

Опыт хирургического лечения гигантских аневризм бедренных артерийИ.А. Карасов¹, В.А. Самарцев^{1,2}, А.Ю. Опарин², Е.В. Круглов², Ю.А. Колесникова¹,
А.А. Айрапетян¹, А.Х. Умаров¹, Е.С. Бурак¹¹ ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера»,
г. Пермь, Россия² ГАУЗ Пермского края Городская клиническая больница № 4, г. Пермь, Россия

Цель. Оценить результаты оперативного лечения пациентов с аневризмами бедренных артерий различной этиологии.

Материал и методы. Выполнено ретроспективное одноцентровое нерандомизированное исследование пациентов с диагнозом «аневризма артерий нижних конечностей», получавших лечение на базе отделения сердечно-сосудистой хирургии Городской клинической больницы № 4 г. Перми с 2001 по 2021 г. Критерием включения в исследование было наличие аневризмы бедренной артерии с диаметром в одном из измерений 100 мм или более. Критериями исключения являлись отказ от оперативного лечения, диаметр аневризмы менее заявленного, а также наличие свежей постпункционной гематомы.

Результаты. Всего в итоговую группу вошло 11 пациентов, 9 % (1 человек) – женского пола, 10 (91 %) – мужского (таблица). Средний возраст составил 49 лет (от 22 до 81 года), медиана – 41 год. В 6 из 11 случаев (54 %) аневризмы развились после травмы (в 5 случаях (45 %) – ножовое ранение, в 1 (9 %) – удар стамеской). В 3 случаях (27 %) отмечалось аневризматическое расширение анастомоза после перенесенной реконструкции артерий нижних конечно-

стей. В 2 случаях (18 %) аневризмы бедренных артерий развились первично. Всем пациентам выполнена открытая аневризмэктомия с пластикой бедренных артерий, в 2 случаях (18 %) производилась перевязка поверхностной бедренной артерии. Летальности в исследуемой группе не наблюдалось. На контрольном дуплексном сканировании артерий голени у 9 пациентов (82 %) определялся магистральный характер кровотока, еще у 2 (18 %) – коллатеральный. У 3 больных (27 %) раны заживали вторичным натяжением, в одном случае из трех развился кожный свищ. Также отмечено по одному случаю (9 %) лимфорей из пахового доступа и развития тромбоза поверхностных вен в послеоперационном периоде.

Заключение. Несмотря на опасность массивной кровопотери во время операции, открытая аневризмэктомия эффективна и безопасна при лечении гигантских аневризм бедренных артерий. При удалении аневризм большого объема повышается риск осложнений со стороны послеоперационной раны. Для уменьшения кровопотери в индивидуальном порядке возможно рассмотрение этапного и гибридного лечения: например, установка стент-графтов в питающую артерию перед аневризмэктомией.

Характеристика пациентов

Пол	Возраст	ДА, мм	Этиология	Осложнения	АП	КП, мл	ДС
Ж	39	250	Т	Свищ	АТС	1300	Маг
М	66	120	П/О	Вторичное натяжение	АТС	600	Маг
М	59	100	П	Нет	АТС	300	Маг
М	41	200	Т	Нет	АТС	250	Маг
М	38	100	Т	ТФБ	АТС	200	Маг
М	59	100	П/О	Нет	БА	1200	Кл
М	74	250	П/О	Вторичное натяжение	БА	1100	Кл
М	32	100	Т	Нет	АТС	300	Маг
М	22	100	Т	Нет	АТС	1200	Маг
М	81	100	П	Нет	АТС	500	Маг
М	33	200	Т	Лимфорей	АТС	4500	Маг

Примечание. Ж – женский пол; М – мужской пол; ДА – диаметр аневризмы; Т – посттравматическая; П/О – послеоперационная; П – первичной этиологии; ТФБ – тромбоз; АП – артериальная пульсация; АТС – артерия тыла стопы; БА – бедренные артерии; КП – кровопотеря; ДС – кровоток по артериям голени при дуплексном сканировании; Маг – магистральный кровоток; Кл – коллатеральный кровоток.