

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЛОЖНОЙ АНЕВРИЗМЫ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Хамдамов У.Р., Жумаева Н.Х., Сафаров С.С., Исомиддинов Б.

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

✓ Резюме,

Посттравматическая ложная аневризма магистральных артерий в структуре после повреждения магистральных сосудов 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 посттравматической ложной аневризмы бедренной артерии гигантских размеров.

Ключевые слова: гигантская посттравматическая ложная аневризма, аутовенозное протезирование бедренной артерии.

СОН АРТЕРИЯСИНИНГ ПОСТТРАВМАТИК СОХТА АНЕВРИЗМАСИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ ТАЖРИБАСИ (КЛИНИК ҲОЛАТ)

Хамдамов У.Р., Жумаева Н.Х., Сафаров С.С., Исомиддинов Б.

Республика шошилинч ёрдам илмий маркази Бухоро филиали.

✓ Резюме,

Магистрал қон-томирлар жароҳатидан кейин юзага келувчи посттравматик сохта аневризмалар учраши 0,5% дан 8-9 % гача амалиётда қайд қилинади. Бу касаллик жарроҳлик усуллари билан даволаш замонавий ривожланган қон-томир хирургиясида тўлиқлигича ўрганилган. Ушбу мақолада сон артериясининг гигант ўлчамдаги посттравматик сохта аневризмасини хирургик даволаш тажрибаси клиник ҳолати баён этилган.

Калит сўзлар: гигант посттравматик сохта аневризма, сон артериясини аутовеноз протезлаш.

EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF POST-TRAUMATIC PSEUDOANEURYSM OF THE FEMORAL ARTERY (MEDICAL CASE)

Hamdamov U.R., Jumayeva N.X., Safarov S.S., Isomiddinov B.

Bukhara branch of Republic scientific center of emergency medical care.

✓ Resume,

Post-traumatic pseudoaneurysm of the magistral arteries within corrective surgery on great vessels is from 0,5% to 8-9%. 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 post-traumatic pseudoaneurysm of femoral artery.

Keywords: giant post-traumatic pseudoaneurysm, autovenous prosthesis of the femoral artery.

Актуальность

Посттравматическая ложная аневризма магистральных артерий в структуре после повреждения магистральных сосудов составляют от 0,5% до 8-9% [1,2]. Наиболее известными причинами их возникновения являются повреждение магистральных артерий (колотые и ножевое ранение сосудов) при наличии узога и длинного раневого канала.

Диагностика аневризм поверхностно расположенных артерий (бедренных, плечевых, сонных) не представляет сложностей. Их оперативное лечение при современном развитии сосудистой хирургии разработано достаточно хорошо. Поэтому наблюдение аневризм больших размеров этих локализаций, сегодня является казуистикой [3,4]. В связи с этим представляем клинический случай успешного хирургического лечения посттравматической ложной аневризмы бедренной артерии гигантских размеров.

Клиническое наблюдение

Пациент Х. 72 лет, поступил в отделение I экстренной хирургии Бухарского филиала РНЦЭМП с жалобами на наличие пульсирующего объемного образования в области левого бедра, тяжесть и боли распирающего характера в области данного образования, затруднение активных движений из-за болей, чувство онемения и похолодания в области левой стопы.

Анамнез заболевания: Со слов супруги больного около месяц назад дома со стороны сына получил ранение острым предметом (нож) в области левого бедра. Больной был доставлен в Каганский субфилиал, где оказана первая помощь с диагнозом "колото-резанные раны левого бедра. Геморрагический шок", где больному была произведена первичная хирургическая обработка ран левого бедра. Раны зажили первичным натяжением. Примерно за месяц до поступления к нам, находясь уже дома, стал отмечать появление припухлости в области левого бедра, также умеренную болезненность в данной области. К врачу не обращался. Причина данного обращения пациента явилось появление болевого синдрома.



