



V Международный медицинский научно-практический Форум

АНГИОЛОГИЯ: ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСУДОВ И СЕРДЦА ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ КАРДИОЛОГИЯ

**VII специализированная выставка
«Уралмедфарм»**

МАТЕРИАЛЫ ФОРУМА

- Программа форума
- Сборник тезисов докладов
- Каталог

**17-19 марта 2016 г.
г. Челябинск**

Организаторы:



Министерство здравоохранения Челябинской области



Южно-Уральский государственный медицинский университет



Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов (Москва)



Евро-Азиатская Ассоциация ангиологов и сосудистых хирургов (Челябинск)



Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии (Челябинск)



ООО КВЦ «Урал»

При поддержке:



Аппарат Полномочного представителя Президента РФ в УрФО



Законодательное Собрание Челябинской области



ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»

Генеральные партнеры:



КЛИНИКА СОВРЕМЕННОЙ
ФЛЕБОЛОГИИ
ДОСТИЖЕНИЯ НАУКИ У ВАШИХ НОГ

Стратегический партнер:



Компания «EURO-GRAND s.r.o.», Чехия

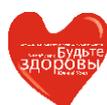
Партнеры:



ИНСТИТУТ
СТВОЛОВЫХ
КЛЕТОК
ЧЕЛОВЕКА



Информационные партнеры:



Медицинский портал Челябинска
Med74.RU

для специалистов
**МЕДИЦИНА
УРАЛ**

Министерство здравоохранения Челябинской области (Челябинск)
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации (Челябинск)
Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов (Москва)
Евро-Азиатская Ассоциация ангиологов и сосудистых хирургов (Челябинск)
Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии (Челябинск)
Конгрессно-выставочный центр «Урал» (Челябинск)

При поддержке:

Представительство Президента РФ по Уральскому федеральному округу
Законодательное Собрание Челябинской области
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Челябинская областная клиническая больница»

**V Международный медицинский научно-практический Форум
«Ангиология: инновационные технологии в диагностике
и лечении заболеваний сосудов и сердца.
Интервенционная кардиология»**

VII специализированная выставка «УралМедФарм»

МАТЕРИАЛЫ ФОРУМА

Программа
Сборник тезисов докладов
Каталог

Челябинск, 2016

УДК 616.1(063)
ББК 54.10
Т 66

Редакционный совет

А.А. Фокин, д.м.н. профессор, зав. кафедрой хирургии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, президент Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов; **С.В. Королев**, главный кардиолог Министерства здравоохранения Челябинской области, главный врач ГБУЗ «Челябинский областной кардиологический диспансер»; **О.П. Лукин**, д.м.н., главный врач ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения России (г. Челябинск).

Т 66 **V Международный** медицинский научно-практический Форум «Ангиология: инновационные технологии в диагностике и лечении заболеваний сосудов. Интервенционная кардиология»: Материалы форума: Программа. Каталог. Сборник тезисов докладов / Конгрессно-выставочный центр «Урал» (Челябинск). – Челябинск : Издательство «ТИТУЛ», 2016. – 270 с.

ISBN 978-5-9907510-3-3

В сборнике представлены тезисы докладов и каталог участников V Международного медицинского научно-практического Форума «Ангиология: инновационные технологии в диагностике и лечении заболеваний сосудов. Интервенционная кардиология» (17-19 марта 2016 г., г. Челябинск) на русском языке. В программе Форума состоялись: пленарное заседание «Обсуждение вопросов организации, стратегии развития служб кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии, потребности и проблемы»; V Ежегодная Ассамблея НП «Евро-Азиатская Ассоциация ангиологов и сосудистых хирургов»; научно-практическая конференция «Легочная артериальная гипертензия»; научно-практическая конференция «Малоинвазивные методы в сердечно-сосудистой хирургии»; научно-практическая конференция «Острый коронарный синдром: новые подходы в диагностике, лечении и реабилитации»; научно-практическая конференция «Проблемы современной сосудистой хирургии»; демонстрационный мастер-класс ООО «Иннотек»: «Радиочастотная абляция»; демонстрационный мастер-класс при участии компании «Евросервис»: «Катетер-управляемый тромболитис у больных тромбозом глубоких вен нижних конечностей»; сателлитный симпозиум компании «Астра-Зенека»: «Интервенционные методы лечения острого коронарного синдрома»; сателлитный симпозиум компании «Берингер Ингельхайм»: «Современные пероральные антикоагулянты в практике лечения и профилактики венозных тромбозов»; сателлитный симпозиум компании «Пфайзер»: «Новые возможности в лечении и профилактике тромбоза глубоких вен. Новые рекомендации»; круглый стол «Обмен практическим опытом лечения больных с острым коронарным синдромом»; выставка «Урал-МедФарм».

