

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

Никоненко А.С.,¹ Ермолаев Е.В.,² Губка А.В.,³ Буга Д.А.,¹

Капустин И.П.,¹ Перцов И.В.³

¹ Запорожская медицинская академия последипломного образования

² Запорожская областная клиническая больница

³ Запорожский государственный медицинский университет

Цель работы – разработать оптимальную тактику хирургического лечения аневризм артерий разного генеза и локализации. **Материал и методы.** Проанализированы тактика и результаты хирургического лечения 60 больных с аневризмами артерий (не включая атеросклеротические аневризмы аорты). Средний возраст составил 39,2 года. В 41 (68,3%) случае аневризмы были посттравматические ложные, у 18 (30%) пациентов диагностированы атеросклеротические истинные аневризмы, у 1 (1,7 %) пациента аневризма носила врожденный характер. Для уточнения анатомии аневризмы и характера сосудистого поражения отдавалось предпочтение ультразвуковым методам исследования. **Результаты.** В большинстве случаев – 39 (65,0 %) больные были прооперированы с выполнением артериальной реконструкции. Перевязку артерии после резекции аневризмы выполнили у 21 (35,0 %) пациента. При реконструктивно-восстановительной резекции аневризмы отдавали предпочтение к немешковому протезированию (или анастомозу). В раннем и отдаленном послеоперационном периоде результат хирургического лечения больных с аневризмами артерий был положительный – необходимости выполнения ампутации конечностей не было, летальных случаев не наблюдалось. **Выводы.** Выбор хирургической тактики и объема операции при артериальных аневризмах должен основываться на анатомо-физиологических особенностях пораженного сосудистого

бассейна.

Ключевые слова: аневризмы артерий, хирургическое лечение.

Более 120 лет прошло с тех пор, когда Рудольф Матас в 1888 г. предложил свой метод эндоаневризматического прошивания сосудов при аневризмах периферических артерий [4; 5; 8]. Так как методы эндопротезирования аневризм периферических артерий еще недостаточно получили распространение и не могут быть использованы во всех сосудистых центрах, методы открытых реконструктивных операций не утратили свою актуальность [1; 2; 3; 6; 7; 9].

Цель работы - разработать оптимальную тактику хирургического лечения аневризм артерий разного генеза и локализации.

Материал и методы. В отделении хирургии сосудов Запорожской областной клинической больницы с 1996 по 2009 г.г. находилось на стационарном лечении 60 больных с аневризмами артерий различного генеза и локализации (не включая атеросклеротические аневризмы аорты), из них 48 (80 %) мужчин и 12 (20 %) женщин. Средний возраст составил 39,2 года (от 6 до 79 лет). В большинстве случаев, 41 (68,3%), аневризмы были посттравматические ложные, у 18 (30 %) пациентов диагностированы атеросклеротические (дегенеративные) истинные аневризмы, у 1 (1,7 %) пациента аневризма поверхностной височной артерии носила врожденный характер. При локализации аневризмы в доступной анатомической области и явных клиничко-анамнестических данных диагноз и тактика лечения устанавливались на основании ангиологического осмотра. Для уточнения анатомии аневризмы и характера сосудистого поражения отдавалось предпочтение ультразвуковым методам исследования.

Результаты. В клиническом диагнозе пациентов констатировали основные два типа аневризм – атеросклеротические (истинные), посттравматические (ложные). Основанием для характеристики типа аневризмы были клиничко-анамнестические данные и результаты гистологического исследования. Диагноз „посттравматическая

аневризма, устанавливался, если анамнез после первичной травмы составлял 6-8 недель. Пациенты с аневризмами артерий, в большинстве случаев – 45 (75%), были госпитализированы в отделение хирургии сосудов в плановом порядке, 15 (25%) госпитализированы в стадии тромбоза или разрыва аневризмы в urgentном порядке.

В подавляющем большинстве случаев диагностика артериальных аневризм не представляла сложностей. Специфические жалобы и клиника данной сосудистой патологии (наличие пульсирующего объемного образования, боли в области образования, ограничение двигательной активности) отмечались у 56 (93,3%) пациентов. У 6 (10,0%) больных имевших артериовенозную форму аневризмы местные клинические данные были незначительные при наличии основного постоянного симптома – систолодиастолического шума (шум „волчка,,).

