© Коллектив авторов, 2018
УДК 616.137.83-007.64-007.251-07-089.87
DOI: 10.24884/0042-4625-2018-177-2-81-83

В. В. Сорока, С. П. Нохрин, А. Н. Рязанов, С. В. Петривский, И. Д. Магомедов, Ю. П. Малиновский, Е. Ю. Белоусов

РАЗРЫВ АНЕВРИЗМЫ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ

Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И. И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: аневризма, бедренная артерия, осложнения, разрыв, реконструктивные операции

V. V. Soroka, S. P. Nokhrin, A. N. Ryazanov, S. V. Petrivskiy, I. D. Magamedov, Yu. P. Malinowskiy, E. Yu. Belousov

Ruptured aneurysm of superficial femoral artery

State Budgetary Institution «Saint-Petersburg I. I. Dzhanelidze research institute of emergency medicine», St. Petersburg, Russia

Keywords: aneurysm, peripheral arteries, complications, rupture, reconstructive operations

Впервые упоминание об аневризме периферических артерий встречается в папирусах Древнего Египта, датируемых 2000 г. до н. э. Гален в конце II столетия н. э. описывает аневризму как пульсирующее образование артерии. Около III в. н. э. выполнена первая операция по поводу аневризмы подколенной артерии – открытая перевязка [1]. Термином «периферическая артериальная аневризма» обозначается расширение артерии более чем на 50 % от ее диаметра [2]. Аневризмы периферических артерий могут являться самостоятельным заболеванием или последствием травмы артерии. «Золотым стандартом» диагностики данного заболевания признано ультразвуковое дуплексное сканирование, так как с помощью данного метода визуализируется не только сама аневризма, но и наличие или отсутствие пристеночных тромбов, а также возможность оценки путей притока и оттока [3]. В последние годы наблюдается тенденция к увеличению числа больных с данной патологией. Частота встречаемости периферических аневризм составляет от 3,4 до 6,7 % [4, 5]. Оптимальным вариантом хирургического лечения является операция резекции аневризмы с протезированием, обеспечивающая лучшую проходимость шунтов в отдаленном периоде по сравнению с шунтированием и лигированием аневризмы [6]. Несмотря на относительную редкость, аневризмы периферических артерий являются грозной патологией, представляющей реальную угрозу потери конечности и даже жизни больного [7]. Только в конце XX в. развивающиеся эндоваскулярные методы привнесли новизну в хирургию аневризм [8]. Однако открытые реконструктивные операции не утратили свою актуальность и нуждаются в совершенствовании с учетом современных диагностических и технических возможностей [9, 10]. Приводим наше клиническое наблюдение.

Больная З., 86 лет, поступила в наш институт в экстренном порядке, в состоянии средней степени тяжести по направлению поликлиники с диагнозом: «Аневризма поверхностной бедренной артерии справа. Болевой синдром». Из анамнеза известно, что на протяжении 2 месяцев беспокоит уплотнение в области правого бедра, постоянные боли в покое правой нижней конечности, слабо купирующиеся обезболивающими средствами, травматизации данной области пациенткой не отмечено. Ранее за медицинской помощью не обращалась. Самостоятельно принимала нестероидные противовоспалительные препараты со слабоположительным эффектом. Со временем болевой синдром прогрессировал, принимая постоянный интенсивный характер. Отмечалось заметное увеличение правого бедра за счет объемного образования (*рисунк, а*).

При объективном осмотре общее состояние относительно удовлетворительное. Кожный покров чистый, обычной окраски, отеков нет. Дыхание жесткое, хрипов нет. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный 78 уд./мин, АД 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены. Локально: в области средней трети бедра пальпировалось объемное пульсирующее образование размерами 3×5 см (*рисунк, а*). Над ним при аускультации выслушивался систолический шум. Обращал на себя внимание выраженный болевой синдром при локальной пальпации данной области. Кожный покров в области образования не изменен. Признаков ишемии конечности не выявлено.

При ультразвуковом дуплексном ангиосканировании выявлена аневризма поверхностной бедренной артерии размерами 2,5×3 см, располагающаяся на уровне средней трети правого бедра и с косвенными признаками разрыва. Гемодинамически значимых атеросклеротических нарушений кровотока не выявлено. Установлен диагноз: «Аневризма поверхностной бедренной артерии справа, осложненная разрывом с экстравазальной компрессией бедренного нерва. ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Стенокардия напряжения II ФК. Хроническая сердечная недостаточность IIa стадии. Гипертоническая болезнь II стадии, 3-й степени, риск 3. Железодефицитная анемия средней степени тяжести».