Участники Форума – руководители здравоохранения и главные специалисты лечебных учреждений, ведущие ученые и специалисты медицинских вузов и НИИ, практические врачи в области сердечно-сосудистой хирургии, ангиохирургии, рентгенохирургии, нейрохирургии, терапевты, кардиологи, неврологи, врачи службы скорой помощи и общей практики из регионов России, СНГ и дальнего зарубежья, а также производители медицинского оборудования и продукции медицинского назначения.

УДК 616.1(063)
ББК 54.10

ISBN 978-5-9907510-3-3

© Издательство «ТИТУЛ», 2016
© ООО Конгрессно-выставочный центр
«Урал», 2016



ПОКРОВСКИЙ А.В.,
академик РАН, президент Российского
общества ангиологов и сосудистых хирургов,
доктор медицинских наук, профессор,
г. Москва

Уважаемые друзья!

Трудно переоценить значимость ставшего уже традиционным и проводимого в прекрасном городе Челябинске Форума «Ангиология. Инновационные технологии в диагностике и лечении заболеваний сосудов и сердца. Интервенционная кардиология». Челябинск славится высоким профессиональным уровнем своих сердечно-сосудистых хирургов и врачей-кардиологов, а традиционный Форум славен тем, что на нем собираются лучшие ученые России и коллеги из-за рубежа.

Ежегодно в России от сердечно-сосудистых заболеваний умирает более 1 млн. человек. Высокая смертность лиц трудоспособного возраста отражается на демографических показателях страны и имеет огромное медико-социальное и экономическое значение. Ангиология, т.е. учение о болезнях сосудов, - понятие широкое, и в нем есть место для врачей очень многих специальностей: диагностов, терапевтов, хирургов, неврологов, реабилитологов. Первостепенное значение в рамках Форума имеет обсуждение таких тяжелых проблем, как инфаркт миокарда, инсульт, эмболия легочной артерии. В настоящее время сосудистая хирургия переживает сложный период. Все больше внимания уделяется эндоваскулярной хирургии, которая является неотъемлемой частью всей сосудистой хирургии. Многие врачи других специальностей начали заниматься и эти разделом, и чисто сосудистой хирургией в ее современном виде.

Изменения, происходящие в нашей специальности, требуют дополнительного обучения и освоения методов и приемов эндоваскулярной хирургии. Особенно это касается молодых хирургов. На Форуме Вам представится прекрасная возможность пообщаться с коллегами из других регионов и стран, с ведущими отечественными и зарубежными специалистами медицинских вузов. Научно-исследовательских институтов, специализированных центров, познакомиться с авторскими методиками. Надо понимать, что если мы не освоим этот раздел хирургии, то мы можем потерять свою специальность. Сегодня требуется максимальная концентрация сил для продолжения развития сосудистой хирургии.

Программа мероприятий обширна и интенсифицирована. Пользуйтесь предоставленной возможностью старайтесь максимально выступать, общаться, обмениваться контактами. Надеюсь, что нашей настойчивости, профессионализма, умения и энергии хватит для реализации поставленных целей.

Я надеюсь, что у нашей армии сосудистых хирургов хватит энергии и настойчивости для того, чтобы сосудистые больные в нашей стране могли получать помощь в необходимом объеме.

От всей души желаю всем здоровья, удачи, оптимизма и большого счастья!
Успехов в работе Евро-Азиатской ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов!

А.В.Покровский



ЖУРАВЛЕВ А.Л.,
Заместитель председателя
Законодательного Собрания Челябинской области,
заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук

Дорогие друзья!

От имени депутатов комитета Законодательного Собрания по социальной политике примите слова приветствия и пожелания плодотворной работы всем организаторам и участникам V Международного медицинского научно-практического форума «Ангиология: инновационные технологии в диагностике и лечении заболеваний сосудов и сердца. Интервенционная кардиология».

