

# АНГИОЛОГИЯ И СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ

ГОРИЗОНТЫ СОВРЕМЕННОЙ  
АНГИОЛОГИИ, СОСУДИСТОЙ  
ХИРУРГИИ И ФЛЕБОЛОГИИ



*Angiology  
and Vascular Surgery*

## XXXVII

Горизонты современной ангиологии,  
сосудистой хирургии и  
флебологии

**Том 28**

# 1/2022

(приложение)

# **РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО АНГИОЛОГОВ И СОСУДИСТЫХ ХИРУРГОВ**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ  
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ХИРУРГОВ  
АССОЦИАЦИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ХИРУРГОВ РОССИИ  
РОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО СПЕЦИАЛИСТОВ  
ПО РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ  
АССОЦИАЦИЯ ФЛЕБОЛОГОВ РОССИИ  
НАЦИОНАЛЬНАЯ КОЛЛЕГИЯ ФЛЕБОЛОГОВ  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР  
КАРДИОЛОГИИ имени Е.И. ЧАЗОВА МИНЗДРАВА РФ  
НМИЦ ХИРУРГИИ имени А. В. ВИШНЕВСКОГО МИНЗДРАВА РФ  
СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ

## **МАТЕРИАЛЫ**

**XXXVII Международной конференции**

**ГОРИЗОНТЫ СОВРЕМЕННОЙ АНГИОЛОГИИ,  
СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ И ФЛЕБОЛОГИИ**

20-22 мая 2022 года  
Кисловодск

и развитие гематомы послеоперационной раны, потребовавшее повторного вмешательства.

Клиническое выздоровление и улучшение после хирургического лечения отмечено у 78,9% больных, у 18,3% больных состояние оставалось без изменений. В этот период ухудшение отмечено у 4 больных. Следовательно, общие неврологические осложнения наблюдались в 2,8% (4 больных).

*Выводы:* 1. Метод церебральной оксиметрии в сочетании с нагрузочными пробами позволяет оценить толерантность головного мозга к ишемии и прогнозировать величину снижения регионарной оксигенации крови кортикальных отделов головного мозга во время КЭАЭ у больных с окклюзирующими поражениями БЦА.

2. Больные, у которых  $rSO_2 < 60\%$  на ипси- и контралатеральной стороне, в покое и при компрессионной пробе (которым прогнозируется низкая толерантность головного мозга к ишемии) нуждаются в проведении целенаправленной предоперационной подготовки, которое в 32,9% случаев может привести к нормализации показателей церебральной оксиметрии.

**ВОПРОСЫ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО  
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ  
АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ,  
ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ**  
*Каримов Ш.И.<sup>1</sup>, Ирназаров А.А.<sup>2</sup>, Юлбарисов А.А.<sup>1</sup>, Алиджанов Х.К.<sup>1</sup>,  
Ахматов О.М.<sup>1</sup>, Муминов Р.Т.<sup>1</sup>, Джалилов А.А.<sup>1</sup>*

*1 - Республиканский специализированный центр хирургической ангионеврологии,  
Ташкент, Узбекистан*

*2 - Кафедра факультетской и госпитальной хирургии №1, Ташкентская  
Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан*

*Цель исследования:* провести ретроспективный анализ результатов консервативного и хирургического лечения больных с множественными атеросклеротическими поражениями, перенесших ишемический инсульт.

*Материалы и методы:* В Республиканском специализированном центре хирургической ангионеврологии в 2021 году пролечены 911 больных с хронической сосудисто-мозговой недостаточностью (ХСМН). В соответствии с классификацией А.В. Покровского (1979) ХСМН I степени был выявлен у 29 (3,2%) больных, II степень – 154 (16,9%), III степень – 311 (34,1%), IV степень – 417 (45,8%) пациентов.

В данном сообщении нами проанализированы результаты обследования и лечения 417 больных, ранее перенесших ишемический инсульт. Из них 325 (77,9%) пациентов были мужского пола. Возраст больных колебался от 43 до 74 лет, средний возраст составил  $53,6 \pm 5,9$  лет.

