

Аневризма глибокої стегнової артерії чи пухлина м'яких тканин?



**В. М. Роговський¹, Б. М. Коваль²,
Ю. В. Нагалюк², К. В. Криничка³**

¹ Національний військово-медичний клінічний центр «Головний
військовий клінічний госпіталь» МО України, Київ

² Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

³ КЗ «Вишгородська центральна районна лікарня»

Посттравматичні аневризми найчастіше серед аневризм стегнової артерії. Більшість аневризм стегнової артерії симптомні, в інших випадках — мало- або безсимптомні, що ускладнює діагностичний процес через «мімікрію» з пухлинами м'яких тканин. Враховуючи, що, за статистикою, приблизно половину хворих з аневризмами периферичних артерій госпіталізують у стаціонар у стадії ускладнень, під час їх лікування застосовують активну хірургічну тактику через велику небезпеку розвитку ускладнень (розрив, тромбоз, емболізація). Описано клінічний випадок діагностики та хірургічного лікування хибної аневризми глибокої стегнової артерії нижньої кінцівки.

Ключові слова: аневризма, хибна аневризма, посттравматична аневризма, глибока стегнова артерія.

Аневризма периферичної артерії (АПА) — це локальне збільшення діаметра артерії більше ніж на 50 % порівняно з її прилеглою незміненою ділянкою [3, 5].

За даними літератури, у 1970—1980-х роках частота АПА становила 3,4—4,6 %. Проте останнім часом спостерігається тенденція до збільшення їх кількості до 5,8—6,7 % [3].

Аневризми стегнових артерій, на думку деяких авторів, становлять близько 20—30 % від АПА і 3—7 % серед аневризм усіх локалізацій. Вони посідають друге місце серед аневризм нижніх кінцівок після аневризми підколінної артерії і більше ніж у 50 % випадків бувають білатеральними [3, 4]. Аневризми загальної стегнової артерії наявні у 5,67 % хворих, аневризми поверхневої стегнової артерії — у 12,76 %, глибокої стегнової артерії — у 11,35 %, підколінної артерії — у 11,35 %, передньої

і задньої великогомілкових артерій — у 0,7 і 3,55 % хворих відповідно [3].

До найчастіших набутих етіологічних чинників периферичних аневризм належать: дегенеративні (атеросклеротичні); диспластичні; запальні (вторинно-інфекційні, мікотичні); постстенотичні; посттравматичні (хибні або псевдоаневризми) [2, 3, 7].

Посттравматичні аневризми найчастіше серед аневризм стегнової артерії, їх частка становить 48,9—68,7 %. Причинами розвитку хибних аневризм частіше стають колото-різані рани судин (64 %), інвазивні ендovasкулярні втручання (13 %), тупі травми (20 %) та вогнепальні поранення (3 %) [1, 3].

Клінічне спостереження

Хворий Л., 72 роки, госпіталізований у клініку судинної хірургії Національного військово-медичного клінічного центру (НВМКЦ) МО України 2 квітня 2014 р. зі скаргами на утворення по передньо-медіальній поверхні верхньо-середньої третини правого стегна, яке поступово збільшувалося, не супроводжувалося болем у стані спокою, рухах та під час пальпації. Встановлено попередній діагноз: хибна аневризма стегнової артерії справа? гематома стегна? нео м'яких тканин правого стегна?

Стаття надійшла до редакції 26 жовтня 2016 р.

Роговський Володимир Михайлович,
начальник клініки судинної хірургії
01133, м. Київ, вул. Госпітальна, 18
Тел./факс (44) 521-84-62. E-mail: rvm2004kr@mail.ru

© В. М. Роговський, Б. М. Коваль, Ю. В. Нагалюк, К. В. Криничка, 2016

З анамнезу захворювання відомо, що пацієнт вважає себе хворим з вересня 2013 р., коли вперше помітив щільне безболісне утворення по передній поверхні у верхньо-середній третині правого стегна під час виконання побутових робіт (рубав дрова). У зв'язку зі збереженням скарг у жовтні 2014 р. перебував у травматологічному відділенні НВМКЦ, де отримував консервативне лікування з приводу застарілого розриву довгого привідного м'яза правого стегна, осифікаційної гематоми медіальної поверхні верхньої третини лівого стегна. У подальшому, з грудня 2013 р. помітив поступове збільшення розмірів правого стегна, котре не супроводжувалося іншими скаргами.