**Рисунок 1. Посттравматическая ложная аневризма с/3
левого бедра**

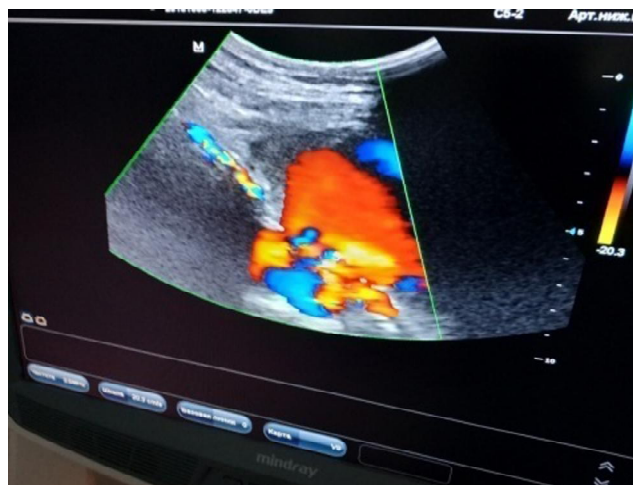
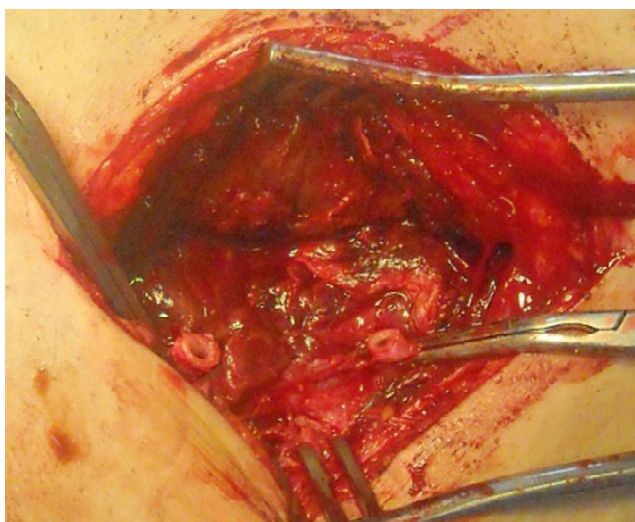


Рисунок 2. ЦДС аневризма левого бедра



**Рисунок 3. Диастаз после иссечения пораженного
участка артерии**

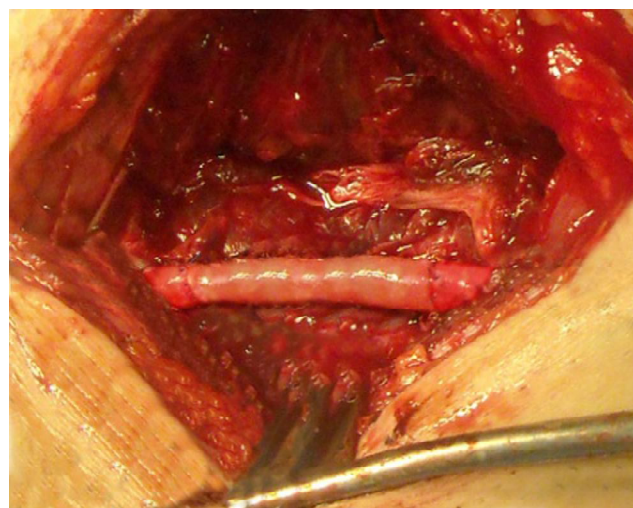


Рисунок 4. Готовый аутовенозный анастомоз

Лабораторные данные при поступлении: НВ - 76 г/л, Эрит. - 2,5; Л - 689; СОЭ - 15 мм/час. мочевины - 7,5; фибриноген - 3996; тромботест - 6 ст; ФАК - 111,3; ретракция сгустка - 43,3.

Локальный статус: при осмотре по передне-медиальной поверхности с/3 левого бедра имеется овальное образование размерами 18,0x20,0 см, выступающее над уровнем кожи примерно на 1,0-1,5 см. (рис. 1). Кожные покровы над данным образованием обычной окраски. При пальпации данное образование плотно-эластической консистенции, по всей поверхности которого определяется пульсация. При аускультации над данным образованием выслушивается систолический шум. Кожные покровы в области левой стопы с бледным оттенком, на ощупь теплые. Чувствительность и активные движения в пальцах стопы сохранены. Пульсация на левой н/конечности над проекцией бедренной артерии определяется, дистальнее на всех опознавательных точках отсутствует; на правой н/конечности на всех опознавательных точках определяется. SpO2 = 84% с низкой пульсовой кривой. По задней-латеральной поверхности с-н/3 левого бедра имеются рубцы размерами до 1,5 см без признаков воспаления.