Кроме общеклинических исследований диагностический алгоритм обследования включал дуплексное сканирование экстра- и

интракраниальных сосудов, мультислайсную компьютерно-томографическую ангиографию (МСКТА), магнитно-резонансную ангиографию (МРА) и рентгенконтрастную ангиографию (РКА).

Для оценки неврологических симптомов мы учитывали показатели нарушения координации, чувствительности, а также нарушение зрения, шум в ушах и в голове, утомляемость, снижение работоспособности и памяти. Для определения объема неврологического дефицита применяли шкалу Бартела. Так же для оценки объема и темпа движений, и мышечной силы применяли адаптированную шкалу MRC. Для оценки когнитивных расстройств у симптомных больных мы использовали минитест оценки психического состояния – шкалу MMSE. Также была использована нейрореабилитационная шкала Баролина, включающая в себя оценку парциальной дисфункции движений в конечностях, речь, прием пищи, интеллект, настроение, а также общую двигательную активность и независимость от посторонней помощи.

Все больные получали стандартную медикаментозную терапию, которая включала препараты, улучшающие мозговое кровоснабжение, антигипертензивные препараты, антиагреганты, антикоагулянты, антиоксиданты, а также препараты, улучшающие реологию крови. Больные также получали необходимые методы нейрореабилитации (физиолечение, массаж, ЛФК).

Показаниями к выполнению каротидной эндартерэктомии (КЭАЭ) при атеросклерозе для симптомных поражений (после ОНМК) явились – все типы бляшек, суживающие просвет сосуда на 60% и более, изъязвленные бляшки со стенозом 50% и более.

*Результаты:* Причиной ХСМН в 253 (60,7%) случаях было атеросклеротическое поражение СА. Частота ПД СА наблюдалась в 59 (14,1%) случаях. У 105 (25,2%) больных – атеросклероз сочетался с ПД СА.

Проведенное обследование из 417 больных выявило изолированное поражение одной СА у 17,9% пациентов, двухстороннее – у 36,1%, а множественные поражение сонных и позвоночных артерий – у 46,0%.

Все 417 больных по характеру выполненного им лечения условно были разделены на 2 группы: 1-группу составили 234 больных, которым выполнены каротидные реконструктивные вмешательства; 2-группу составили 183 больных, которым проведена комплексная медикаментозная терапия с методами нейрореабилитации.

При двухсторонних критических стенозах, контралатеральной окклюзии ВСА, в случаях низкой толерантности головного мозга к ишемии в 11,2% применялся временный шунт. Среднее время ишемии с использованием временного шунта было  $5 \pm 2,2$  минуты.

В 1-группе больных выполнены следующие виды оперативных вмешательств: классическая КЭАЭ в 112 (47,8%) случаев, эверсионная

КЭАЭ – 56 (23,9%), резекция ВСА с ретрессацией и реимплантацией в старое устье – 33 (14,1%), резекция ВСА с анастомозом по типу «конец в конец» – 3 (1,3%), резекция и перевязка ВСА + эндалтерэктомия из общей и наружной сонных артерий с наложением расширяющей заплаты – 22 (9,4%), протезирование ВСА – 2 (0,9%), резекция общей сонной артерии (ОСА) с ретрессацией ОСА и ВСА – 6 (2,6%) случаев.

В 220 (94,0%) случаях послеоперационный период протекал гладко. Осложненное течение раннего послеоперационного периода отмечено у 14 (6,0%) больных. Неврологические осложнения – ишемический инсульт наблюдались у 4 (1,7%) больных. Из них у 2 (0,8%) больных ОНМК явился причиной летального исхода. У 4 (1,7%) больных отмечалось кровотечение из послеоперационной раны. Все они успешно повторно оперированы. У 4 (1,7%) больных выявлены последствия повреждения черепно-мозговых нервов. Острый инфаркт миокарда развился у 2 (0,8%) больных и явился причиной смерти у 1 (0,4%). Таким образом, на 234 операций на СА частота периоперационных ОНМК составила 1,7%, а летальность после них – 0,8%. Общая послеоперационная летальность составила 1,2%.

