

УДК 616.13–007.64–089.81

СПОСТЕРЕЖЕННЯ УСПІШНОГО ЕНДОВАСКУЛЯРНОГО УСУНЕННЯ НЕСПРАВЖНЬОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ АНЕВРИЗМИ РІДКІСНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

В. І. Ляховський, Р. П. Сакевич, Д. Г. Дем'янюк, Г. С. Пузирьов, Р. М. Рябушко

*Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава,
Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М. В. Скліфосовського*

OBSERVATION OF A SUCCESSFUL ENDOVASCULAR CORRECTION OF A FALSE ARTERIAL ANEURYSM OF A RARE LOCALIZATION

V. I. Lyakhovskiy, R. P. Sakevich, D. G. Demyanyuk, G. S. Puzyryov, R. M. Ryabushko

Участь у кровообігу додаткової порожнини, що утворилася внаслідок розшарування м'яких тканин під тиском струменя крові, відбувається через порушення цілісності стінки магістральної артерії. Причин такого явища декілька. Перше місце посідає травматичне пошкодження стінки судини [1–3].

Вважають, що післятравматичні, несправжні аневризми становлять 48,9–68,7% в структурі аневризм периферійних артерій. Наслідки колото–різаного поранення є причиною утворення аневризми у 18,5% хворих. Таке саме місце посідають тупа травма, переломи. Більшість аневризм локалізуються у ділянці кінцівок [1].

Патогенез несправжніх артеріальних аневризм відомий. Відразу після пошкодження стінки судини утворюється пульсуюча гематома, що формує порожнину у м'яких тканинах шляхом їх розшарування та ущільнення. До 8–ї доби після травми згортки крові ущільнюються, утворюючи контури майбутньої аневризми. До 10–14–ї доби навколо гематоми утворюється сполучнотканинна оболонка – незміцніла капсула аневризми. Вважають, що така капсула стає міцною до 21–ї доби після травми. У подальшому пульсуючу гематому можна вважати несправжньою аневризмою, що формується [1]. В літературі існує й інше трактування – пульсуюча гематома є ранньою ознакою травматичної аневризми [3]. Слід зауважити, що різниця поглядів на формування аневризми не впливає на погляди дослідників щодо тактики лікування пацієнтів.

Діагностика несправжньої аневризми, спричиненої пошкодженням магістральних судин, базується на аналізі даних анамнезу, клінічних ознак та інструментальних досліджень. Як правило, хворі скаржаться на біль у місці травми, наявність припухлості, при обстеженні якої виявляють чітку пульсацію ущільнення, синхронну з серцевиттям. За даними ультразвукового дослідження, ангіографії встановлюють причину уривання.

Тактика лікування несправжніх аневризм периферійних артерій чітко відпрацьована, вона передба-

чає усунення несправжньої аневризми. Авторі виходять з того, що порожнина аневризми змінює кровоток по артеріях з ламінарного на турбулентний. Це одна з причин утворення ембола. Крім того, постійно існує загроза її розриву з виникненням масивної кровотечі. Прогнозувати перебіг аневризми у майбутньому неможливо. Останнім часом погляди на методи усунення аневризм периферійних артерій значно змінилися. Частота відкритого втручання – "лігатурної" операції зменшилася до 3–5%, переважають ендovasкулярні втручання. Наводимо власне спостереження.

Хворий К., 18 років, госпіталізований до відділення хірургії судин Полтавської обласної клінічної лікарні 13.02.13 зі скаргами на періодичний біль у лівій сідничній ділянці, який поширювався на зовнішню поверхню стегна, посилювався при зміні положення у ліжку та під час ходьби.

За даними анамнезу, 12.01.13 під час спуску з гірки на санчатах впав. Відчув незначний біль у ділянці лівої сідниці. Відзначив помірну кровотечу. Звернувся до міської лікарні, де виявили рану у ділянці лівої сідниці біля міжсідничної щілини, яка кровоточила. Проведена первинна хірургічна обробка рани, видалені два осколки скла. Рана зашита, дренована, зажила первинним натягом, шви зняті на 8–му добу. У нижньому відділі свіжого рубця виявлене розходження країв рани довжиною до 1 см з серозним виділенням.

На 28–му добу після травми з'явився біль у лівій сідниці, який періодично поширювався на зовнішню поверхню стегна. В цій ділянці відзначений інфільтрат, який збільшився, став болісним при пальпації, пульсуючим. Хворий направлений у відділення хірургії судин Обласної лікарні.

