

Предисловие	6
Введение	7
Глава 1. История диагностики и лечения артериальных аневризм	9
Глава 2. Классификация артериальных аневризм	12
2.1. Вопросы патологической анатомии и патогенеза артериальных аневризм	15
2.2. Патогенез истинных аневризм	15
Глава 3. Диагностика и хирургическое лечение артериальных аневризм	20
3.1. Диагностика и хирургическое лечение аневризм брахиоцефальных артерий	20
3.2. Диагностика и хирургическое лечение аневризм артерий верхних конечностей	28
3.3. Диагностика и лечение аневризм висцеральных артерий	29
3.4. Диагностика и хирургическое лечение аневризм почечных артерий	39
3.5. Диагностика и хирургическое лечение аневризм артерий нижних конечностей	44
3.6. Диагностика и хирургическое лечение ятрогенных аневризм бедренной артерии	50
3.7. Диагностика и хирургическое лечение аневризм анастомозов	53
Глава 4. Характеристика больных с артериальными аневризмами	57
4.1. Характеристика больных с аневризмами брахиоцефальных артерий	72
4.2. Характеристика больных с аневризмами парных и непарных висцеральных ветвей аорты	72
4.3. Характеристика больных с аневризмами артерий верхних и нижних конечностей	76
Глава 5. Характеристика изменений регионарной гемодинамики у больных с артериальными аневризмами, осложненными острой ишемией	80

Глава 6. Хирургическое лечение больных с артериальными аневризмами	86
6.1. Хирургическое лечение при артериальных аневризмах в области головы и шеи	87
6.2. Хирургическое лечение при аневризмах парных и непарных висцеральных ветвей брюшной аорты	96
6.3. Хирургическое лечение при аневризмах артерий верхних и нижних конечностей	109
Глава 7. Результаты хирургического лечения больных с артериальными аневризмами	130
7.1. Ближайшие результаты хирургического лечения при аневризмах артерий головы и шеи	133
7.2. Ближайшие результаты реконструктивных операций при аневризмах парных и непарных висцеральных ветвей аорты	133
7.3. Ближайшие результаты хирургического лечения при аневризмах верхних и нижних конечностей	134
Глава 8. Восстановление регионарной гемодинамики у пациентов с артериальными аневризмами, осложненными развитием острой ишемии	135
Глава 9. Отдаленные результаты хирургического лечения больных с артериальными аневризмами	138
9.1. Летальность в отдаленном послеоперационном периоде	138
9.2. Отдаленные результаты хирургического лечения при артериальных аневризмах в области головы и шеи	141
9.3. Отдаленные результаты лечения при аневризмах парных и непарных висцеральных ветвей брюшной аорты	143
9.4. Отдаленные результаты лечения при аневризмах артерий верхних и нижних конечностей	144
Глава 10. Качество жизни пациентов с артериальными аневризмами в отдаленном периоде наблюдения	146
10.1. Оценка качества жизни пациентов с аневризмами в области головы и шеи в отдаленном периоде наблюдения	147
10.2. Оценка качества жизни пациентов с аневризмами парных и непарных висцеральных ветвей брюшной аорты	148
10.3. Оценка качества жизни пациентов с аневризмами артерий верхних и нижних конечностей	149
Пути улучшения хирургического лечения больных с артериальными аневризмами (вместо заключения)	151
Список литературы	167

6.2.2. Техника выполнения реконструктивных операций при аневризмах висцеральных артерий

Хирургические доступы к висцеральным артериям. Доступ к чревному стволу или начальному сегменту верхней брыжечной артерии осуществляется путем торакофренолюмботомии слева по седьмому межреберью аналогично описанной выше торакофренолюмботомии при аневризме левой почечной артерии.

После мобилизации прилегающего участка аорты и дистального отдела артерии проводят резекцию аневризмы с анастомозом конец в конец, если это возможно. При невозможности выполнения прямого артерио-артериального анастомоза осуществляют протезирование артерии аутовеной, синтетическим протезом из политетрафторэтилена («Гортекс» или «Экофлон») или дакроновым протезом.

Доступ к печеночной артерии при ее аневризматическом поражении выполняют путем срединной лапаротомии или косым разрезом в правом подреберье.

После отведения печени кверху определяют печеночно-двенадцатиперстную связку, между элементами которой проходят слева печеночная артерия и ее ветви, справа общий печеночный проток, между ними и кзади — воротная вена. Артерию мобилизуют проксимальнее и дистальнее аневризмы, после чего производят протезирование артерии или анастомоз конец в конец.

Доступ к селезеночной артерии осуществляют из срединной лапаротомии с мобилизацией желудка по большой кривизне.

После выделения артерии в зоне поражения выполняют ее протезирование аутовеной или синтетическим протезом.

О хорошем результате реконструктивных операций могут свидетельствовать следующие клинические наблюдения.

Больная П., 56 лет, поступила в отделение хирургии магистральных и коронарных артерий ВНЦХ АМН СССР 16.09.92 г. с жалобами на опухольвидное пульсирующее образование в правом подреберье, слабость, тупые боли в правой поясничной области. Считает себя больной в течение 3 мес, когда было выявлено это образование. При обследовании в правом подреберье пальпируется округлое плотное эластическое пульсирующее образование, незначительно болезненное, размером 9 × 8 см. При аускультации образования выслушивается систолический шум. В лабораторных показателях крови отмечается вторичная анемия. ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 72 в 1 мин, замедление атриовентрикулярной проводимости, изменения миокарда.

ЭхоКГ: пролапс митрального клапана без существенных изменений внутрисердечной и системной гемодинамики.