Цветное дуплексное сканирование: средней/3 по передне-медиальной поверхности левого бедра определяется полостное пульсирующее образование с картированием в ЦДК режиме (рис.2).

Операция: Ликвидация ложной аневризмы с/з левого бедра. Аутовенозное протезирование ПБА и боковой шов ПВВ слева. Дренирование полости аневризмы.

Ход операции: Под спинальной анестезией, разрезом длиной до 6 см по линии Кена в в/3 бедра выделена ПБА. Последняя Д=до 7 мм, мягкая, пульсирует. Артерия взята на держалку. Разрезом длиной до 8 см ниже аневризматического образования на уровне Гунтерового канала выделена ПБА. Артерия в этом участке не пульсирует, в перипроцессе, Д= до 4 мм, артерия спазмирована. Артерия взята на держалку. Разрез кожи над аневризмой длиной до 10 см. По возможности не вскрывая, аневризматический мешок максимально выделен. Отмечается выраженный спайчатый процесс. На бедренные артерии наложены сосудистые зажимы и вскрыт аневризматический мешок. Выделилось около 200 мл тромботических масс, а также аневризматическая чаша. При этом отмечается

артериальное кровотечение из центра полости аневризмы. Последнее остановлено пальцевым прижатием. При дальнейшей ревизии отмечается сквозное продольное повреждение ПБА длиной до 1 см. Кроме того имеется повреждение ПБВ по передне-боковой стенке длиной до 2 см. На ПБВ наложен боковой непрерывный шов нитью Полипропилен 6/0. Шов герметичен. Венозное кровотечение остановлено. ПБА из-за воспалительного инфильтрата с техническими трудностями мобилизована максимально вниз и вверх. Край поврежденного участка артерии инфильтрированы и легко рвутся. Этот участок артерии резецирован. После резекции артерии диастаз составляет около 5 см (рис.3). Решено произвести аутовенозное протезирование артерии. Для протезирования бедренной артерии взят фрагмент БПВ длиной до 6 см, с этой конечности на уровне верхней 1/3 бедра. После гидравлической препаровки в реверсированном положении Д= вены составляет до 0,7 см. Гепарин 5000 ед в/в. Наложение дистального анастомоза по типу конец вены в конец артерии циркулярным непрерывным швом нитью Полипропилен 6/0. Проверка на герметичность, анастомоз проходим. Формирование проксимального анастомоза по типу конец вены в конец артерии нитью Полипропилен 6/0 циркулярным швом. Сняты зажимы, пуск кровотока, анастомозы герметичные (рис.4). Четкая пульсация на шунте и дисталь-

нее на бедренной артерии. При наложении датчика пульсоксиметра на II палец левой стопы отмечается появление пульсовой кривой с сатурацией 100%. Гемостаз. Полость аневризмы дренирована резиновыми выпускниками. Послойное ушивание ран с оставлением резинового выпускника. Интраоперационно к концу операции отчетливая пульсация на подколенной артерии слева и сатурация 100 %. На мониторе отчетливая пульсовая кривая.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление раны первичным натяжением. Кровоток в нижней конечности компенсирован, определяется пульс на подколенной и тыльной артерий. Выписан с выздоровлением.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Анахасян В.Р. Хирургическое лечение ранений магистральных артерий и травматических аневризм конечностей и шеи: /Автореф. Дис. ... канд. мед. наук. - М.1994 -13 с.
2. Петровский Б.В., Милонов О.Б. Хирургия аневризм периферических сосудов.- /М.Медицина, 1970 -276 с.
3. Покровский А.В., Земсков Н.Н., Шор Н.А. Повреждения магистральных сосудов конечностей. -/М.Здоровья,1983-182 с.
4. Webber G. W., Jang J., Gustavson S., Olin G.W. Contemporary management of post-traumatic pseudoaneurysms //Circulation.- 2007/-Vol. 115.-P. 2666-2674.

Поступила 18.06.2019