Через прогресування захворювання за пацієнтом спостерігав хірург за місцем мешкання, було заплановане дообстеження з приводу утворення правого стегна та оперативне втручання, яке відтермінували у зв'язку з потребою протезування аортального та пластики мітрального клапанів.

У подальшому через збільшення утворення на правому стегні хворий звернувся по допомогу в клініку судинної хірургії НВМКЦ.

Об'єктивно: при госпіталізації привертала увагу асиметрія правої нижньої кінцівки за рахунок збільшення її в діаметрі (рис. 1) у верхній і середній третині (+14 та +9 відповідно), під час пальпації визначали щільно-еластичне пухлиноподібне утворення передньо-медіальної верхньо-середньої ділянки правого стегна, не болюче при пальпації, без відчуття пульсації утворення (відсутні типові ознаки периферичних аневризм); під час аускультатії систолічний шум над магістральними судина-



Рис. 1. Хворий Л. Асиметрія правого стегна за рахунок пухлиноподібного випинання передньо-медіальної верхньо-середньої ділянки правого стегна

ми не вислуховували; ознак лімфо-венозної або артеріальної недостатності не спостерігали; ознак аневризматично розширених судин інших локалізацій не було.

З метою диференційної діагностики (зокрема заперечення пухлинного генезу утворення) та встановлення клінічного діагнозу здійснили низку інструментальних обстежень, серед них ультразвукове дослідження (УЗД) м'яких тканин правого стегна, ультразвукову доплерографію (УЗДГ) артерій і вен правої нижньої кінцівки, спіральну комп'ютерну томографію (СКТ) правого стегна, ангіографію артерій правої нижньої кінцівки.

За результатами УЗД м'яких тканин правого стегна виявлено розрив медіальної групи м'язів, візуалізована велика гематома у верхній третині правого стегна.

Під час УЗДГ магістральних судин правої нижньої кінцівки отримано такі дані: загальна стегнова артерія (ЗСА) прохідна, поверхнева стегнова артерія (ПСА) прохідна, огинає хибну аневризму глибокої стегнової артерії (ГСА) розмірами $17 \times 13 \times 8$ см (розміри порожнини $6 \times 6 \times 3$ см), діаметр ГСА — 0,5 см, плин крові не порушений, ознак тромбозу магістральних вен не виявлено.

СКТ (рис. 2) правого стегна показала, що характер виявлених змін у м'яких тканинах може відповідати новоутворенню: у м'яких тканинах верхньої й середньої третини правого стегна по передньо-внутрішній поверхні візуалізується об'ємне патологічне утворення розмірами $137,0 \times 134,0 \times 95,6$ мм, гетерогенної щільності від 20 до 50 од., неоднорідної структури за рахунок ділянок петрифікації, переважно в периферичних відділах, з витонченням і узурацією зовнішньої кортикальної пластинки правої стегнової кістки на рівні утворення. Вогнищ патологічної щільності в кістках таза (на досліджуваних рівнях), голівках і шийках стегнових кісток не визначали. З отриманих даних дійшли висновку, що характер виявлених змін у м'яких тканинах правого стегна може відповідати новоутворенню, водночас не заперечується й інша можливість.

За результатами селективної ангіографії артерій правої нижньої кінцівки виявлено дефект ГСА, через який заповнюється аневризма діаметром 8–9 см, що зміщує медіально ПСА; магістральні артерії кінцівки прохідні (рис. 3).

Здійснено скринінгову діагностику супутніх захворювань, онкоскринінг з метою заперечення метастатичного ураження органів та систем, у результаті чого зв'язок з можливим онкопроцесом не підтверджено. Передопераційну біопсію утворення не проводили.