При рентгеноскопии органов грудной клетки патологии не выявлено: сердце расположено горизонтально, увеличение левого желу-

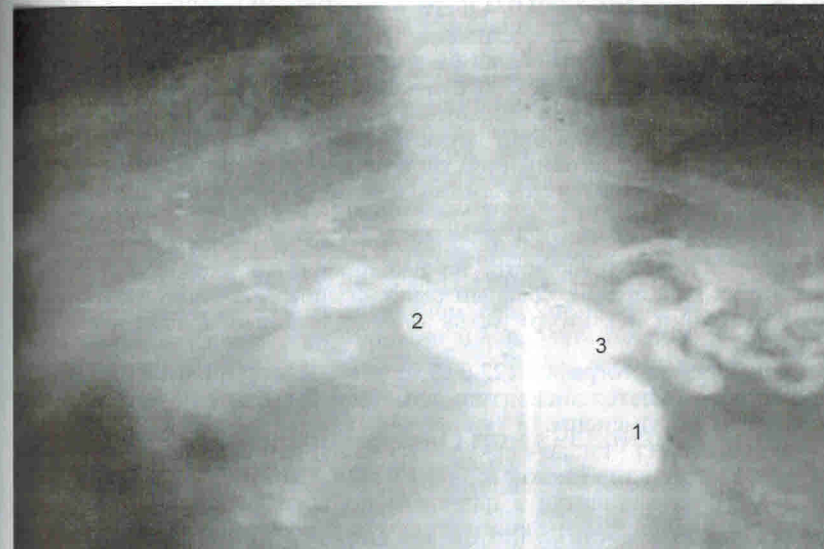


Рис. 6.17. Аневризмы чревного ствола (1), общей почечной (2) и селезеночной (3) артерий. Ангиограмма.

дочка, аорта диффузно расширена, развернута. При УЗИ органов брюшной полости выявлена аневризма чревного ствола. При брюшной аортографии (рис. 6.17) — двухкамерная аневризма чревного ствола с переходом на общую печеночную и селезеночную артерии.

23.09.92 г. выполнена резекция аневризмы чревного ствола с бифуркационным аортогепатолиенальным шунтированием лавсановым протезом.

Послеоперационный период гладкий. Швы сняты на 9-е сутки. Заживление первичным натяжением. В послеоперационном периоде проводилось лечение: гемотрансфузии, контрикал, реополиглокин, аспаркам, антибактериальная терапия. При выписке показатели крови и мочи в норме. Больная в удовлетворительном состоянии выписана домой 7.10.92 г. Рекомендовано динамическое наблюдение с контрольным осмотром не реже 1 раза в год.

Больная Д., 34 года, поступила в отделение хирургии сосудов НЦХ РАМН с клиническим диагнозом: аневризма чревного ствола, брюшная ангина.

Анамнез заболевания: пациентка считает себя больной в течение 2 лет, когда впервые отметила появление болей в эпигастральной области. При обследовании диагностирована аневризма чревного ствола. Пациентка направлена для хирургического лечения в отделение хирургии сосудов НЦХ РАМН.

При поступлении жалобы на постоянные боли в эпигастральной области, усиливающиеся через 30 мин после приема пищи. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шу-

мы не выслушиваются. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. При аускультации — в эпигастриальной области систолический шум.

При обследовании: показатели клинико-биохимических анализов крови и мочи в пределах возрастной нормы.

Рентгенография органов грудной клетки (18.09.95 г.): легочные поля прозрачные, легочный рисунок не изменен, синусы свободные.

ЭКГ (18.09.95 г.): ритм синусовый, нарушение проводимости в правой ножке пучка Гиса.

Дуплексное сканирование брюшного отдела аорты и ее ветвей (20.09.95 г.): брюшная аорта не расширена, доплеровский спектр кровотока не изменен, чревный ствол у основания диаметром 0,7 см; на расстоянии 1,2 см от устья определяется аневризма размером 1,8 × 2,2 см.

Брюшная аортография (22.09.95 г.): в области трифуркации чревного ствола имеется аневризма диаметром 2 см, другие ветви брюшной аорты не изменены.

Тест Акобанэ—Риодо—Раку (21.09.95 г.): резкое снижение показателей по меридиану тонкой кишки.

25.09.95 г. пациентке в плановом порядке выполнена операция: резекция аневризмы чревного ствола с аневризморафией. Течение ближайшего послеоперационного периода гладкое. Швы сняты на 8-е сутки. Заживление раны первичным натяжением. 05.10.95 г. больная в удовлетворительном состоянии выписана домой.

Больная К., 47 лет, переведена из урологического отделения в отделение хирургии сосудов ВНИИКиЭХ 09.06.78 г. с подозрением на аневризму брюшного отдела аорты. Пациентка длительное время

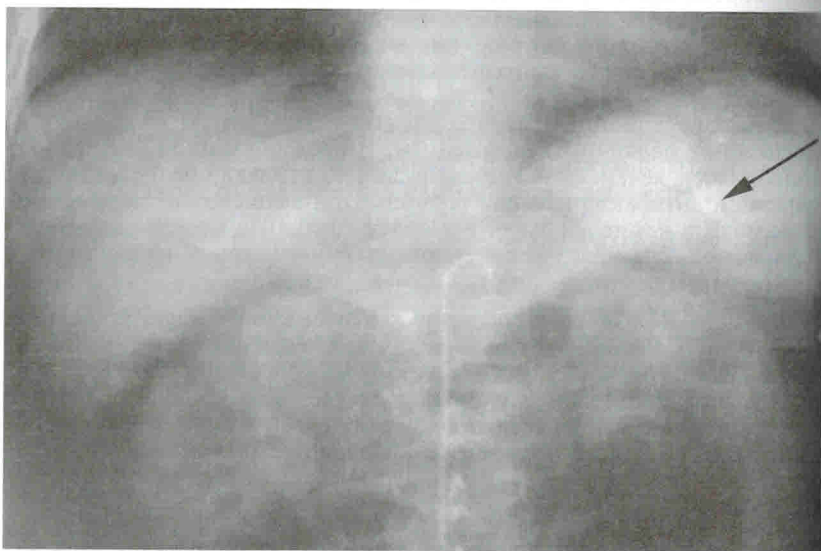


Рис. 6.18. Аневризма селезеночной артерии (обозначена стрелкой). Ангиограмма.