После предоперационной подготовки под спинно-мозговой анестезией выполнен доступ к проксимальному отделу поверхностной бедренной артерии в правой паховой области. Артерия

а

б

в

г

Больная 3., 86 лет, с аневризмой бедренной артерии: а – объемное образование правого бедра; б – аневризма поверхностной бедренной артерии; в – дефект задней стенки аневризмы; г – протезирование поверхностной бедренной артерии

выделена, взята на турникеты. Отдельным доступом в нижней трети бедра выделен дистальный отдел поверхностной бедренной артерии, взят на турникеты. Системная гепаринизация 5000 МЕ. Артерии пережаты. В средней трети бедра продольным доступом выделен аневризматический мешок поверхностной бедренной артерии размером 4×3 см на протяжении 6 см (рисунк, б). Кожные доступы объединены. Аневризматический мешок вскрыт. Аневризматическая чаша удалена. Отмечается расплавление задней стенки аневризмы с распространением гематомы и имbibцией окружающих мягких тканей (рисунк, в). Взят посев из области гематомы. От верхней трети до нижней трети бедра стенки артерии изменены, покрыты рубцовой тканью. Аневризма поверхностной бедренной артерии и измененные ткани иссечены (рисунк, в). Полость укрыта окружающими мягкими тканями, ушитыми над областью аневризмы. В связи с малым диаметром поверхностных вен принято решение о протезировании артерии искусственным протезом. Выполнено протезирование поверхностной бедренной артерии протезом BBRAUN длиной 7 мм по типу «конец в конец» нитью Prolen 5/0 (рисунк, г). Запуск кровотока. Пульсация на артериях и протезе отчетливая. Дренаж по Редону. Послойный шов раны. Асептические повязки.

В послеоперационном периоде отмечался клинически незначимый реперфузионный отек конечности, а также лимфо-

рея из послеоперационной раны, что соответствовало объему проведенной операции. Взятый посев раневого отделяемого не выявил роста микрофлоры. Лимфорея разрешилась в течение 10 дней. При контрольном ультразвуковом исследовании признаков стенозирования шунта в области анастомозов не выявлено, шунт проходим, кровоток ламинарный. На 15-е сутки швы были сняты. Рана зажила первичным натяжением. Болевой синдром в конечности купирован. Пациенткой было отмечено значительное улучшение общего самочувствия и отсутствие болей в покое и при двигательной активности.

Через 6 месяцев произведен контрольный осмотр пациентки в стационаре. Отмечается отсутствие болевого синдрома, послеоперационные раны без признаков воспаления.

Общепризнанным фактом является преимущественное использование аутоветны в качестве пластического материала для реконструктивных сосудистых операций. Однако это не всегда осуществимо. Хорошим подспорьем является использование эндоваскулярных методик как альтернативы малотравматичной хирургии. Однако этот метод лечения является дорогостоящим, использование стент-графтов в инфраингвинальном сегменте не распространено повсеместно.

Проблема хирургического лечения артериальных аневризм не утратила своей актуальности и для своего решения требует от хирурга взвешенного подхода. Для достижения положительных результатов лечения данной патологии решение о виде и объеме хирургической коррекции должно основываться на анатомо-физиологических особенностях скомпрометированного сосудистого бассейна, доступности хирургического оснащения, а также на достаточном опыте применения вышеперечисленных методик.

На выбор объема оперативного вмешательства и пластического материала для шунта в нашем наблюдении повлияли следующие факторы: постоянные интенсивные боли в конечности, не купирующиеся анальгетиками, ультразвуковые признаки разрыва аневризмы артерии, отсутствие адекватного пластического материала в качестве трансплантата.

Как показал послеоперационный период, выбранная тактика и объем оперативного вмешательства были оправданными.

Таким образом, открытые реконструктивные операции являются методом выбора в лечении аневризм периферических артерий, особенно осложненных форм, так как, в отличие от эндоваскулярного лечения, позволяют резецировать саму аневризму с последующей реконструкцией дефекта артерии и устранить причину сдавления окружающих тканей.