Після обстеження встановлено клінічний діагноз: несправжня аневризма глибокої стегнової артерії праворуч; нео м'яких тканин правого стегна? Ішемічна хвороба серця: післяінфарктний (2011) кардіосклероз; первинний інфекційний



Рис. 2. СКТ правого стегна: об'ємне патологічне утворення передньо-внутрішньої поверхні з ділянками петрифікації (стрілки)

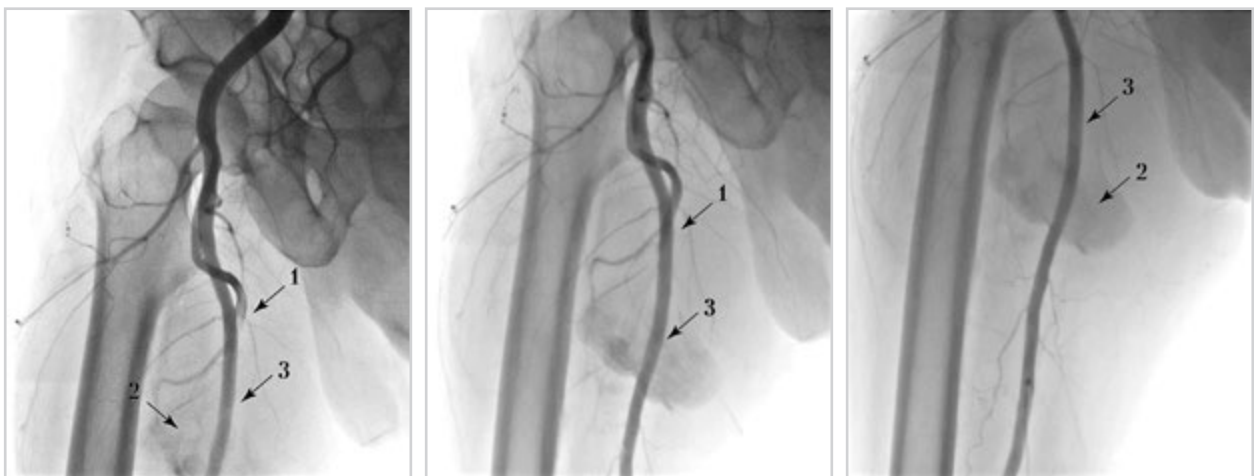


Рис. 3. Селективна артеріографія правої нижньої кінцівки. Глибока стегнова артерія (1), через яку заповнюється порожнина аневризми (2), що зміщує медіально поверхневу стегнову артерію (3)

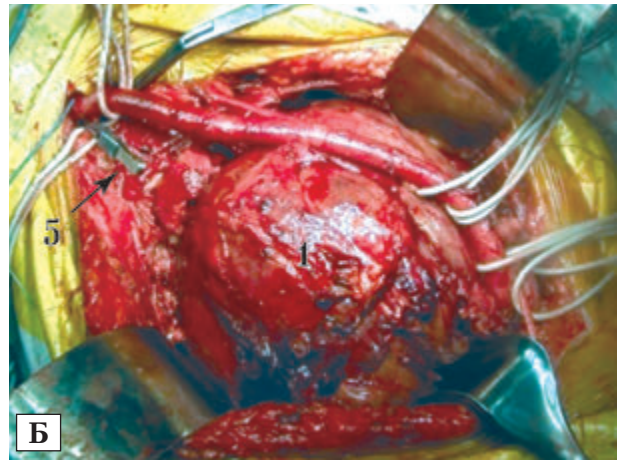
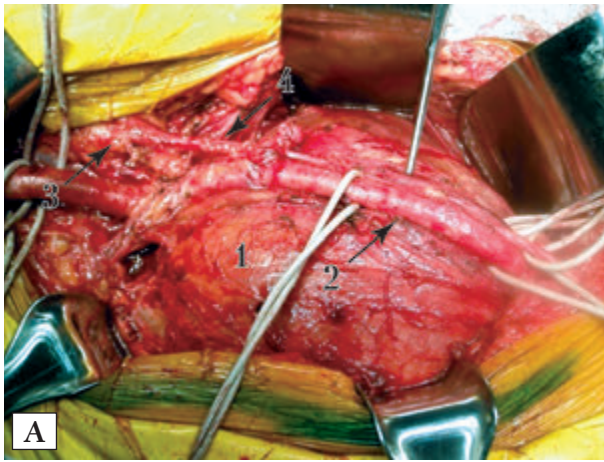