Определенную сложность в выявлении и диагностике имеют висцеральные аневризмы, зачастую они протекают асимптомно. В наших наблюдениях аневризмы селезеночной артерии были диагностированы у 2-х пациенток (в возрасте 46 и 52 лет) при скрининговом УЗИ. Ретроспективно – обе пациентки ранее отмечали у себя периодическое чувство дискомфорта в эпигастрии, который связывали с погрешностью в диете. Аневризма почечной артерии может проявляться синдромом симптоматической артериальной гипертензии. Клинически заподозрить аневризму почечной артерии сложно, ее обнаружение может быть следствием диагностической или интраоперационной „находки,,. Аневризмы артерий предплечья и артерий голени, наблюдавшиеся у 14 пациентов, во всех случаях были ложными посттравматического характера. В более проксимальных сегментах артериального русла конечностей наблюдались случаи атеросклеротических аневризм.

Из 41 пациента с ложными посттравматическими аневризмами в 27 случаях (45,0 % от всех пациентов, 65,9 % от пациентов с ложными посттравматическими аневризмами) к формированию аневризмы привело ранение колото-резаного характера в области сосудистого пучка. В 7 случаях ложная аневризма артерий конечностей выявлена у больных внутривенной наркоманией. У 7 пациентов

травматические аневризмы были следствием других причин.

Осложненные аневризмы были у 17 (28,3%) больных. С клиникой разрыва аневризмы госпитализированы 5 пациентов (общая бедренная артерия – 2; подколенная артерия – 2; внутренняя сонная артерия – 1). В 8 случаях аневризмы осложнились воспалением (перифокальная воспалительная инфильтрация мягких тканей, усиление боли в области аневризмы, гиперемия кожных покровов, гипертермия). В 2-х случаях пациенты были госпитализированы с клиникой острой ишемии конечности на фоне тромбоза аневризмы (общая бедренная артерия – 1; подколенная артерия – 1). Постэмболическая окклюзия дистального артериального русла диагностирована у 2-х пациентов.

В большинстве случаев – 39 (65,0 %) больные были прооперированы с выполнением артериальной реконструкции и восстановлением магистрального кровотока после резекции аневризмы. При реконструктивно-восстановительной резекции аневризмы отдавали предпочтение к внутримешковому протезированию (или анастомозу) с резецированием аневризматического мешка и скомпрометированных сегментов сосуда, анастомозы формировались на уровне неизмененных участков артерий. У 13 (21,7 %) пациентов после резекции аневризмы удалось мобилизовать проксимальный и дистальный отрезки артерии, и наложить анастомоз конец в конец. В 26 (43,3 %) случаях выполнено протезирование (или шунтирование) артерии.

Перевязку артерии после резекции аневризмы выполнили у 21 (35,0 %) пациента. От реконструктивно-восстановительного этапа операции считали целесообразным воздержаться при наличии выраженных воспалительных изменений с признаками инфицирования в области аневризмы, а также в случае отсутствия риска ишемических осложнений „лигатурной„ операции. У 3-х пациентов после резекции „воспалительной„ аневризмы (плечевая артерия – 2; общая бедренная артерия – 1) выявлено развитие тяжелой острой ишемии конечности, что было основанием для выполнения экстраанатомического шунтирования.

В раннем послеоперационном периоде наблюдалось ряд осложнений: острое нарушение мозгового кровообращения – 1; тромбоз аллошунта – 1; острая ишемия конечности (после лигатурной операции) - 2. После проведения консервативной терапии состояние больных было стабилизировано, удалось добиться компенсации периферической гемодинамики. Результат хирургического лечения больных с аневризмами артерий был положительный – необходимости выполнения ампутации конечностей не было, летальных случаев не наблюдалось.

Таким образом, проблема хирургическое лечение артериальных аневризм не утратила своей актуальности и для своего решения требует от хирурга взвешенного подхода. В связи с развитием эндоваскулярных методик можно ожидать появления разработанных надежных методов лечения артериальных аневризм. Открытые операции, вероятно, займут свое место в комплексном подходе к выбору метода лечения артериальных аневризм. Для достижения положительных результатов лечения данной патологии выбор хирургической тактики и объема операции должен основываться на анатомо-физиологических особенностях скомпрометированного сосудистого бассейна. Необходимо адекватная предоперационная подготовка больных, планирование хирургического доступа и каждого этапа операции, профилактика геморрагических осложнений и адекватное ведение послеоперационного периода.