Мероприятие проходит в 2016 году в пятый раз. Вопросы борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями по-прежнему являются наиболее актуальной проблемой здравоохранения большинства стран мира. Экспертами Всемирной Организации здравоохранения прогнозируется дальнейший рост сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, как в развитых, так и развивающихся странах мира.

Ваш форум, ставший уже традиционным, и объединивший врачей, организаторов здравоохранения и ученых, является знаковым событием в жизни медицинской общественности Южного Урала. Выражаю уверенность, что работа форума будет направлена на определение конкретных мер по реализации тех серьезных задач, которые стоят перед здравоохранением Челябинской области, а предложения и рекомендации, выработанные на форуме, найдут свое применение на практике.

Мы высоко ценим людей интеллектуального труда, тех, кто генерирует перспективные идеи и претворяет их в жизнь. Желаю Вам крепкого здоровья, неиссякаемой энергии, творческих и жизненных сил, счастья, благополучия и дальнейших успехов в профессиональной деятельности.

А.Л. Журавлев



**ФОКИН А.А.,
Заслуженный врач России,
Президент Евро-Азиатской Ассоциации сосудистых
хирургов и ангиологов,
доктор медицинских наук, профессор**

**Глубокоуважаемые коллеги!
Дорогие друзья! Многочисленные гости!**

Традиционный V Международный медицинский Форум «Ангиология: инновационные технологии в диагностике и лечении заболеваний сосудов. Интервенционная кардиология» вновь гостеприимно встречает Вас в столице Южного Урала – Челябинске.

Прошло четыре года с момента первого проведения этого мероприятия. Сформировался круг постоянных участников и постоянно расширяется число вовлеченных в обсуждение наших профессиональных вопросов. Форум – это площадка для обмена мнениями по актуальным вопросам клинической и научной деятельности, выработки общего понимания задач и проблем, стоящих перед отраслью и путей их решения, формирования механизмов взаимодействия между учреждениями, специалистами, с властью и обществом. Одними из наиболее приоритетных задач здравоохранения большинства развитых стран мира, имеющих долгосрочные Национальные программы по сердечно-сосудистым заболеваниям являются профилактика и лечение болезней системы кровообращения и в первую очередь атеросклероза – подлинного бича нашего времени. Прогрессирующий рост заболеваемости и смертности от патологии сосудов в современной России является следствием сложных социально-экономических условий жизни в стране. Сегодня более половины соотечественников умирают от сердечно-сосудистых заболеваний, нередко в наиболее трудоспособном возрасте. Огромные материальные и интеллектуальные потери для государства обнажают тревожную реальность.

Идеологией Форумов с самого начала было вовлечено в работу обширной когорты специалистов с разных позиций и с разными возможностями занимающихся лечением заболеваний сосудов и сердца. Накопились реальные результаты наших встреч. Нет способов подсчитать дружбу, возникшую здесь в Челябинске и продолжившуюся дальше по жизни. В существующих условиях особое значение приобретает обсуждение новых медикаментов и инвазивных средств диагностики и лечения, позволяющих достигать высокого эффекта с низкой вероятностью осложнений и побочных эффектов. В этом году впервые в рамках Форума будут подняты вопросы восстановительного лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Со времени организации нашей первой встречи основной идеологией Форума была идея о постоянном повышении качества лечения с одновременным уменьшением его риска. Нашей настойчивости, профессионализма, креативности хватит для реализации поставленных целей.

Мои особые пожелания коллегам – хирургам. Говоря словами классика – профессора С.С.Юдина. «Хирургическое творчество непременно складывается из двух различных элементов: искусства рукодейства и научного мышления. Одно без другого окажется бесплодным. Все виды ремесел требуют особых навыков, но ни в одной отрасли человеческой деятельности не соединяется столько различных специальных свойств, как в хирургии».

Желаю всем успешной плодотворной работы, здоровья и личного счастья!

А.А. Фокин



**ЛУКИН О.П.,
главный внештатный сердечно-сосудистый
хирург Министерства здравоохранения
Челябинской области, главный врач
ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава
России, доктор медицинских наук, профессор,
г. Челябинск**

Участникам
V международного научно-практического медицинского Форума
«Ангиология: инновационные технологии в диагностике и лечении
заболеваний сосудов и сердца. Интервенционная кардиология»

Дорогие друзья!