страдает почечно-каменной болезнью. В 1960 г. оперирована по поводу спаечной тонкокишечной непроходимости, в 1964 г. была выполнена операция — удаление камня левой почки, а в 1976 г. — по поводу эндометриоза. При очередном осмотре и обследовании в больнице Калуги была выявлена дополнительная тень около аорты. С подозрением на аневризму аорты больная была переведена для дальнейшего лечения во ВНИИКиЭХ. Диагноз был установлен ангиографически. После селективной ангиографии селезеночной артерии выявлена аневризма артерии размером 4 × 3 см (рис. 6.18).

22.06.78 г. выполнена резекция аневризмы селезеночной артерии с анастомозом конец в конец. Послеоперационный период без осложнений. АД колебалось в пределах 130/80—160/90 мм рт. ст. Больная выписана в удовлетворительном состоянии 04.07.78 г. под наблюдение хирурга, а также уролога и терапевта по поводу хронического пиелонефрита.

6.3. Хирургическое лечение при аневризмах артерий верхних и нижних конечностей

Чаще всего при аневризмах артерий нижних конечностей выполняли реконструктивные операции — у 105 пациентов. У 6 больных применяли лигирование артерии или РЭО артерии, а 10 больным хирургическое лечение не проводили. При выполнении реконструктивных операций предпочтение отдавали оперативным вмешательствам по типу резекции аневризмы с протезированием пораженной артерии или обходного шунтирования с использованием синтетического протеза или аутовены (72 пациента) (рис. 6.19—6.21). Сочетанное повреждение вен у пациентов с посттравматическими аневризмами артерий нижних конечностей потребовало выполнения реконструктивных операций на этих структурах. Сочетанная операция на вене была выполнена 13 (12,4 %) пациентам с аневризмами артерий нижних конечностей.

Пациентам с аневризмами артерий верхних конечностей в основном выполняли реконструктивные операции как наиболее

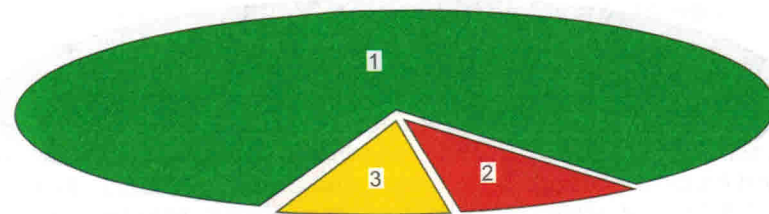


Рис. 6.19. Методы лечения больных с аневризмами артерий нижних конечностей.

1 — реконструктивные операции (86,8 %); 2 — лигирующие операции или РЭО (4,9 %); 3 — без реконструкции (8,3 %).

лее предпочтительные в плане восстановления кровотока в конечности — у 34 пациентов. Операции с выключением из кровотока пораженной артерии выполнены только 2 больным, из них одному больному сделана лигирующая операция,

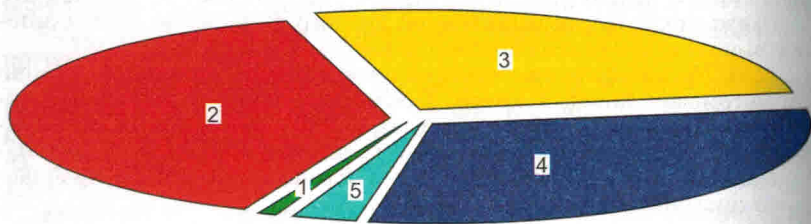


Рис. 6.20. Виды реконструктивных операций, выполненных у пациентов с аневризмами артерий нижних конечностей.

1 — резекция аневризмы с анастомозом конец в конец или конец в бок (1 %); 2 — резекция аневризмы с протезированием артерии (39 %); 3 — шунтирование артерии (27 %); 4 — резекция аневризмы с боковым швом артерии (30 %); 5 — резекция аневризмы с пластикой артерии заплатой (3 %).

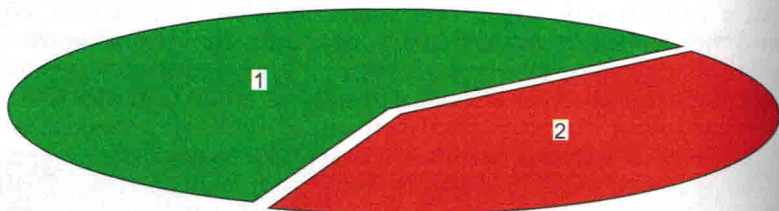


Рис. 6.21. Частота использования различного пластического материала при реконструктивных операциях у пациентов с аневризмами артерий нижних конечностей.

1 — синтетический материал (58 %); 2 — аутовена (42 %).

