

*Чайковский В. В.*

**ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ  
БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННО-БЕРЦОВОМ ОККЛЮЗИОННО-  
СТЕНОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ АРТЕРИЙ ТИПА D ПО TASC II И ЕЕ  
РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ**

*Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Иоскевич Н. Н.*

*1-я кафедра хирургических болезней*

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно*

**Актуальность.** Одной из причин хронической ишемии нижних конечностей является атеросклеротическое поражение артерий бедренно-подколенно-берцового сегмента. Сегодня помимо выделения стадии хронической артериальной недостаточности нижних конечностей (по Фонтейну-А.В. Покровскому) ангиохирурги активно используют классификацию локализации и уровня окклюзионно-стенотического поражения артерий TASC II (2007). Поражения бедренно-подколенно-берцовых артерий типа D в этой классификации представлены в виде 2 вариантов: тотальной окклюзии общей или поверхностной бедренной артерии (более 20 см, с вовлечением подколенной артерии, первый вариант) и окклюзии подколенной артерии и проксимального сегмента её трифуркации (второй вариант). Вопрос о целесообразности рентгенэндоваскулярного лечения при поражении типа D все еще считается актуальным и дискуссионным.

**Цель:** анализ исходов рентгенэндоваскулярных вмешательств при окклюзионно-стенотическом атеросклеротическом поражении инфраингвинальных артерий типа D, обуславливающих развитие хронической ишемии нижних конечностей.

**Материалы и методы.** Изучены результаты лечения 19 человек (70,4±9,21 лет, 17 мужчин, 2 женщины) с D-типом поражения артерий нижних конечностей: первый вариант имелся в 8 наблюдениях, второй в 11. Хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей 2б стадии отмечена у 5 человек, 3 – у 6, 4 – у 8. Место и год лечения: рентгенэндоваскулярное отделение учреждение здравоохранения «Гродненская университетская клиника», 2015 год. Оборудование: ангиографический комплекс «Innova IGS-540». Вмешательства: 12 изолированных стентирований поверхностной бедренной артерии (верхней и средней трети – 3, средней и нижней – 1, средней – 5, нижней – 3), 4 – комбинированных (2 в средней трети со стентированием подколенной артерии с ангиопластикой берцовых артерий и без них, 2 нижней трети с ангиопластикой берцовых артерий), 2 ангиопластики поверхностной бедренной артерии, 1 ангиопластика подколенной и передней большеберцовой артерии. Осложнения: 1 интраоперационное (тромбоз артерии) и 1 послеоперационное (гематома в месте пункции), леченные консервативно.

**Результаты и их обсуждение.** В течение 7 лет с момента выполнения рентгенэндоваскулярного вмешательства реангиопластику перенес 1 пациент (5,3%) на 3-ем месяце послеоперационного наблюдения; открытые артериальные операции (бедренно-подколенные (берцовые) шунтирования) - 5 (26,3%): через 0,75, 7, 12 12 и 20 месяцев; ампутации - 8 (42,1%): после первичного вмешательства – 5 (через 5, 12, 20, 24 и 24 месяца), после реангиопластики - 1 (через 9 месяцев); после шунтирований – 2 (через 0,5 и 8 месяцев). После ампутаций умерло 3 пациента через 1 день, 12 и 54 месяца. В течение всего периода наблюдения нижнюю конечность удалось сохранить, не прибегая к повторным вмешательствам, у 8 пациентов (42,1%), 3 из которых умерли через 24, 48, 48 месяцев после вмешательства. У здоровствующих пациентов с сохраненными ногами хроническая ишемия 2а стадии имела у 1, 2б – у 3, 3 – у 1. Данные 5 (26,3%) пациентов в 2015 г. перенесли стентирование (4) и ангиопластику (1) поверхностной бедренной артерии. Первый вариант поражения типа D был у 2 человек, второй – у 3.

**Выводы.** При окклюзионно-стенотическом поражении бедренно-подколенно-берцовых артерий типа D рентгенэндоваскулярное лечение эффективно в 42,1% случаев, с сохранением нижней конечности спустя 7 лет у 26,3% исследуемых, и выживаемостью с учетом пациентов, перенесших повторные вмешательства и ампутации, 68,4%.