Конфликт интересов/Conflicts of interest

Авторы заявили об отсутствии потенциального конфликта интересов./Authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

- Galland R. B. History of the Management of Popliteal Artery Aneurysms // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. 2008. Vol. 35, № 4. P. 466–472.
- Диагностика и хирургическое лечение аневризм периферических артерий / А. С. Никоненко, Е. В. Ермолаев, А. В. Губка, Д. А. Буга // Вестн. неотложной и восстановит. мед. (Украина). 2010. Т. 11, № 3. С. 380–381. [Nikonenko A. S., Ermolaev E. V., Gubka A. V., Buga D. A. Diagnostika i khirurgicheskoe lechenie anevrizm perifericheskikh arterii // Vestnik neotlozhnoi i vosstanovitel'noi meditsiny. (Ukraina). 2010. Vol. 11, № 3. P. 380–381].
- Dorigo W., Pulli R., Alessi Innocenti A. et al. A 33-year experience with surgical management of popliteal artery aneurysms // J. Vasc. Surg. 2015. Vol. 62, № 5. P. 1176–1182.
- Калинин А. А., Патлачук М. В., Морозов С. П. и др. Этапное лечение при аневризмах подколенных, подвздошной и бедренной артерий // Хирургия. 2013. № 8. С. 67–69. [Kalinin A. A., Patlachuk M. V., Morozov S. P. i dr. Etapnoe lechenie pri anevrizmakh podkolennykh, podvzdoshnoi i bedrennoi arterii // Khirurgiya. 2013. № 8. P. 67–69].
- Синявин Г. В., Гавриленко А. В., Ку克林 А. В. Хирургическое лечение больных с аневризмами артерий верхних и нижних конечностей // Ангиол. и сосуд. хир. 2009. № 3. С. 109–112. [Sinyavin G. V., Gavrilenko A. V., Kuklin A. V. Khirurgicheskoe lechenie bol'nykh s anevrizmami arterii verkhnikh i nizhnikh konechnostei // Angiologiya i sosudistaya khirurgiya. 2009. № 3. P. 109–112].
- Атеросклеротические аневризмы бедренных и подколенных артерий : факторы риска и хирургическое лечение / А. С. Абдуллин, А. В. Покровский, А. Ф. Харазов, В. М. Алексанян // Бюлл. НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН. 2010. Т. 11, № 3. С. 83. [Abdullinov A. S., Pokrovskii A. B., Kharazov A. F., Aleksanyan V. M. Ateroskleroticheskie anevrizmy bedrennykh i podkolennykh arterii. Faktory riska i khirurgicheskoe lechenie // Byulleten' NTSSKh im. A. N. Bakuleva RAMN. 2010. Vol. 11, № 3. P. 83].
- Диагностика и лечение периферических артериальных аневризм нижних конечностей / С. А. Белякин, О. В. Пинчук, А. В. Образцов, В. В. Яменсков // Военно-мед. журн. 2014. № 7. С. 24–27. [Belyakin S. A., Pinchuk O. V., Obratsov A. V., Yamenskov V. V. Diagnostika i lechenie perifericheskikh arterial'nykh anevrizm nizhnikh konechnostei // Voenno-meditsinskii zhurnal. 2014. № 7. P. 24–27].
- Antonou G. A., Schiro A., Smyth J. V. et al. Multilayer stent in the treatment of popliteal artery aneurysms // Vasa. 2012. Vol. 41, № 5. P. 383–387.
- Клинические рекомендации по ведению взрослых пациентов с аневризмами брюшной аорты и артерий нижних конечностей (Российский согласительный документ). М. : НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2011. 140 с. [Klinicheskie rekomendatsii po vedeniyu vzroslykh patsientov s anevrizmami bryushnoi aorty i arterii nizhnikh konechnostei (Rossiiskii soglasitel'nyi dokument). Moscow: NTSSKh im. A. N. Bakuleva RAMN, 2011. 140 p.].
- Bracale U. M., Corte G., Di Gregorio A. et al. Surgical repair of popliteal artery aneurysms remains a safe treatment option in the endo-vascular era : a 10-year single-center study // Ann. Ital. Chir. 2011. Vol. 82, № 6. P. 443–448.

Поступила в редакцию 01.11.2017 г.

Сведения об авторах:

Сорока Владимир Васильевич (e-mail: soroka@emergency.spb.ru), заслуженный врач РФ, д-р мед. наук, профессор, руководитель отдела неотложной сердечно-сосудистой хирургии; Нохрин Сергей Петрович (e-mail: nohrin@emergency.spb.ru), д-р мед. наук, заведующий отделением сосудистой хирургии; Рязанов Алексей Николаевич (e-mail: aryazanov@mail.ru), канд. мед. наук, врач отделения сосудистой хирургии; Магамедов Ислам Джабраилович (e-mail: magamedov.islam@rambler.ru), врач отделения сосудистой хирургии; Малиновский Юрий Павлович (e-mail: docmalinovskiy@mail.ru), врач отделения сосудистой хирургии; Белоусов Евгений Юрьевич (e-mail: dr.belousov@hotmail.com), врач отделения сосудистой хирургии; Петриковский Сергей Владимирович, врач отделения сосудистой хирургии; Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, 192242, Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 3, лит. А.