При исследовании развития рестенозов в зоне каротидной реконструкции, мы выявили что, оно не превышает в среднем 8,2% от выполненных каротидных реконструкций и существенно не влияет на гемодинамику оперированного каротидного бассейна. В общей структуре рестенозов наибольшее количество приходится на рестенозы со стенозированием зоны реконструкции на 30-40% по диаметру. Рестенозы со стенозированием артерии более чем на 50% по диаметру выявлены в 3 случаях, а окклюзии ВСА после каротидной реконструкции зарегистрированы в 2 случаях в структуре рестенозов.

При детальном анализе динамики балльных характеристик степени выраженности когнитивных нарушений в 1-группе после операции у 63,2% пациентов отмечено улучшение показателей по шкале MMSE в виде регресса когнитивных нарушений; случаев ухудшения показателей когнитивного статуса не отмечено. Во 2-группе после лечения улучшение показателей когнитивного статуса в виде когнитивного снижения отмечено у 40% пациентов. При сравнении показателей когнитивного статуса у пациентов в выборках до операции и непосредственно после нее по величине набранных баллов по шкале MMSE имело место достоверно значимое улучшение по Sign Test ( $p=0,001$ ), по Wilcoxon Matched Pairs Test ( $p=0,0004$ ). При этом, при сравнении пациентов с исходно нормальными показателями по шкале MMSE в предоперационном и в раннем послеоперационном периодах полученные данные статически не достоверны по Sign Test ( $p=0,33$ ), по Wilcoxon Matched Pairs Test ( $p=0,17$ ). В предоперационном и в раннем послеоперационном периодах у пациентов с исходно сниженными показателями по шкале MMSE выявлено достоверное улучшение когнитивных функций (Sign составил  $p=0,0008$ ,

Wilcoxon Matched Pairs Test  $p=0,004$ ).

*Выводы:* 1. При ишемическом инсульте, развившемся вследствие гемодинамически значимого стеноза СА, необходимо рассматривать вопрос о восстановлении диаметра просвета артерии. Несмотря на существование моделей консервативных методов профилактики ишемического инсульта, хирургическое лечение стеноокклюзирующих поражений СА зарекомендовало себя как высокоэффективный способ профилактики ишемии головного мозга.

2. Наш опыт, также, как и результаты многоцентровых исследований показывают, что каротидная эндартерэктомия до настоящего времени остается золотым стандартом лечения как симптомных, так и асимптомных больных с гемодинамически значимыми поражениями СА для предупреждения развития ишемических поражений головного мозга и связанных с ними летальностью.

3. У больных, перенесших ишемический инсульт, операцию по реконструкции сосудов необходимо выполнять в сроках от 1 до 3 месяцев с момента острого эпизода нарушения мозгового кровообращения. Наиболее быстрый регресс неврологического дефицита происходит у больных, которым оперативная коррекция по улучшению кровообращения головного мозга производится в ранние сроки.

## **РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СВОЙСТВ СТЕНТА ПЕРВОГО ПОКОЛЕНИЯ ПО СРАВНЕНИЮ СО СТЕНТОМ, ПОКРЫТЫМ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ СЛОЕМ ИЗ MICRONET: 12-МЕСЯЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ (СИБИРЬ -12 МЕСЯЦЕВ)**

*Карпенко А., Бугуров С., Игнатенко П., Стародубцев В.*

*ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е. Н. Мешалкина» Минздрава России, Новосибирск, Россия*

*Введение:* Текущий анализ оценивает основные неблагоприятные кардиальные и неврологические заболевания (смерть, инсульт, инфаркт миокарда (MACE) и частоту рестеноза в 2 исследуемых группах в течение 12 месяцев наблюдения.

