

## ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ АРТЕРИАЛЬНЫЕ АНЕВРИЗМЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ (ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ)

*О.В.Пинчук, А.В.Образцов*

**ФГКУ «3-я ЦВКГ им. А.А.Вишневого МО РФ»  
Красногорск, Россия**

За последние 5 лет (с 2008 по 2012 г.) на лечении в Центре сосудистой хирургии 3-й ЦВКГ им. А.А.Вишневого находились на лечении 37 больных с периферическими артериальными аневризмами (ПАА) нижних конечностей. Среди них было 30 (81,1%) мужчин и 7 (18,9%) женщин в возрасте от 22 до 87 лет. Средний возраст составил  $58,8 \pm 16,4$  года. В наших отделениях сосудистой хирургии частота данной патологии традиционно невелика и составляет 0,4-0,45% от числа всех лечившихся и 0,65-0,7% среди пациентов с патологией магистральных артерий.

Истинные аневризмы подколенной и бедренных артерий были выявлены в 10 (27%) случаях, ложные аневризмы бедренно-подколенного сегмента — в 14 (37,8%) наблюдениях. Генез ложных аневризм был связан с травмой, в том числе ятрогенной, после эндопротезирования и других вмешательств на коленном суставе, рентгенконтрастных диагностик и инвазий доступом через бедренную артерию. У 13 (35,3%) больных были верифицированы аневризмы сосудистых анастомозов и реконструированных артерий бедренно-подколенного сегмента. Среди аневризм, связанных с ранее перенесенными реваскуляризирующими операциями, были и истинные, и ложные, как правило, аневризмы общей бедренной артерии дистального анастомоза после аорто-подвздошно-бедренного шунтирования.

Среди истинных ПАА наиболее часто (7, или 70%) встречались аневризмы подколенной артерии, реже — в 2 и 1 наблюдениях — соответственно аневризмы общих и поверхностной бедренных артерий. Напротив, из ложных аневризм чаще всего были отмечены аневризмы общей бедренной артерии (7, или 50%). В том числе в 6 наблю-

дениях аневризмы общей бедренной артерии сформировались как осложнение после рентгенэндоваскулярных процедур, а в 1 наблюдении — вследствие хронической травмы у наркомана. Все 4 ложные аневризмы подколенной артерии были ятрогенного генеза после эндопротезирования коленного сустава и металлоостеосинтеза бедренной кости. Аневризмы сосудистых анастомозов в подавляющем большинстве случаев (10, или 76,9%) локализовались в паховых областях.

Диагностическая программа во всех случаях начиналась с выполнения дуплексного сканирования. В ряде случаев в качестве основного диагностического метода нами использовалась магнитно-резонансная ангиография. Исчерпывающим методом диагностики являлась КТ-ангиография (с болюсным введением контрастного вещества). Данный метод позволял, помимо характеристики самой ПАА оценить особенности анатомических взаимоотношений и составить адекватный план хирургического вмешательства. К рентгенконтрастной ангиографии прибегали в случае, если после использования других неинвазивных методов диагностики оставались не до конца ясные вопросы, а также при составлении показаний к эндоваскулярному лечению.

Всего оперировано 34 (91,9%) больных. От хирургического вмешательства воздержались при бессимптомном течении в связи с малыми размерами в одном случае и тромбозом ПАА с компенсацией кровотока — в другом. Еще один пациент при наличии показаний категорически отказался от операции. Наиболее частыми вмешательствами были резекции аневризм с восстановлением артериального кровотока (протезирование, обходное шунтирование, пластика зоны повреждения) — 19 (55,9%) случаев. Эндоваскулярные вмешательства (стентирование стент-графтом через хирургический доступ или чрезкожно) были выполнены почти у каждого четвертого пациента — в 8 (23,5%) случаях. Технический успех был достигнут во всех случаях без значимых осложнений. Еще 4 (11,8%) больных перенесли иссечения аневризм без реваскуляризации и перевязку приводящих артерий. Ампутации были выполнены у 3 (8,1%) пациентов.

Среди осложнений раннего послеоперационного периода в 2 случаях развился тромбоз реконструированного сегмента и одного наружное кровотечение. Летальных исходов не было. Конечности удалось сохранить в 31 (91,2%) случае.

Несмотря на относительную редкость, ПАА нижних конечностей являются грозной патологией, представляющей реальную

угрозу существованию конечности и даже жизни больного. Успешное лечение ПАА возможно только в условиях специализированного отделения сосудистой хирургии, имеющего адекватную диагностическую базу, опыт и техническое оснащение, позволяющее выполнить оперативное вмешательство в необходимом объеме. Решение о виде и объеме хирургической коррекции должно приниматься строго индивидуально на основании полноценного инструментального обследования.