

БАЛЛОННАЯ АНГИОПЛАСТИКА И СТЕНТИРОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИОННО-СТЕНОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ АРТЕРИЙ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОГО СЕГМЕНТА

Ванькович П.Э.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь
Научный руководитель – д.м.н., профессор Иоскевич Н.Н.*

Актуальность. Перспективным направлением в лечении пациентов с хронической ишемией нижних конечностей вследствие облитерирующего атеросклероза могут явиться рентгеноэндоваскулярные вмешательства [1].

Цель. Анализ ближайших результатов баллонной ангиопластики и стентирования артерий бедренно-подколенного сегмента в лечении хронической ишемии нижних конечностей атеросклеротического генеза.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты рентгено-эндоваскулярных вмешательств у 54 пациентов с хронической артериальной недостаточностью нижних конечностей (ХАННК) атеросклеротического генеза. Все пациенты мужского пола в возрасте от 50 до 70 лет. ХАННК 2б стадия имелась у 18 человек, 3 стадии – у 22, 4 стадии – у 14. Окклюзия поверхностной бедренной артерии (ПБА) диагностирована в 22 случаях, подколенной артерии (ПА) – в 18 случаях, диффузное стенотическое поражение ПБА и ПА – в 14. Операция производилась на ангиографической установке. Для устранения окклюзионно-стенотических поражений артерий в бедренном сегменте создавалось давление-расширения в баллоне 6-8 атм., а в подколенном – 7-9 атм. В качестве стентов использовались нитиноловые самораскрывающиеся стенты (Jaguar, Balton, АВВОТТ). В послеоперационном периоде рекомендовался прием клопидогреля (75 мг в сутки) в течение 6 месяцев и по жизненно – аспикарда (75 мг в сутки).

Результаты. Интраоперационные осложнения отсутствовали. У всех пациентов рентгено-эндоваскулярное вмешательство завершилось восстановлением магистрального артериального кровотока. В одном случае на 3-и сутки развился тромбоз реконструированного сегмента (ПБА), который был успешно устранен с помощью реолитической тромбэктомии.

Выводы. Таким образом, баллонная ангиопластика и стентирование являются малотравматичными эндоваскулярными вмешательствами, позволяющими восстановить артериальное кровоснабжение в ишемизированных нижних конечностях. Клиническая эффективность данных операций зависит от протяженности поражения артерий и состояния путей оттока крови.

Литература

1. Гавриленко, А.В. Лечение больных с критической ишемией нижних конечностей: эндоваскулярные методы или реконструктивные операции / А.В.

К ВОПРОСУ КЛИНИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ САФЕНО-ФЕМОРАЛЬНОГО СОУСТЬЯ

Ванькович П.Э., Пилипенко Е.О.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Научный руководитель – к.м.н., доцент Киселевский Ю.М.*

Актуальность. Область сафено-фemorального соустья согласно топографо-анатомическим данным, имеет следующую характеристику. Паховая связка и мышцы – *m. sartorius* (снаружи) и *m. adductor longus* (изнутри) – образуют бедренный треугольник, вершина которого, находится в месте пересечения этих мышц. Под поверхностным листком широкой фасции в пределах бедренного треугольника находятся окруженные фасциальным влагалищем бедренные сосуды – *a.* и *v. femoralis*. Топографически артерия проходит латеральнее, вена – медиальнее. Они лежат в углублении, которое образуют мышцы дна бедренного треугольника – *m. Psoas* и *m. pectineus*, покрытые глубоким листком широкой фасции бедра. Большая подкожная вена (БПВ) проходит в жировой клетчатке медиальной поверхности бедра. В бедренном треугольнике вена проникает под широкую фасцию бедра через «дефект» в ней (*hiatus saphenus*) впадает в бедренную вену, формируя сафено-фemorальное соустье. Притоки большой подкожной вены на бедре – *v. epigastrica superficialis*, *vv. pudendae externae* и *v. circumflexa ilium superficialis* - впадают в нее в пределах бедренного треугольника. Кроме того, возможно наличие менее постоянных притоков: *v. saphena accessoria medialis* и *v. saphena accessoria lateralis* [1].

Цель. Изучить варианты впадения БПВ в бедренную вену на уровне *hiatus saphenus*.

Материалы и методы исследования. Методом макромикроскопического препарирования изучено анатомическое строение БПВ на 50 препаратах нижних конечностей новорожденных детей.

Результаты. БПВ во всех случаях впадает в бедренную вену. Иногда, на 29 конечностях (64%), перед впадением большая подкожная вена принимает ряд крупных притоков, число которых может достигать 2 или 3. Таким образом, создается впечатление, что БПВ впадает в бедренную вену 3-мя или 4-мя стволами.

Выводы. Расположение сафено-фemorального соустья считается константой. В тоже время, встречающиеся случаи нетипичного расположения и