Мы рады Вас приветствовать на V международном научно-практическом Форуме!

Не случайно, что Форум традиционно проводится в г. Челябинске, где сложилась своя школа сердечно-сосудистых хирургов, основная цель которой – снижение смертности населения от болезней системы кровообращения. В историю регионального здравоохранения неотъемлемо вписаны имена выдающихся врачей – сердечно-сосудистых хирургов, основателей кардиохирургической школы: Юрия Ивановича Мальшева, Исаака Михайловича Портного, Анатолия Александровича Фокина и многих других. Лучшие традиции продолжает нынешнее поколение кардиохирургов.

Название Форума характеризует основные направления в нашей деятельности. Наша задача – использовать современные методы диагностики и хирургического лечения, а также возможность поделиться опытом использования новых технологий со своими коллегами. Надеюсь, что на Форуме будут обсуждаться интересующие вас вопросы, и вы примите в активное участие в работе профильных секций.

Уважаемые коллеги, говорят «Медицина слагается из науки и искусства, а над ними простирается чудесный покров героизма». Это действительно так. Ваше подвижничество, самоотверженность и ежедневный труд без права на ошибку равносильны героическому подвигу. Спасибо Вам за верность призванию, благородство и доброту, за то, что вы бережно храните величайшую ценность на свете – человеческое здоровье и жизнь.

Желаю участникам Форума оптимизма, высокого профессионализма, творческих побед и, конечно, здоровья!!!

С наилучшими пожеланиями, О.П. Лукин



**ХУТОРЯН Л.М.,
директор ООО КВЦ «Урал»**

Уважаемые участники Форума!

В пятый раз в Челябинске проводится Международный медицинский научно-практический Форум «Ангиология: инновационные технологии в диагностике и лечении заболеваний сосудов и сердца. Интервенционная кардиология» и VII специализированная выставка «Уралмедфарм».

Актуальность тематики Форума обусловлена не только широкой распространенностью и высокой социальной значимостью сердечно-сосудистых заболеваний, но и новыми перспективами, которые открывает модернизация здравоохранения в нашей стране. Форум, в рамках которого, по установившейся уже традиции, на междисциплинарной основе будут обсуждаться современные подходы к диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний, имеет все основания стать значимым событием в жизни научно-медицинского сообщества.

В Форуме 2016г. заявили свое участие специалисты из 132 организаций, в т.ч.: 11 институтов, 8 Федеральных кардиоцентров, 25 клиник, 13 университетов, 5 Федеральных научных центров, 5 др. организации из 24 городов РФ: Калининграда, Таганрога, Ростова-на-Дону, Москвы, Санкт-Петербурга, Самары, Томска, Перми, Тюмени, Новосибирска, Екатеринбургa, Ула-Удэ, Уфы, Ижевска, Кисловодска, Казани, Омска, Кургана и т.д. На Форуме выступают пять ведущие специалисты Челябинска и Магнитогорска.

В научно-деловой Форума будут представлены 82 доклада ученых и практических специалистов ведущих научных центров и клиник из России, дальнего и ближнего зарубежья: представители Республики Крым, ДНР (Донецк), Латвии, Литвы, Чехии, Германии, Казахстана, Киргизии, Узбекистана, Беларуси. Планируется участие делегации из Кубы.

Позвольте выразить слова глубочайшей благодарности Оргкомитету Форума, всем участникам и партнерам, кто принял от нас приглашение поддержать своим участием V Международный медицинский Форум «Ангиология: инновационные технологии в диагностике и лечении заболеваний сосудов и сердца. Интервенционная кардиология» и VII специализированную выставку «Уралмедфарм».

Надеюсь, что Форум предоставит для вас возможность получить новые знания и расширить уровень профессиональной компетенции, познакомиться с достижениями передовых российских медицинских научных центров и приобщиться к зарубежному опыту.

Хочется верить, что Форум, посвященный проблемам диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний, ставший уже традиционным для Челябинска и проводимый ежегодно, будет привлекать внимание все более широкого круга специалистов.

Желаю всем участникам Форума здоровья, успешной работы и профессионального роста.