Рис. 4. Інтраопераційне фото. Етап виділення хвиної аневризми (1) глибокої стегнової артерії. А — візуалізується хвиба аневризма та відтиснуті медіально поверхнева стегнова артерія (2), стегнова (3) та велика підшкірні вени (4). Б — затискачем перетиснута глибока стегнова артерія (5), яка кровопостачає аневризму, перед її розкриттям



Рис. 5. Інтраопераційне фото. Етап розкриття аневризматичного мішка



Рис. 6. Макропрепарат: вміст аневризматичного мішка

ендокардит, стан після протезування аортального і пластики мітрального клапана (03.02.2014).

Прийнято рішення про підготовку хворого до оперативного лікування: ревізії артерій та вен правого стегна, аневризмектомії правої ГСА з обов'язковою гістологічною експрес-діагностикою тканин утворення (аневризматичного мішка) з метою заперечення пухлинного процесу.

Під спинномозковою анестезією через повздожний доступ у верхньо-середній третині передньої поверхні стегна справа довжиною 27 см виділили судинний пучок, виконали ревізію стегнових артерій та вени, виявивши, що вони щільно спаяні з передньою стінкою аневризматичного мішка, відпрепарували їх від його стінки і взяли на трималки ПСА та дві гілки ГСА; артерії м'які, пульсація задовільних властивостей, вени з ознаками вираженої екстравазальної компресії (рис. 4).

Виявлено велику аневризму (24 × 15 см) з мішкоподібними відгалуженнями в латеральному та медіальному напрямках з ознаками хронічного розриву (рис. 5). У стінку аневризми втягнуті гілки стегнового нерва, у процесі виділення їх висікли.

Після перетискання ГСА розсічена передня стінка мішка протяжністю 10 см. З порожнини аневризми видалено до 500 г тромботичних мас. Виявлений дефект ГСА ушили ниткою пролен 5/0.

Виконали ревізію аневризматичного мішка, по задній стінці якого був кальциноз. Частково висікли його стінки (рис. 6).

За результатом експрес-біопсії утворення ознак пухлини стегна не виявили, тканини представлені грубоволокнистою, частково гіалінізованою, виражено васкуляризованою тканиною з ознаками ліпоїдозу та петрифікації, внутрішній шар представлений тромботичними масами.

Після відновлення кровообігу в ГСА шви на дефекті ГСА герметичні (рис. 7). Визначається

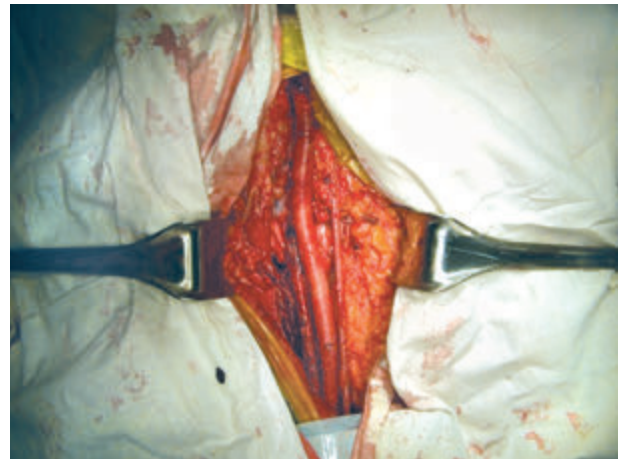
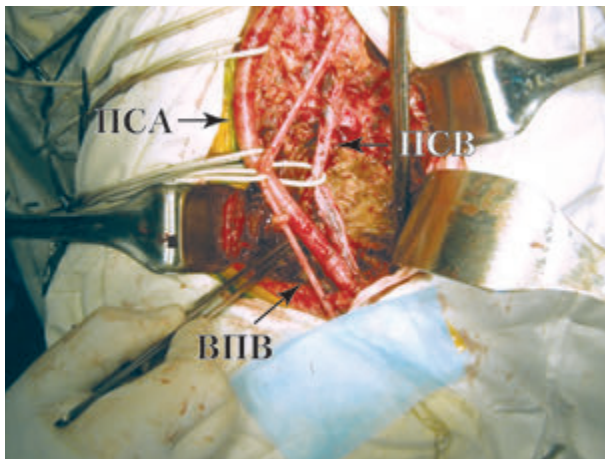