Під час огляду пульс 80 за 1 хв, задовільних властивостей, АТ 16,0/10,7 кПа (120/80 мм рт. ст.). У ділянці лівої сідниці, переважно в межах внутрішніх квадрантів, виявлено припухлість. Забарвлення шкіри не змінене. При пальпації відзначений інфільтрат розмірами 22 × 18 см, щільний, нерухомий, практич-

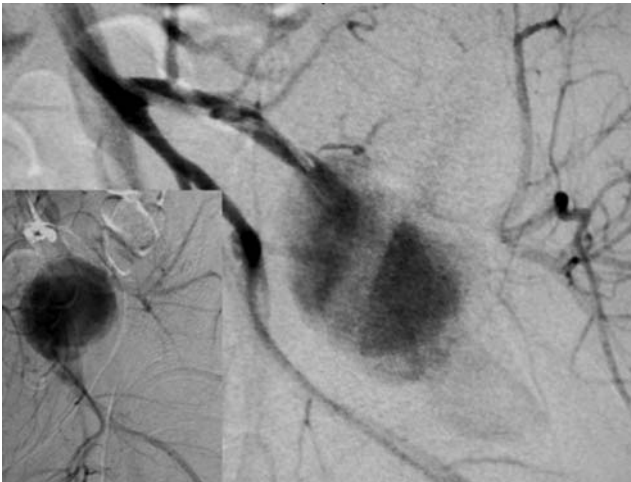


Рис. 1. Контрастна речовина заповнює порожнину несправжньої аневризми.

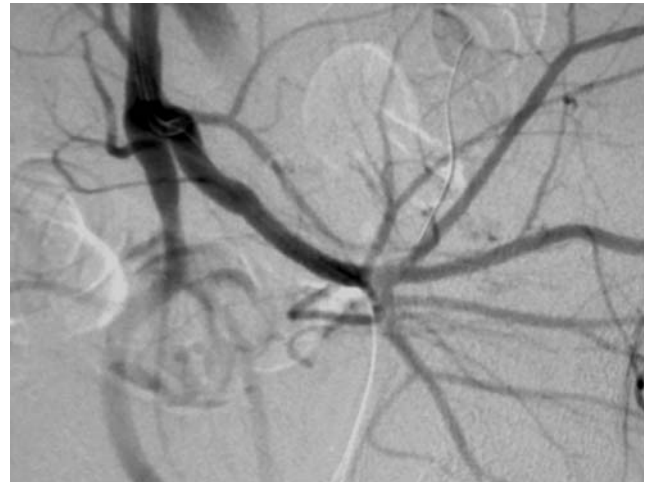


Рис. 2. Несправжня аневризма усунута, відновлена прохідність лівої верхньої сідничної артерії.

но не болючий. Виявлена пульсація інфільтрату, синхронна з серцебиттям. По міжсідничній щілині на 4 см вище відхідника поверхнева рана розмірами 3×2 см, активно гранулює, без виділень. Оглянутий проктологом, патологічні зміни не виявлені. Аналіз крові: ер. $3,3 \times 10^{12}$ в 1 л, Нв 95 г/л, л. 5×10^9 в 1 л, ШЗЕ 10 мм/год, коагулограма: фібриноген 2,89 г/л, протромбіновий індекс 80%.

Попередній діагноз: несправжня аневризма басейну лівої сідничної артерії. Проведене дуплексне ультразвукове дослідження судин ураженої ділянки, на глибині 18–60 мм у сідничній ділянці виявлена несправжня аневризма сідничної артерії розмірами $82 \times 65 \times 38$ мм з артеріальним кровотоком та пристінковими тромботичними масами. Висновок: несправжня аневризма гілки лівої сідничної артерії.

Зважаючи на глибоке розташування аневризми, деякі автори пропонують спочатку з використанням заочеревинного доступу за М. І. Пироговим перев'язати стовбур внутрішньої клубової артерії [3]. Проте, консилиум вирішив провести артеріографію цієї ділянки. Під місцевою анестезією 14.02.13 здійснена пункція правої загальної стегнової артерії. Катетер JR заведений у ліву верхню сідничну артерію, коронарний провідник Prowater flex 0,014 — у її дистальний

відділ. За даними артеріографії виявлений дефект лівої верхньої сідничної артерії з утворенням несправжньої аневризми (рис. 1).

По провіднику на місце дефекту артерії заведений та встановлений стент Igrastmaster $3,5 \times 19$. На контрольних ангіограмах порожнина несправжньої аневризми контрастною речовиною не заповнюється, ліва верхня сіднична артерія не заповнюється (рис. 2). Під час огляду пульсації інфільтрату немає.

Після операції стан хворого задовільний. За даними ультразвукового кольорового ангіосканування, у ділянці несправжньої аневризми кровоток не спостерігається. Порожнина аневризми заповнена гіпоехогенною гомогенною масою.

Пацієнт виписаний у задовільному стані 20.02.13. Запропоноване лікування наслідків гематоми за місцем проживання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Клиническая ангиология; под ред. А. В. Покровского. — М.: Медицина, 2004. — Т. 2. — 888 с.
2. Неотложная ангиохирургическая помощь / Ю. В. Новиков, М. П. Вилянский, Н. В. Проценко, В. К. Миначенко. — М.: Медицина, 1984. — 176 с.
3. Хирургия аорты и магистральных артерий / А. А. Шалимов, Н. Ф. Дрюк. — К.: Здоровья, 1989. — 384 с.