Л.М. Хуторян

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|----|
| V Международный медицинский научно-практический Форум «Ангиология: инновационные технологии в диагностике и лечении заболеваний сосудов и сердца. Интервенционная кардиология». | |
| Программа | 10 |
| Пленарное заседание «Обсуждение вопросов организации, стратегии развития служб кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии, потребности и проблемы» (17 марта 2016 г.) | 14 |
| V Ежегодная Ассамблея НП «Евро-Азиатская Ассоциация ангиологов и сосудистых хирургов» (17 марта 2016 г.)..... | 15 |
| Научно-практическая конференция «Малоинвазивные методы в сердечно-сосудистой хирургии» (17 марта 2016 г.) | 15 |
| Сателлитный симпозиум компании «Пфайзер»: «Новые возможности в лечении и профилактике тромбоза глубоких вен. Новые рекомендации» (18 марта 2016 г.) | 18 |
| Сателлитный симпозиум компании «Астра-Зенека»: «Интервенционные методы лечения острого коронарного синдрома (18 марта 2016 г.) | 18 |
| Демонстрационный мастер-класс при участии компании «Евросервис»: «Катетер-управляемый тромболитис у больных тромбозом глубоких вен нижних конечностей» (18 марта 2016 г.) | 19 |
| Научно-практическая конференция «Острый коронарный синдром: новые подходы в диагностике, лечении и реабилитации» (18 марта 2016 г.) | 19 |
| Демонстрационный мастер-класс ООО «Иннотек»: «Радиочастотная абляция» (18 марта 2016 г.) | 20 |
| Научно-практическая конференция «Проблемы современной сосудистой хирургии». (18 марта 2016 г.) | 20 |
| Сателлитный симпозиум компании «Берингер Ингельхайм»: «Современные пероральные антикоагулянты в практике лечения и профилактики венозных тромбозов» (18 марта 2016 г.) | 21 |
| Научно-практическая конференция «Проблемы современной сосудистой хирургии» (Продолжение) (18 марта 2016 г.) | 23 |
| Научно-практическая конференция «Легочная артериальная гипертензия» (18 марта 2016 г.) | 24 |

| | |
|---|-----|
| Научно-практическая конференция «Проблемы современной сосудистой хирургии». (Продолжение) (19 марта 2016 г.) | 26 |
| Круглый стол «Обмен практическим опытом инвазивных методов лечения больных с острым коронарным синдромом» (19 марта 2016 г.) | 29 |
| Список участников форума..... | 31 |
| Сборник докладов | 37 |
| Каталог участников форума | 250 |

V Международный медицинский научно-практический Форум

**АНГИОЛОГИЯ: ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСУДОВ.
ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ КАРДИОЛОГИЯ**

17-19 марта 2016 г.

г. Челябинск

ПРОГРАММА ФОРУМА

ПРОГРАММА-ТАЙМИНГ
V Международного медицинского научно-практического Форума
«Ангиология: инновационные технологии в диагностике
и лечении заболеваний сосудов и сердца.
Интервенционная кардиология»

17-19 марта 2016 г.

