

5. Lateral stabilizing structures of the knee : functional anatomy and injuries assessed with MR imaging / J.A. Recondo [et al.] // Radiographics. – 2000. – № 20. – S. 91-102.

6. Justice, W.W. Error patterns in the MR imaging evaluation of menisci of the knee / W.W. Justice, S.F. Quinn // Radiology. – 1995. – Vol. 196. – P. 617-621.

К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИОННО-СТЕНОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Иоскевич Н.Н.

Гродненский государственный медицинский университет

г. Гродно, Республика Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Реконструктивные операции являются единственным радикальным методом восстановления артериального кровообращения в нижних конечностях при атеросклеротическом поражении артерий бедренно-подколенно-берцового сегмента [1, 2]. Вместе с тем, несмотря на более чем 150-летнюю историю развития ангиологии, многие вопросы хирургического лечения хронического нарушения артериального кровообращения нижних конечностей (ХНАК) при облитерирующем атеросклерозе остаются недостаточно изученными, другие требуют переосмысления в виду интенсивного развития как самой хирургии, так и смежных с ней отраслей научных знаний, третьи – постоянно дискуссируются [3]. К последним относится и разработка унифицированной классификации характера окклюзионно-стенотических поражений артерий нижних конечностей.

В настоящее время показания к выполнению реконструктивных операций на бедренно-подколенно-берцовом сегменте определяются исходя из классификаций облитерирующего атеросклероза и стадий (степеней) ХНАК нижних конечностей. Известно более 100 подобных классификаций [4]. Наиболее распространенными считаются классификации Fontaine, Fontaine-A.B. Покровского, И.Н. Гришина, В.И. Бураковского [1, 3]. В их основу положен клинико-анатомический принцип. Следует подчеркнуть, что существующие классификации анатомических форм поражения магистральных артерий нижних конечностей все же не в полной мере отражают их многообразие.

С целью совершенствования топической диагностики артериальных окклюзий и стенозов, правильного выбора способа сосудистой реконструкции, тем самым, для улучшения их исходов, мы разработали классификацию вариантов атеросклеротического поражения магистральных артерий нижних конечностей. В ос-

нову предлагаемой классификации положены одновременно два критерия: локализация (уровень) и распространенность поражения.

Исследование выполнено на основе комплексного обследования 516 больных с окклюзионно-стенотическим поражением артерий нижних конечностей, оперированных в сосудистом отделении клиники хирургических болезней № 1 Гродненского государственного медицинского университета. ХНАК нижних конечностей 2 б стадии имелось у 221 (42,8%) больного, 3 стадии – у 180 (34,9%) больных, с 4 – у 115 (22,3%) больных. Возраст пациентов колебался от 37 до 78 лет.

По локализации (уровню) поражения артерий бедренно-подколенно-берцового сегмента предлагаем выделять:

1) дистальную форму, т.е. окклюзии и (или) стенозы, расположенные ниже бифуркации подколенной артерии (ПА), в том числе:

а) изолированную – задняя большеберцовая артерия (ЗББА), передняя большеберцовая артерия (ПББА), малоберцовая артерия (МБА), большемалоберцовый ствол (БМБС);

б) комбинированную – поражение нескольких артерий в разных комбинациях;

2) среднюю форму, т.е. окклюзии и (или) стенозы, поражающие только ПА, в том числе:

а) в области ее верхней, средней или нижней трети;

б) на всем протяжении;

3) проксимальную форму, т.е. окклюзии и (или) стенозы бедренных артерий, в том числе:

а) изолированную – поверхностная бедренная артерия (ПБА) в верхней, средней, нижней трети или на всем протяжении; общая бедренная артерия (ОБА) с вовлечением или без вовлечения устья глубокой артерии бедра (ГАБ);

б) комбинированную – ПБА и ОБА;

4) сочетанное (мультифокальное) поражение нескольких сосудистых бассейнов бедренно-подколенно-берцового сегмента.