Рис. 7. Інтраопераційне фото. Післяопераційна рана після аневрисктомії: візуалізуються поверхнева стегнова артерія (ПСА), поверхнева стегнова вена (ПСВ), велика підшкірна вена (ВПВ)

пульсація на підколінній артерії. Рани сановані, дреновані гумовими випускниками, встановлено проточно-промивне дронування ложа аневриси. Рану ушито наглухо, накладено асептичну пов'язку.

У післяопераційний період хворий отримувач антибіотики, венотоніки, антикоагулянтну терапію в лікувальних дозах (прямі антикоагулянти з наступним переходом на непрямі під контролем міжнародного нормалізованого відношення у зв'язку з попереднім протезуванням аортального клапана), антигіпертензивні та нестероїдні протизапальні препарати, дотримувачся режиму, дієти та займався ЛФК.

У результаті проведеного оперативного лікування стан кровообігу оперованої правої нижньої кінцівки компенсований, пульсація на периферичних артеріях задовільна. Післяопераційний період перебігав з явищами вираженої лімфореї післяопераційної рани та помірними явищами вторинного лімфостазу, що потребувало перебування пацієнта в стаціонарі. Через 35 діб пацієнта в задовільному стані виписали додому для продовження лікування в амбулаторних умовах.

У подальшому під час контрольних оглядів через 1, 3, і 6 місяців ускладнень не спостерігали, кровообіг у кінцівці був компенсований.

Обговорення

Велику роль у діагностиці АПА будь-якого генезу відіграють збір анамнезу та загальноклінічне обстеження. Практично в кожного хворого з периферичною аневрисмою в анамнезі можна виявити якусь травму [2].

Основні симптоми АПА: утворення, що пульсує, болючість під час пальпації, систолічний шум

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: виконання операції – В. Р., Ю. Н., К. К.; опрацювання даних та написання статті – Б. К., Ю. Н.; редагування тексту – Б. К., К. К.

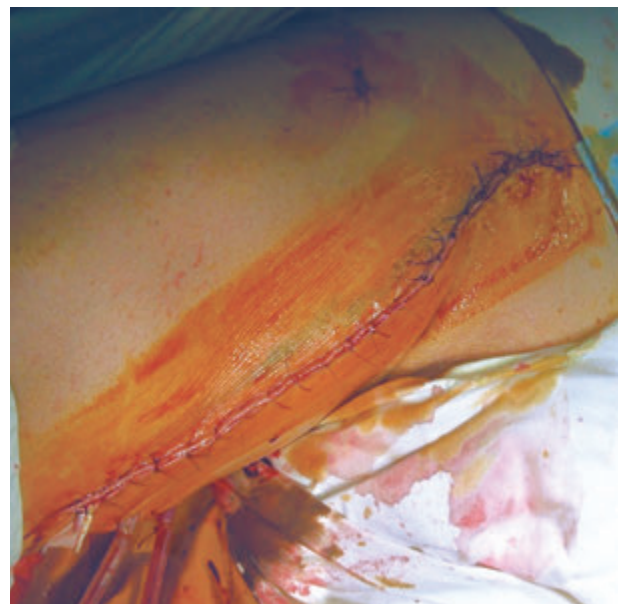


Рис. 8. Післяопераційна рана на правій нижній кінцівці після її ушивання

над аневрисмою, ознаки гострої або хронічної ішемії кінцівки.

До 74–89% аневриск стегнової артерії симптомні, в інших випадках – мало- або безсимптомні, що ускладнює діагностичний процес через «мімікрію» з пухлинами м'яких тканин [1, 3, 6].