*Материалы и методы:* 100 пациентам была выполнена реваскуляризация сонных артерий с использованием дистального типа анти-эмболического устройства (EmboshieldNAV filter) с использованием стентов Acculink или CGuard (рандомизация 1 к 1). В соответствии с протоколом исследования дуплексное ультразвуковое исследование и клиническая оценка были выполнены через 6 и 12 месяцев после процедуры.

*Результаты:* Ультразвуковое исследование через 6 месяцев выявило 1 (2%) окклюзию стента и 3 (6%) рестенозов в группе стента Acculink, и не были выявлены случаи рестеноза/окклюзии в группе стента с MicroNet. Через 12 месяцев наблюдения в группе со стентом первого поколения

<b>НОВЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА ОТДЕЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА АРТЕРИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ</b>	
<i>Калинин Р.Е., Сучков И.А., Климентова Э.А., Егоров А.А., Везенова И.В., Газарян З.С., Суров И.Ю., Афенов М.С. ....</i>	<b>96</b>
<b>ПОКАЗАТЕЛИ ВЕНОСПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ</b>	
<i>Калинин Р.Е., Сучков И.А., Пшениников А.С., Камаев А.А., Климакова Ю.Р. ....</i>	<b>98</b>
<b>ОЦЕНКА НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ СОННЫХ И ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ</b>	
<i>Калинин Р.Е., Сучков И.А., Пшениников А.С., Зорин Р.А., Егоров А.А., Соляник Н.А., Везенова И.В. ....</i>	<b>99</b>
<b>АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ И ЛАБОРАТОРНЫЙ КОНТРОЛЬ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНЬЮ COVID-19</b>	
<i>Калинин Р.Е., Сучков И.А., Агапов А.Б., Мжаванадзе Н.Д., Максеев Д.А., Чобанян А.А. ....</i>	<b>101</b>
<b>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГОМОГРАФТОВ ПРИ ПАРАПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В ХИРУРГИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ</b>	
<i>Калинин Р.Е., Сучков И.А., Карпов В.В., Егоров А.А. ....</i>	<b>103</b>
<b>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГОМОГРАФТОВ ПРИ ШУНТИРОВАНИИ АРТЕРИЙ ГОЛЕНИ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТЕЙ</b>	
<i>Калинин Р.Е., Сучков И.А., Карпов В.В., Егоров А.А. ....</i>	<b>105</b>
<b>ВОЗМОЖНОСТИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ОКСИМЕТРИИ В ВЫБОРЕ ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ СОННЫХ АРТЕРИЙ</b>	
<i>Каримов Ш.И., Юлбарисов А.А., Алиджанов Х.К., Ахматов А.М., Джалилов А.А., Джуманиязова Д.А., Абдурахмонов С.Ш. ....</i>	<b>108</b>
<b>ВОПРОСЫ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ</b>	
<i>Каримов Ш.И., Ирназаров А.А., Юлбарисов А.А., Алиджанов Х.К., Ахматов О.М., Муминов Р.Т., Джалилов А.А. ....</i>	<b>111</b>
<b>РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СВОЙСТВ СТЕНТА ПЕРВОГО ПОКОЛЕНИЯ ПО СРАВНЕНИЮ СО СТЕНТОМ, ПОКРЫТЫМ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ СЛОЕМ ИЗ MICRONET: 12-МЕСЯЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ (СИБИРЬ -12 МЕСЯЦЕВ)</b>	
<i>Карпенко А., Бугуров С., Игнатенко П., Стародубцев В. ....</i>	<b>114</b>
<b>РИСКИ И ПРЕДИКТОРЫ РАСШИРЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ БИФУРКАЦИОННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ</b>	
<i>Карпов А.В. ....</i>	<b>115</b>
<b>МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И НЕКОТОРЫЕ ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭМБОЛОГЕННУЮ АРТЕРИАЛЬНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ И ИНФАРКТ МИОКАРДА</b>	
<i>Кисиль Ю.В., Мельников М.В., Глушков Н.И., Панфилов П.В., Милькова А.В. ....</i>	<b>117</b>