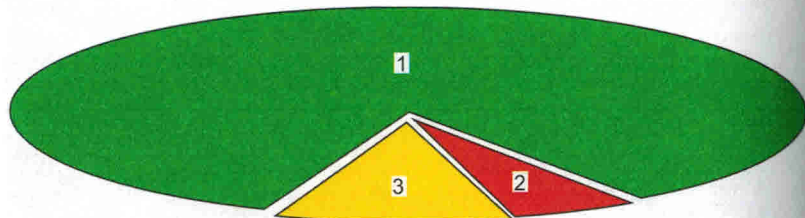


Рис. 6.22. Методы лечения больных с аневризмами артерий верхних конечностей.

1 — реконструктивные операции (85 %); 2 — лигирующие операции или РЭО (5 %); 3 — без реконструкции (10 %).

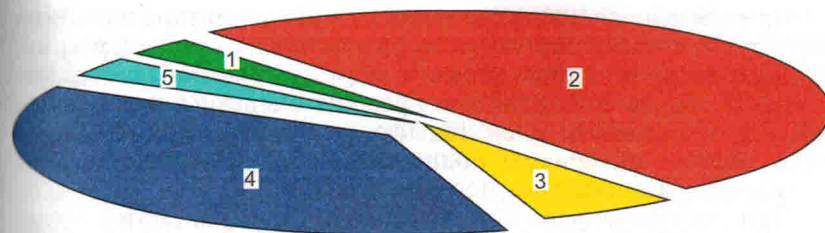


Рис. 6.23. Реконструктивные операции, выполненные у пациентов с аневризмами артерий верхних конечностей.

1 — резекция аневризмы с анастомозом конец в конец или конец в бок (2,9 %); 2 — резекция аневризмы с протезированием артерии (50 %); 3 — шунтирование артерии (6 %); 4 — резекция аневризмы с боковым швом артерии (38,2 %); 5 — резекция аневризмы с пластикой артерии заплатой (2,9 %).

а другому — РЭО артерии; 4 больным хирургическое лечение не проводили (рис. 6.22). При реконструктивных операциях предпочтение отдавали выполнению резекции аневризмы с протезированием — у 17 больных и с наложением бокового шва — у 13. Другие виды реконструктивных вмешательств использовали крайне редко (рис. 6.23). При выполнении протезирования и шунтирования артерий, а также при пластике артерии заплатой в качестве пластического материала в большинстве случаев — у 19 (95 %) пациентов из 20 использовали аутовену.

6.3.1. Реконструктивные операции при аневризмах артерий верхних и нижних конечностей

Хирургический доступ к общей или наружной подвздошной артерии. Параректальный доступ используют для подхода к терминальному отделу аорты и подвздошным артериям. Недостатком этого доступа является необходимость пересекать межреберные нервы, что в дальнейшем может приводить к атрофии прямой мышцы живота и развитию вентральной грыжи.

Положение больного. Больного укладывают на спину с валиком под поясничную область.

Разрез кожи проводят по проекции латерального края прямой мышцы живота от реберной дуги вниз, не доходя 3 см до паховой складки. Обнажив край фасциального влагалища прямой мышцы живота, рассекают апоневроз и доходят до брюшины. Затем тупым путем отслаивают брюшину от фасции и мышц и последние отводят медиально.

В рану со стороны брюшины помещают пеленку и отводят брюшину с помощью двух широких крючков медиально.

При доступе слева в ране визуализируют терминальный отдел аорты и левые общую и наружную подвздошные артерии, а также расположенный рядом с аортой мочеточник, пересекающий общую подвздошную артерию спереди в месте отхождения от нее внутренней подвздошной артерии. Затем выделяют область аневризмы подвздошной артерии и зоны проксимальнее и дистальнее поражения.

При доступе справа ближе к хирургу располагаются мочеточник и нижняя полая вена, медиальнее аорта с отходящей от нее общей подвздошной артерией.

При аневризме наружной подвздошной артерии выполняют также внебрюшинный доступ по Пирогову параллельно паховой связке. При этом доступе делают кожный разрез длиной около 15 см на 4 см выше передней верхней ости подвздошной кости параллельно паховой складке. Рассекают кожу, подкожную клетчатку с поверхностной фасцией, обнажают и рассекают по ходу волокон апоневроз наружной косой мышцы живота, края его разводят крючками. С помощью тупферов раздвигают сначала по ходу волокон внутреннюю косую мышцу живота, а затем поперечную мышцу живота. Обнажают и рассекают поперечную фасцию живота с подлежащей предбрюшинной клетчаткой. Затем отводят брюшину медиально — до хорошей визуализации наружной подвздошной артерии в зоне поражения.

Для реконструкции общей или наружной подвздошной артерии проксимальный и дистальный отделы артерии берут на держалки, затем накладывают зажимы и выполняют резекцию аневризмы с последующим ее протезированием синтетическим протезом.

Хирургический доступ к бедренной артерии. Доступ при поражении поверхностной бедренной артерии выполняют аналогичным методом по линии, соединяющей середину расстояния между передней верхней остью подвздошной кости и лонным сочленением и медиальным мышелком бедра в нижней трети бедра. При аневризме небольших размеров (проксимальнее паховой складки) используют стандартный доступ к бедренной артерии. Разрез выполняют по линии, соединяющей середину расстояния между верхней передней остью подвздошной кости и лобковым сочленением в направлении медиального мышелка подвздошной кости. Разрез начинают на 1—2 см выше паховой складки и продолжают вниз на 10—12 см. Огибая лимфатические узлы, доходят до решетчатой фасции бедра, где отводят в сторону кожные нервы и большую подкожную вену, расположенную медиально. Лимфатические узлы во избежание послеоперационной лимфореи лигируют. Пальпаторно определяют пульсацию бедренной артерии и зону аневризмы. Над этой зоной сначала проксимально, а затем дистально рассекают фасцию бедра и выделяют

бедренную артерию. После взятия артерии на держалки проксимальнее и дистальнее аневризмы производят выделение аневризмы и последующую ее резекцию с протезированием синтетическим линейным или бифуркационным протезом.

