

сопутствующей патологии, особенно сахарного диабета, и в меньшей степени – от длительности заболевания. Знание этих факторов риска позволяет разработать конкретную программу профилактики гнойно-некротических осложнений у данной категории пациентов.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ ПОДКОЛЕННОЙ АРТЕРИИ

Павлов А.Г., Чуешов В. А., Михневич А. В., Выхристенко К. С.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»

УЗ «Витебская областная клиническая больница»,
г. Витебск, Республика Беларусь

Введение. Аневризмы подколенной артерии являются одной из наиболее распространённых форм первичных периферических аневризм, что обусловлено в первую очередь высокой подвижностью коленного сустава, создающей условия для травматизации артериальной стенки. Глубокое расположение сосудисто-нервного пучка на уровне коленного сустава часто служит причиной скрытого субклинического течения аневризм подколенной артерии, что нередко приводит к выявлению патологического образования лишь на стадии осложнений. Кроме того, в отличие от аневризм аорты, отсутствуют чёткие критерии для определения показаний к хирургическому вмешательству при неосложнённом течении.

Цель: оценить клинические особенности и результаты лечения пациентов с аневризмами подколенной артерии.

Материал и методы. Проведен анализ 14 клинических случаев пациентов с аневризмами подколенной артерии, поступивших в кардиохирургическое отделение УЗ «Витебская областная клиническая больница» в течение 5 лет.

Результаты и обсуждение. Возраст пациентов с аневризмами подколенной артерии варьировал от 39 до 79 лет, хотя большинство пациентов относились к возрастной группе старше 60 лет ($64,79 \pm 2,65$, $n=14$). В подавляющем большинстве

случаев аневризмы подколенной артерии встречались у мужчин (85,7%). В большинстве случаев имели место истинные аневризмы подколенной артерии (78,6%). Ложная аневризма на момент поступления имела у 3 пациентов, причём в 2 случаях на фоне спонтанного разрыва подколенной артерии (интраоперационно – вероятно на фоне разрыва истинной аневризмы подколенной артерии), и лишь в одном случае имела место посттравматическая ложная аневризма после травматического вывиха голени.

В 50% случаев пациенты госпитализированы по экстренным показаниям на фоне развившихся осложнений – гематома (1), гематома с воспалением (1), острая ишемия голени на фоне тромбоза аневризмы/эмболии артерий голени (5).

В одном случае аневризма была выявлена интраоперационно при отсутствии указаний на трансформацию подколенной артерии по данным ангиографии.

Плановые поступления пациентов были связаны с активным выявлением образований подколенной ямки самими пациентами или врачами на амбулаторном этапе (6 случаев) и развитием компрессионной нейропатии (1 случай).

Прооперированы 13 пациентов. В 3 случаях по техническим причинам произведено выключение аневризмы с протезированием подколенной артерии, в 1 случае – удаление гематомы с протезированием артерии, в оставшихся – выполнена резекция аневризмы с протезированием.

В качестве хирургического доступа чаще всего использована комбинация медиальных доступов по Кэну к проксимальному и дистальному отделам подколенной артерии, что позволяет при необходимости получить доступ к артериям голени или продлить доступ к дистальному отделу поверхностной бедренной артерии, а также упрощает забор венозного графта. Z-образный доступ к подколенной ямке по задней поверхности использован в плановом порядке. На наш взгляд, данный доступ удобен при чётко локализованных аневризмах, но не даёт существенных преимуществ.

В ближайшем послеоперационном периоде у 2 пациентов, поступавших с острой ишемией конечности, на фоне

прогрессирующих некротических изменений тканей пришлось выполнить ампутацию (1 пациент в последующем умер от сопутствующей патологии). В 1 случае, у пациента с выраженным варикозом подкожных вен нижних конечностей, для протезирования подколенной артерии использован синтетический протез. Через 6 месяцев пациент обратился с критической ишемией на фоне тромбоза протеза.

Таким образом, несмотря на успешную реваскуляризацию подколенно-берцового сегмента, частота ранних ампутаций составила 15,4%, летальность 7,7%.

Выводы:

1. Аневризмы подколенной артерии ставят сложную диагностическую и лечебную задачу, связанную с особенностями локализации и анатомического строения подколенной области.

2. Амбулаторная диагностика атеросклеротических поражений требует более детального обследования подколенного сегмента с целью повышения доли плановых вмешательств при аневризмах подколенной артерии.

3. Активная хирургическая тактика в отношении аневризм периферических артерий оправдана вследствие высокого риска развития осложнений.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И СТЕНОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Сурсаева Д. С., Бонцевич Д. Н.

«Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ»,
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение. Мультифокальные поражения аорты и магистральных артерий с нарушением кровообращения одновременно в нескольких бассейнах артериального русла — одна из актуальных проблем современной ангиологии и ангиохирургии. Одним из основных этиологических факторов является атеросклероз, что определяет сочетанное поражение артериального русла. По данным Международного регистра по