

© И.П.Игнатов, Е.Ю.Петрова, 2003

**И.П.Игнатов, Е.Ю.Петрова**  
**ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ**  
**БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ**

*442 ОБКГ им. З.П. Соловьева, МО РФ*  
*Санкт-Петербург, Россия*

**Аннотация:** Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей являются одним из самых распространенных среди поражений артерий и ежегодно наблюдается постоянный рост больных с этой патологией.

В последнее время все более широко используются эндовазальные методы восстановления кровотока по артериям нижних конечностей.

Нами впервые использован метод эндовазального протезирования поверхностной бедренной артерии после полуоткрытой петлевой эндартерэктомии тонкостенным отечественным протезом «Экофлон» из политетрафторэтилена с толщиной стенки 200 микрон.

Наш первый успешный опыт эндопротезирования артерии свидетельствует о возможности его применения у больных с сегментарным поражением артерии при сохраненной подколенной артерии.

**Ключевые слова:** эндопротезирование сосудов

При обследовании у больного И., 52 лет при ангиографическом исследовании выявлена окклюзия правой поверхностной бедренной артерии на протяжении 12 см на уровне Гунторова канала. Подколенная артерия проходима и контрастируется на всем протяжении, артерии голени проходимы. При УЗИ кровотоки в подколенной, передней и задней большеберцовых артериях коллатеральный, лодыжечно-плечевой индекс равен 0,4. При дуплексном ангиосканировании в верхней трети правой поверхностной бедренной артерии регистрируется измененный магистральный кровоток, ее диаметр 8,4 см, в проекции Гунторова канала в правой поверхностной бедренной артерии кровотоки не регистрируются, ее диаметр 7,4 см, в подколенной артерии регистрируется коллатеральный кровоток, ее диаметр 7,0 см. Стенки правой поверхностной бедренной артерии в проекции Гунторова канала плотные, с множественными атероматозными бляшками, на других участках стенки артерий уплотнены.

Во время операции разрезом в нижней трети правого бедра выделены подколенная артерия выше суставной щели, передняя стенка артерии мягкая, ее задняя стенка уплотнена. Выделена поверхностная бедренная артерия выше входа в Гунтеров канал, пульсация отчетливая, передняя стенка артерии мягкая, ее задняя стен-

ка уплотнена. У входа в Гунтеров канал артерия каменистой плотности, не пульсирует. Выполнена артериотомия подколенной артерии, получен хороший ретроградный кровоток; внутренний диаметр ее 6 см. Выполнена петлевая эндартерэктомия из правой поверхностной бедренной артерии с полным восстановлением просвета артерии. При удалении выраженных атероматозных бляшек стенка артерии в нескольких местах истончилась. Добиться необходимой гладкости внутренней стенки артерии было невозможным. Решено выполнить эндопротезирование артерии тонкостенным протезом. Протез диаметром 7 см проведен из подколенной артерии через дезоблитерированный участок в малоизмененную часть поверхностной бедренной артерии, где артерия и протез продольно рассечены на 2 см. Протез циркулярно фиксирован к стенке поверхностной бедренной артерии нитью пролен 7/0 с последующим ушиванием заплаты из ПТФЭ непрерывным обвивным швом с захватом боковых и верхней стенок эндопротеза. После выполнения эндартерэктомии из подколенной артерии, дистальный конец эндопротеза продольно рассечен на 2 см. Задняя стенка эндопротеза фиксирована циркулярным швом к задней стенке подколенной артерии нитью пролен 7/0 с последующим ушиванием заплаты из ПТФЭ. После пуска кровотока отме-

чается отчет-ливая пульсация на реконструированной поверхностной бедренной артерии и подколенной артерии.

В послеоперационном периоде больной получал Клексан из расчета 0,5 мг/кг массы тела в сутки подкожно каждые 12 часов на протяжении 5 дней послеоперационного периода. В дальнейшем принимал фенилин 0,03 и тромбо-асс 50мг в сутки.

Послеоперационное течение без особенностей, раны зажили первичным натяжением, жалобы на перемежающуюся хромоту исчезли. При контрольном исследовании УЗДГ артерий правой нижней конечности на ПБА в области реконструкции, ПКА, ЗББА, ПББА определяется измененный магистральный кровоток с лодыжечно-плечевым индексом 0,95. При дуплексном сканировании кровотока в области проксимально-го и дистального анастомоза и по протезу магистральный с ламинарной скоростью кровотока 0,45-0,5 м/с.

Наш первый опыт эндопротезирования после полуоткрытой петлевой эндартерэктомии поверхностной бедренной артерии свидетельствует о возможности его применения у больных

с сегментарным поражением артерии при сохраненной подколенной артерии.

**I.P.Ignatov, E.U.Petrova**

**ENDOPROSTHESIS OF THE FEMORAL ARTERY: THE INITIAL EXPERIENCE**

*442 district military clinical hospitals  
by Z.P. Solov'ev*

*Department of Defense Russian Federation  
St.-Petersburg, Russia*

Obliterative diseases of lower limb arteries are one of most widespread among defeats arteries and the constant growth of the patients with this pathology is annually observed.

Recently are more and more widely used endovascular methods of restoration blood flow of lower limb arteries.

We for the first time use the method of endovascular prosthesis superficial femoral artery after half-open loop endarterectomy by thin-walled domestic artificial limb "Ekoflon" from polytetrafluoroethylene with thickness of a wall 200 micron.

Our first successful experience of endoprosthesis artery testifies to an opportunity of its application at the patients with segmental by a defeat artery at kept poplitea artery.

**Key words:** endovascular grafting.

**Игнатов Иван Петрович** – начальник отделения сосудистой хирургии 442 ОБКГ им. З.П. Соловьева, МО РФ.

**Correspondence:** [Ignatov@peterstar.ru](mailto:Ignatov@peterstar.ru)