Примерами успешно выполненных операций служат следующие клинические наблюдения.

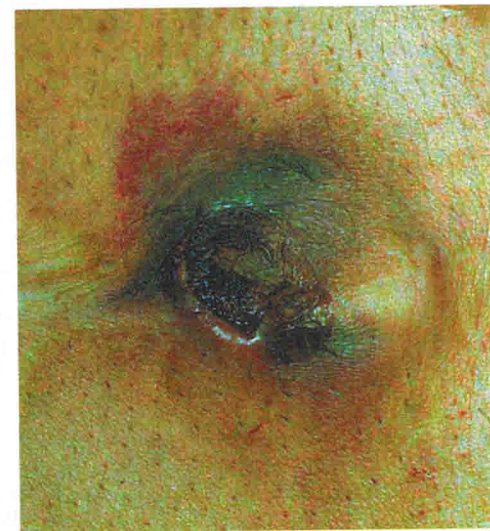
Пациент Г., 63 года, поступил в отделение хирургии сосудов РНЦХ РАМН с жалобами на болезненное пульсирующее образование в левой паховой области, наличие кровянистого отделяемого из раны в этой области.

При осмотре: в левой паховой области имеется послеоперационная линейная рана длиной около 8—10 см, туго тампонируемая. Тампон обильно пропитан свежей кровью. Из анамнеза: считает себя больным с весны 2001 г., когда отметил появление болей в обеих нижних конечностях при прохождении расстояния до 200 м. Осенью 2001 г. по месту жительства выполнено бифуркационное аортобедренное шунтирование (г. Ереван). В январе 2002 г. обратил внимание на появление опухолевидного пульсирующего выпячивания в левой паховой области. В июне 2003 г. по поводу ventральной грыжи выполнена пластика передней брюшной стенки. При осмотре ангиохирургом был установлен диагноз: ложная аневризма в области дистального анастомоза слева. 28.11.03 г. обратился в поликлинику РНЦХ РАМН. На амбулаторном приеме в РНЦХ РАМН во время проведения УЗДС произошел разрыв ложной аневризмы с одномоментной потерей крови до 1,5 л (рис. 6.24). В связи с этим был госпитализирован и доставлен в операционную в экстренном порядке.

УЗДС (рис. 6.25): в проекции левой общей бедренной артерии визуализируется образование размером 1,8 × 2,1 см, расположенное под кожей, неправильной формы, без капсулы, гипоехогенной плотности; толщина стенок образования 7—8 мм. В режиме ЦДК образование полностью «прокрашивается», связано с просветом общей бедренной артерии (соустье диаметром около 1 см). Поверхностная бедренная артерия проходима, стенки диффузно изменены, стеноз просвета по ходу до 50 %, кровоток магистрально-измененного типа.

Диагноз: разорвавшаяся ложная аневризма дистального анастомоза аортобедренного протеза слева.

Рис. 6.24. Разорвавшаяся аневризма общей бедренной артерии (внешний вид).



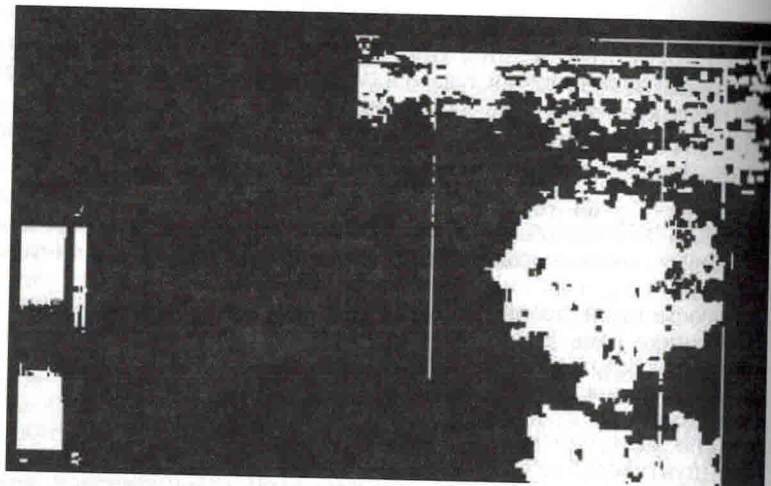
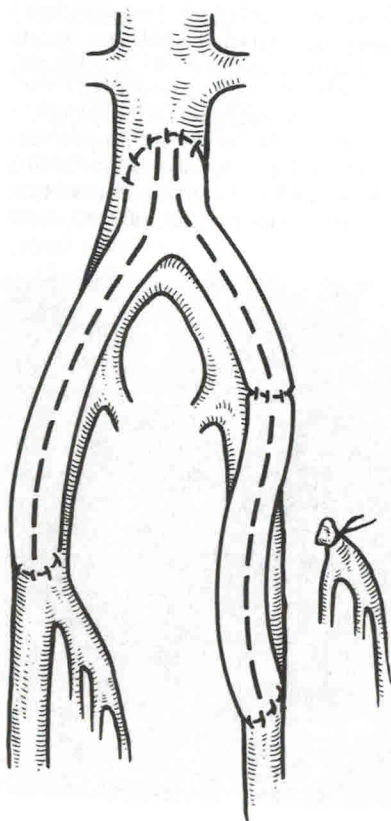


Рис. 6.25. Аневризма левой общей бедренной артерии. УЗДС.