Враховуючи, що, за статистикою 47,9% хворих з АПА госпіталізують у стаціонар у стадії ускладнень, при лікуванні АПА варто дотримуватися активної хірургічної тактики через значну небезпеку розвитку ускладнень (розрив, тромбоз, емболізація) [4].

Література

1. Гавриленко А. В., Синявин Г. В. Хирургическое лечение больных с артериальными аневризмами. — М.: Медицина, 2008. — 192 с.
2. Исаева И. В., Цигельников С. А., Теплицкий Е. А., Рязанова Т. В. Аневризмы внечерепного отдела внутренней сонной артерии // Ангиол. и сосуд. хирург. — 2007. — № 1. — С. 143–151.
3. Клиническая ангиология / Под ред. А. В. Покровского. — М.: Медицина, 2004. — Т. 2: Аневризмы периферических артерий. — 2004. — 888 с.
4. Никоненко А. С., Ермолаев Е. В. Аневризмы артерий неаортальной локализации: хирургические аспекты лечения // Серце і судини. — 2012. — № 1. — С. 63–69.
5. Cronenwett J. L., Krpски W. C. Overview — arterial aneurysms // Vascular Surgery / Ed. by R. B. Rutherford. — 5th ed. — 2000. — Vol. 2. — P. 1241–1245.
6. Erler K. M., Ozdemir T., Oguz E., Basbozkurt M. Does false aneurysm behave like a sarcoma? Distal femoral arterial false aneurysm simulated a malign mesenchymal tumor. A case report and review of the literature // Arch. Orthop. Trauma Surg. — 2004. — 124. — P. 60–63.
7. Johnston K. W., Rutherford R. B., Tilson M. D. et al. Suggested standards for reporting on arterial aneurysms // J. Vasc. Surg. — 1991. — Vol. 13. — P. 444–450.
8. Parry D. J., Kessel D., Scott D. J. A. False aneurysm of the peroneal artery: an unusual complication of femoro-peroneal bypass grafting // Cardiovasc. Surg. — 2002. — 10. — P. 54–57.

Аневризма глубокой бедренной артерии или опухоль мягких тканей?

В. М. Роговский¹, Б. М. Коваль², Ю. В. Нагалюк², К. В. Криничка³

¹Национальный военно-медицинский клинический центр
«Главный военный клинический госпиталь» МО Украины, Киев

²Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев

³КО «Вышгородская центральная районная больница»

Посттравматические аневризмы являются наиболее частыми среди аневризм бедренной артерии. Большинство аневризм бедренной артерии являются симптомными, в других случаях — мало или бессимптомными, что затрудняет диагностический процесс вследствие «мимикрии» с опухолями мягких тканей. Учитывая, что, по статистике, примерно половине больных с аневризмами периферических артерий госпитализируют в стационар в стадии осложнений, при их лечении используют активную хирургическую тактику через большую опасность развития осложнений (разрыв, тромбоз, эмболия). Описан клинический случай диагностики и хирургического лечения ложной аневризмы глубокой бедренной артерии нижней конечности.

Ключевые слова: аневризма, ложная аневризма, посттравматическая аневризма, глубокая бедренная артерия.

Aneurysm of the deep femoral artery or soft tissue tumor?

V. M. Rogovsky¹, B. M. Koval², Yu. V. Nagalyuk², K. V. Krynychka³

¹National Military Clinical Medical Centre «MMCH» Ministry of Defense of Ukraine, Kyiv

²O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

³«Vyshgorod Central District Hospital»

Post-traumatic aneurysms are the most common among the aneurysms of the femoral artery. Most aneurysms of femoral artery are symptomatic, in some cases they have few symptoms or are asymptomatic, which complicates the diagnostic process due to the «mimicry» with soft tissue tumors. Considering that, according to statistics, about half of patients with peripheral arterial aneurysms are admitted to hospital in the stage of complications, the treatment involves an active surgical approach because of the great risk of further complications (rupture, thrombosis, embolism). A clinical case of diagnosis and surgical treatment of a false aneurysm of the deep femoral artery of the lower limb has been described.

Key words: aneurysm, false aneurysm, post-traumatic aneurysm, deep femoral artery.