Литература

1. Абалмасов К.Г., Морозов К.М., Тутов Е.Г., Малинин А.А. Клиника, диагностика и хирургическое лечение аневризм периферических артерий различного генеза // *Ангиология и сосудистая хирургия.* – 1997. - № 3. – С. 107-114.
2. Исаева И.В., Цигельников С.А., Теплицкий Е.А., Рязанова Т.В. Аневризмы внечерепного отдела внутренней сонной артерии // *Ангиология и сосудистая хирургия.* – 2007. - № 1. – С. 143-151.
3. Петровский Б.В., Милонов О.Б. Хирургия аневризм периферических сосудов. - М.: Медицина, 1970. - 275 с.
4. Покровский А.В. ред. Клиническая ангиология. – М: Медицина, 2004. – Т. 2 :

Аневризмы периферических артерий. – 2004. - 888 с.

5. Cronenwett J.L., Krpски W.C. Overview-Arterial Aneurysms. In: Rutherford R.B. (ed). Vascular Surgery: 5th ed. – 2000. – Vol. 2. – P. 1241-1245.
6. Johnston K.W., Rutherford R.B., Tilson M.D. et al. Suggested standards for reporting on arterial aneurysms // J. Vascular Surgery. – 1991. – Vol. 13. – P. 444-450.
7. Rafik El-Sabrou, Cooly D. Extracranial carotid artery aneurysms: Texas Heart Institute experience // J. Vascular Surgery. – 2000. – Vol. 31. – P. 451-461. 7
8. Rob C.G. A history of arterial surgery // Arch Surgery. – 1973. – Vol. 105. – P. 821-823.
9. Thompson M.M., Nasim A., Sayers R.D., Bell P.R.F. Endovascular aneurysm repair // Curr. Surg. Pract. – 1995. - № 7. – P. 21-27.

ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ АНЕВРИЗМ ПЕРІФЕРИЧНИХ АРТЕРІЙ

Ніконенко О.С., Єрмолаєв Є.В., Губка А.В., Буга Д.А.,

Капустін І.П., Перцов І.В.

Мета роботи – розробити оптимальну тактику хірургічного лікування аневризм артерій різного генезу та локалізації. *Матеріал та методи.* Проаналізовані тактика та результати хірургічного лікування 60 хворих з аневризмами артерій. Середній вік хворих склав 39,2 роки. В 41 (68,3 %) випадків аневризми були після травматичними хибними, у 18 (30%) хворих діагностовано атеросклеротичні аневризми. Для уточнення анатомії аневризми і характеру судинного ураження віддавали перевагу ультразвуковим методам дослідження. *Результати.* В більшості випадків – 39 (65,0 %) хворі були прооперовані з виконанням артеріальної реконструкції. Перев'язку артерії після резекції аневризми виконали у 21 (35,0 %) пацієнта. При реконструктивно-відновлюваній резекції аневризми віддавали перевагу невнутрішньомішковому протезуванню (чи анастомозу). В ранньому та віддаленому післяопераційному періоді результати хірургічного лікування хворих з аневризмами артерій були позитивні – необхідності виконання ампутації кінцівки не було, летальних випадків не спостерігалось.

Висновки. Вибір хірургічної тактики та об'єму операції при артеріальних аневризмах повинен ґрунтуватися на анатомо-фізіологічних особливостях ураженого судинного басейну.

Ключові слова: аневризми артерій, хірургічне лікування.

SURGICAL ASPECTS OF PERIPHERAL ARTERIES ANEURYSMS TREATMENT

**A.S. Nikonenko, E.V. Ermolaev, A.V.Gubka, D.A. Buga,
I.P. Kapustin, I.V. Pertsov**

Aim of the work - to develop optimal operative tactics for treatment of arterial aneurisms of various genesis and localization. **Material and methods.** Surgical tactics and outcomes in 60 patients with arterial aneurisms (excluding atherosclerotic aortic aneurisms) have been analyzed at the work. Average age of the patients was 39,2 years. 41 patients (68,3 %) had posttraumatic pseudoaneurisms, 18 (30,0 %) had true atherosclerotic aneurismatic lesions and 1 (1,7 %) had congenital aneurism. Ultrasonography was the preferential method for detailed elaboration of anatomy and nature of the lesions. **Results.** Most patients, 39 (65,0 %), underwent reconstructive surgery. Arterial ligation after aneurismectomy has been carried out in 21 patients (35,0 %). At reconstructive surgery priority has been given to extrapouch bypass grafting (or anastomosis). Early and late outcomes were satisfactory: there were no amputations nor mortality. **Conclusions.** Choice of surgical tactic and extent of operation in arterial aneurisms should be grounded on anatomic and pathophysiologic features of affected vascular.

Key words: arterial aneurisms, arterial aneurisms, surgical treatment.