28.11.03 г. в экстренном порядке выполнена операция: резекция и лигирование ложной аневризмы, протезоповерхностно-бедренное экстраанатомическое шунтирование слева (рис. 6.26). Операцию начали с прижатия в асептических условиях кровотока свища в левой бедренной области. Затем из косоподольного разреза в левой подвздошной области лапаротомно выполнили доступ к левой ветви бифуркационного аортобедренного протеза. После системной гепаринизации (5000 ЕД гепарина) пережали и пересекли левую ветвь. Из проксимального отрезка левой ветви выполнили закрытую тромбэктомию. После удаления тромбов восстановлен адекватный антеградный кровоток. Выполнили проксимальный анастомоз по типу конец в конец между ветвями протеза и

Рис. 6.26. Резекция разорвавшейся аневризмы общей бедренной артерии.

линейным протезом «Экофлон» диаметром 8 мм. Вторым этапом осуществили доступ к поверхностной бедренной артерии на границе верхней и средней трети бедра. После выполнения тромбэктомии из поверхностной бедренной артерии и получения адекватного ретроградного кровотока наложили дистальный анастомоз по типу конец в бок между синтетическим протезом и поверхностной бедренной артерией (рис. 6.27, а, б). После восстановления кровотока отмечалась отчетливая пульсация синтетического протеза и артерии. Выполнены гемостаз, дренирование и послойное ушивание операционных ран. Третьим этапом после иссечения наружного свища осуществлен доступ к ложной аневризме. Стенки ложной аневризмы частично иссечены. Резиевой установлено: в области дистального анастомоза имеется дефект ($2/3$ окружности). Устья поверхностной бедренной артерии, глубокой артерии бедра и зона дистального анастомоза прошиты. Выполнены гемостаз, санация и дренирование операционной раны. Послойное ушивание операционной раны проведено наглухо. Наложена асептическая повязка.

Ближайший послеоперационный период протекал без осложнений. При контрольном дуплексном сканировании (30.11.03 г.): протезобедренный шунт слева проходим, кровоток магистрально-измененного типа; поверхностная бедренная артерия проходима, кровоток магистрально-измененного типа (рис. 6.28).

Заживление послеоперационных ран первичным натяжением. Швы сняты на 12-е сутки после операции. Больной в удовлетворительном состоянии выписан домой.

Больной К., 58 лет, поступил в отделение хирургии сосудов РНЦХ РАМН 3.05.05 г. с жалобами на боли в икроножных мышцах обеих нижних конечностей, больше слева, при прохождении расстояния около 150–200 м, чувство онемения, похолодания обеих стоп.

Анамнез заболевания: считает себя больным в течение 1 года, когда в июне 2004 г. внезапно почувствовал резкую боль в области икроножных мышц правой нижней конечности при ходьбе. Лечился консервативно по месту жительства и в больнице г. Владикавказа с незначительным клиническим эффектом. Заболевание прогрессировало. В марте 2005 г. ощутил резкую боль в голени и стопе левой нижней конечности. Проведены обследование, в том числе ангиография по Сельдингеру справа, и консервативное лечение. Поступил для обследования и решения вопроса о тактике лечения.

Осмотр: в правой паховой области визуализируется объемное округлое пульсирующее образование диаметром около 5 см, при пальпации слабоболезненное. Дуплексное сканирование (05.05.05 г.): в паховой области справа лоцируется тромбированная ложная аневризма общей бедренной артерии размером 5 × 1,8 см (рис. 6.29).

Данные ангиографии: подвздошные артерии без признаков гемодинамически значимых стенозов. Слева поверхностная бедренная артерия стенозирована в нижней трети до 50 %, дистальнее окклюзирована. Подколенная артерия заполняется выше щели коленного сустава, тibiальные артерии проходимы. Справа поверхностная бедренная артерия стенозирована в верхней трети бедра до 50 %, подколенная артерия окклюзирована. Артерии голени диффузно изменены.

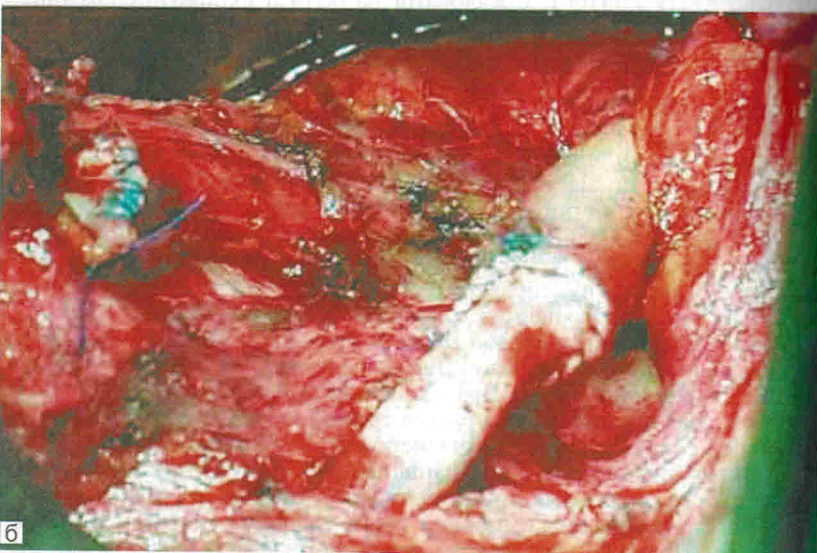
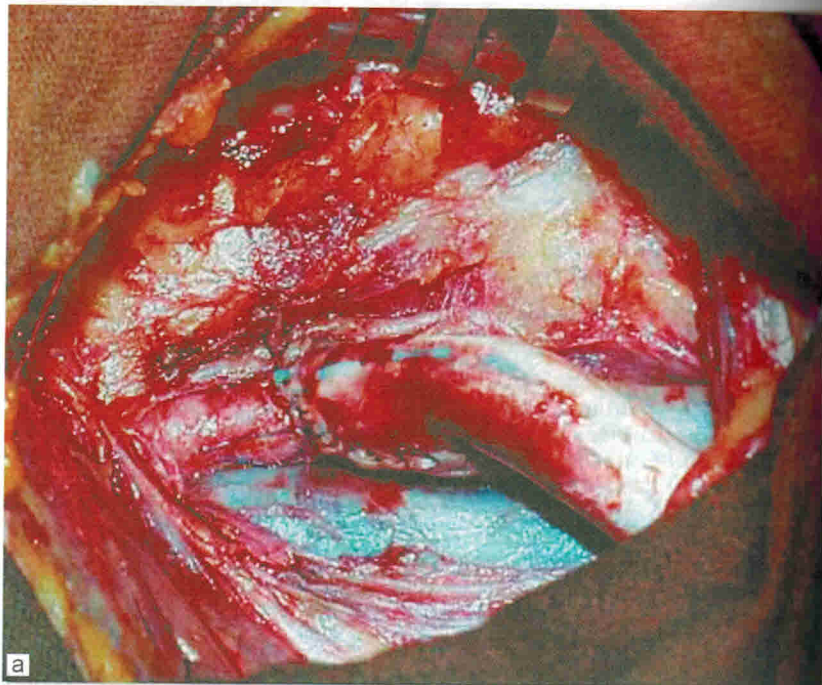


