанции почтового перевода по факсу редакции: (3822) 55-87-17.