По распространенности поражения артерий бедренно-подколенно-берцового сегмента выделяем:

1) сегментную (ограниченную) форму, характеризующуюся наличием стеноза и (или) окклюзии магистральной артерии протяженностью до 80-150 мм:

а) ОБА;

б) ПБА;

в) ПА;

г) БМБС;

д) артерий голени:

2) протяженную, характеризующуюся окклюзионно-стенотическим поражением магистральной артерии на расстоянии более 15 см, в том числе:

а) субтотальную, т.е. окклюзионно-стенотическое поражение артериального бедренно-подколенно-берцового сегмента, за исключением одного из магистральных сосудов;

б) тотальную, т.е. окклюзионно-стенотическое поражение всего артериального бедренно-подколенно-берцового сегмента.

Распределение больных, исходя из локализации атеросклеротического поражения магистральных артерий нижних конечностей, отражено в таблице 1.

Таблица 1 – Локализация атеросклеротического поражения артерий бедренно-подколенно-берцового сегмента

Уровень поражения артерий	Стадия ХНАК			Всего
	26	3	4	
1	2	3	4	5
1. Дистальная форма	6		11	17
Изолированная	3			3
ЗББА	1			1
МБА	1			1
БМБС	1			1
Комбинированная	3		11	14
2. Средняя форма	8	2	2	12
ПА в верхней трети	1			1
ПА в средней трети	1			1
ПА в нижней трети	1			1
ПА на двух уровнях	2			2
на всем протяжении	3	2	2	7
3. Проксимальная форма	128	87	30	245
Изолированная	121	87	19	227
ПБА	114	81		195
в верхней трети	9	4	3	16
в средней трети	17	11	6	34
в нижней трети	8	1	1	10
на двух уровнях	14	7	7	28
на всем протяжении	66	58	9	133
ОБА	7	6	4	17
без вовлечения устья ГАБ	2			2
с вовлечением устья ГАБ	5	6	4	15
Комбинированная	7		7	14
ОБА и ПБА	7		7	14
4. Сочетанное поражение	79	91	72	242
Всего	221	180	115	516

Данные, приведенные в таблице 1, подчеркивают увеличение числа больных с сочетанным поражением артерий бедренно-подколенно-берцового сегмента с возрастанием стадии ХНАК нижних конечностей. У больных с ХНАК нижних конечностей 26 стадии частота сочетанного поражения артерий бедренно-подколенно-берцового сегмента составляет 36,3%, с 3 – 50,3%, с 4 – 62,6%.

Таблица 2 отражает распространенность атеросклеротического поражения артерий бедренно-подколенно-берцового сегмента.

Таблица 2 – Распространенность атеросклеротического поражения артерий бедренно-подколенно-берцового сегмента

Протяженность поражения артерий	Стадия ХНАК			Всего
	26	3	4	
Сегментарная	60	20	19	99
ОБА	10			10
ПБА	43	11	8	62
ПА	5	5	2	12
БМБС	2	4	9	15
Протяженная	161	160	96	417
субтотальная	161	152	87	400
тотальная		8	9	17
Всего	221	180	115	516

Из таблицы 2 следует, что увеличение частоты случаев протяженного атеросклеротического поражения артерий бедренно-подколенно-берцового сегмента отмечается при прогрессировании ХНАК нижних конечностей.

С нашей точки зрения, предлагаемая классификация окклюзионно-стенотических поражений артерий нижних конечностей у больных облитерирующим атеросклерозом облегчит выбор метода артериальной реконструкции данного бассейна сосудистого русла.

Литература

1. Гришин, И.Н. Клиническая ангиология и ангиохирургия / И.Н. Гришин, А.Н. Савченко. – Минск: Высшая школа, 1981. – Т. 2. – 215 с.
2. Вишневский, А.А. Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей / А.А. Вишневский, Н.И. Краковский. – М.: Медицина, 1972. – 248 с.
3. Российский консенсус: Рекомендуемые стандарты для оценки результатов лечения пациентов с хронической ишемией нижних конечностей / Под ред. А.В. Покровского. – Москва, 2002. – 29 с.
4. Сердечно-сосудистая хирургия: (Руководство) / В.И. Бураковский, Л.А. Бокерия, В.А. Бухарин и др.; Под ред. В.И. Бураковского, Л.А. Бокерия. – М., 1989. – 750 с.