Рис. 6.27. Операция обходного экстраанатомического шунтирования при разорвавшейся аневризме общей бедренной артерии (интраоперационно).

а — проксимальный анастомоз; б — дистальный анастомоз.

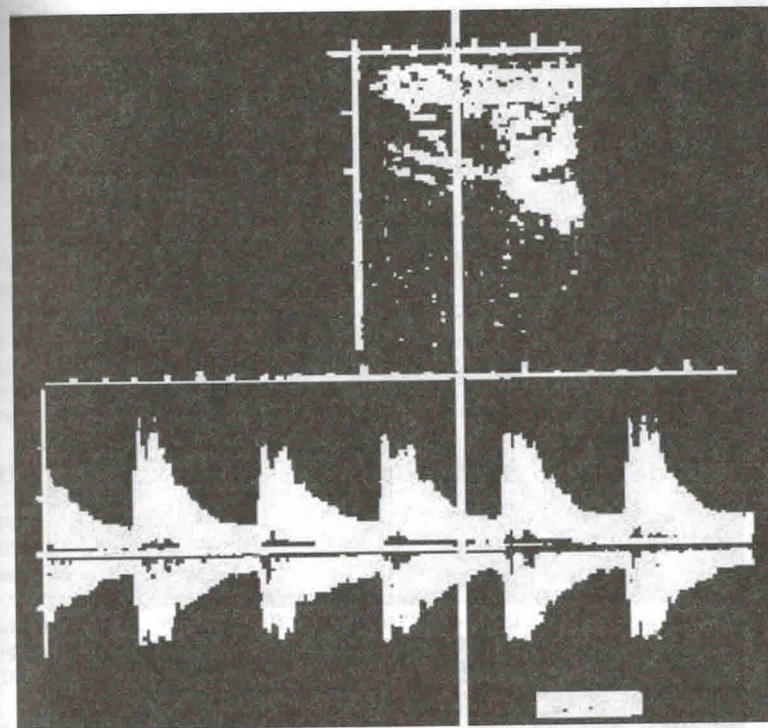


Рис. 6.28. Контрольная дуплексная сканограмма после операции обходного экстраанатомического шунтирования при разорвавшейся аневризме общей бедренной артерии.

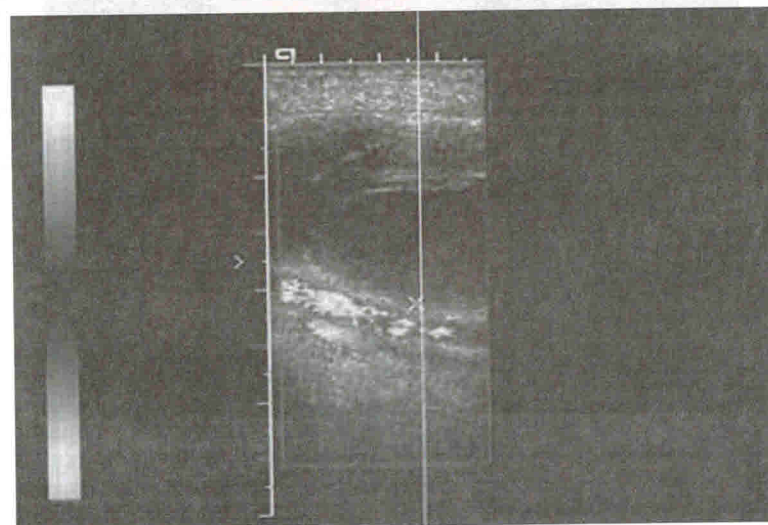


Рис. 6.29. Ложная аневризма общей бедренной артерии. УЗДС.

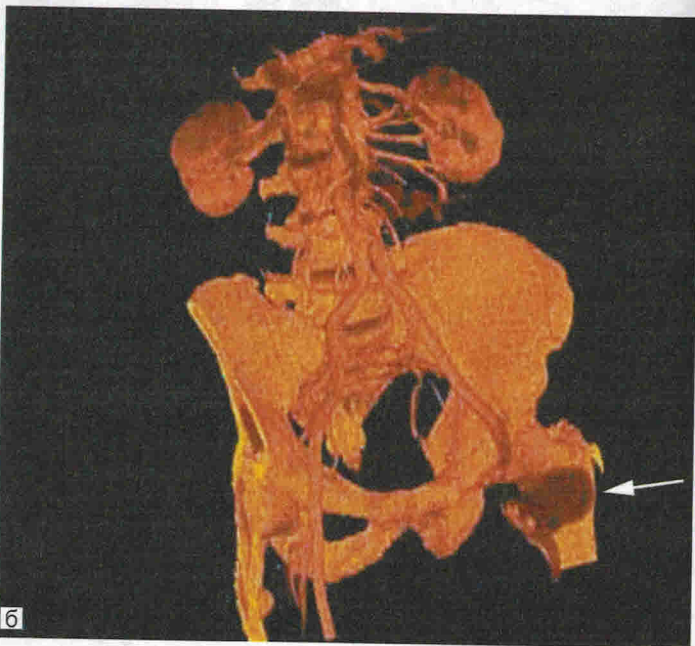
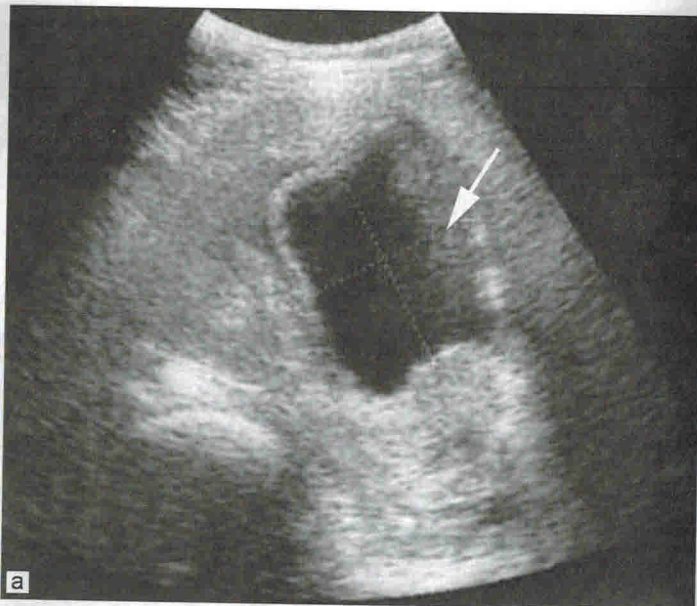


Рис. 6.30. Аневризма левой общей бедренной артерии.
а — ультразвуковая дуплексная сканограмма; б — спиральная КТ. Локализация аневризмы обозначена стрелками.

Спиральная КТ: в области общей бедренной артерии визуализируется частично тромбированная аневризма размером $5,2 \times 1,9$ см (см. рис. 4.9).

24.05.05 г. пациенту выполнена операция — аневризморафия правой общей бедренной артерии. Ближайший послеоперационный период без осложнений. Заживление операционной раны первичным натяжением. Швы сняты в срок. Больной в удовлетворительном состоянии выписан домой под наблюдение хирурга по месту жительства.

Больной Б., 56 лет, поступил в отделение хирургии сосудов РНЦХ РАМН 27.09.05 г. с жалобами на болезненное пульсирующее образование в левой паховой области.

Анамнез заболевания: в ноябре 1992 г. по поводу первичного инфекционного эндокардита с аортальной недостаточностью пациенту выполнено протезирование аортального клапана. Через несколько месяцев после операции отметил появление в левой паховой области постепенно увеличивающееся пульсирующее образование.

Осмотр: в левой паховой области визуализируется объемное округлое пульсирующее образование диаметром около 10 см.

УЗДС: слева в проекции общей бедренной артерии визуализируется образование размером 7×8 см с наличием пристеночных тромбомасс, просвет внутренний — 4 см, поверхностной бедренной артерии — 0,9 см, глубокой артерии бедра — 0,4 см; подколенные артерии проходимы (рис. 6.30, а). Спиральная КТ (3.10.05 г.): аневризма левой общей бедренной артерии диаметром около 9 см с пристеночным тромбозом (рис. 6.30, б).

5.10.05 г. выполнены резекция аневризмы общей бедренной артерии и подвздошно-бедренное шунтирование протезом «Экофлон» слева (рис. 6.31, а, б).

Ближайший послеоперационный период без осложнений. Заживление операционной раны первичным натяжением. Швы сняты в срок. Пациент в удовлетворительном состоянии выписан домой под наблюдение хирурга по месту жительства.

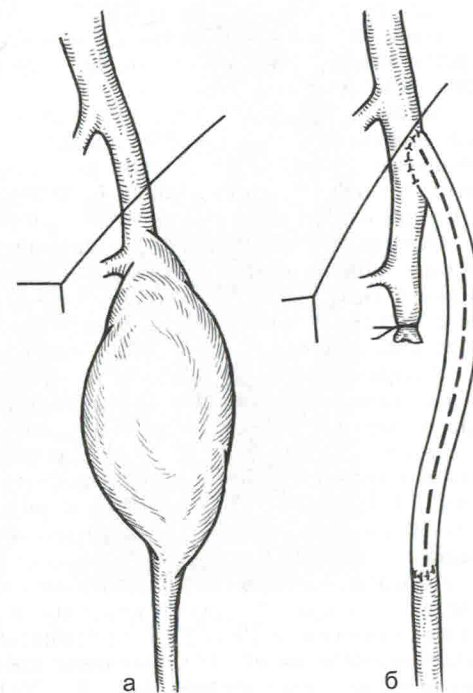


Рис. 6.31. Резекция аневризмы левой общей бедренной артерии с протезированием синтетическим протезом.

а — до реконструкции; б — после реконструкции.