Место проведения: конгресс-отель «Малахит», ул. Труда, 153

| 17 марта 2016 года, первый день работы Форума | | | |
|---|--|-------------|--|
| 10.00-11.00 | Регистрация участников (фойе конгресс-отеля «Малахит») | | |
| 10.00-10.30 | Пресс-конференция | | |
| 10.30-11.00 | Официальное открытие VII специализированной выставки «Уралмедфарм» («Изумрудный зал», Зал №2, 2-ой этаж) Приветственное слово участникам выставки. Осмотр выставочной экспозиции. | | |
| 11.00-11.20 | Официальное открытие Форума («Золотой зал», 1-ый этаж) Приветственное слово участникам Форума. | | |
| 11.20-15.30 | Пленарная конференция «Обсуждение вопросов организации, стратегии развития служб кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии, потребности и проблемы» («Золотой зал», 1-ый этаж) | | |
| 15.30-18.00 | V Ежегодная Ассамблея НП «Евро-Азиатская Ассоциация ангиологов и сосудистых хирургов» («Золотой зал», 1-ый этаж) | 15.30-18.25 | Научно-практическая конференция «Малоинвазивные методы в сердечно-сосудистой хирургии» «Изумрудный зал», Зал №2, 2-ой этаж |
| 18 марта 2016 года, второй день работы Форума | | | |
| 09.00 | Начало работы Форума («Золотой зал», 1-ый этаж) | 09.00 | Начало работы Форума («Изумрудный зал», Зал №2, 2-ой этаж) |
| В программе работы запланировано посещение Форума Кубинской делегацией. | | | |
| 09.00-10.30 | Сателлитный симпозиум компании «Пфайзер»: «Новые возможности в лечении и профилактике тромбоза глубоких вен. Новые рекомендации» | 09.00-10.10 | Сателлитный симпозиум компании «Астра-Зенека»: «Интервенционные методы лечения острого коронарного синдрома» |
| 10.30-12.00 | Демонстрационный мастер-класс при участии компании «Евросервис»: «Катетер-управляемый тромболитизис у больных тромбозом глубоких вен нижних конечностей» | 10.10-16.00 | Научно-практическая конференция «Острый коронарный синдром: новые подходы в диагностике, лечении и реабилитации» |
| 12.00-13.30 | Демонстрационный мастер-класс ООО «Иннотек»: «Радиочастотная абляция вари- | 16.00-17.30 | Научно-практическая конференция «Легочная артериальная гипертензия» |

**V Международный медицинский научно-практический Форум
Челябинск • 2016**

| | | | |
|--|---|-------------|--|
| | кознодорожных вен нижних конечностей» | | |
| 13.30-14.00 | Перерыв | | |
| 14.00-15.30 | Научно-практическая конференция «Проблемы современной сосудистой хирургии» | | |
| 15.30-16.50 | Сателлитный симпозиум компании «Берингер Ингельхайм»: «Современные пероральные антикоагулянты в практике лечения и профилактики венозных тромбозов» | | |
| 16.50-18.15 | Научно-практическая конференция «Проблемы современной сосудистой хирургии» (Продолжение) | | |
| 19 марта 2016 года, третий день работы Форума | | | |
| 10.00-17.45 | Научно-практическая конференция «Проблемы современной сосудистой хирургии» («Золотой зал», 1-ый этаж) (Продолжение) | 10.00-12.00 | Круглый стол «Обмен практическим опытом инвазивных методов лечения больных с острым коронарным синдромом» (ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», 5 корпус, 2 этаж, 213 аудитория, конференц-зал) |

ПРОГРАММА ФОРУМА

**V Международного медицинского научно-практического Форума
«Ангиология: инновационные технологии в диагностике
и лечении заболеваний сосудов и сердца.
Интервенционная кардиология»**

17-19 марта 2016 г.

Место проведения: конгресс-отель «Малахит», ул. Труда, 153

| 17 марта 2016 года, первый день работы Форума | |
|--|--|
| 10.00-11.00 | Регистрация участников (фойе конгресс-отеля «Малахит») |
| 10.00-10.30 | Пресс-конференция |
| 10.30-11.00 | Официальное открытие выставки «Уралмедфарм» («Изумрудный зал», Зал №2, 2-ой этаж) Приветственное слово участникам выставки: – Долгушин Илья Ильич, ректор Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, член-корреспондент Российской академии медицинских наук, д.м.н., профессор; – Журавлев Александр Леонидович, заместитель председателя Законодательного Собрания Челябинской области, к.м.н.; – Кремлев Сергей Леонидович, Министр здравоохранения Челябинской области, д.м.н., профессор; – Хуторян Лариса Михайловна, директор Конгрессно-выставочного центра «Урал». Осмотр выставочной экспозиции. |
| 11.00-11.20 | Официальное открытие Форума («Золотой зал», 1-ый этаж) Приветственное слово участникам Форума: – Альтман Дмитрий Александрович, председатель Медицинской палаты Челябинской области, главный врач ЧОКБ №1, д.м.н., профессор, г. Челябинск; – Москвичева Марина Геннадьевна, председатель общественного Совета при Министерстве здравоохранения Челябинской области, проректор Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., профессор; – Фокин Алексей Анатольевич, заведующий кафедрой хирургии Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Президент Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, д.м.н., профессор, г. Челябинск; – Королев Сергей Владимирович, главный врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной кардиологический диспансер», главный внештатный кардиолог Минздрава Челябинской области, г. Челябинск; – Лукин Олег Павлович, главный сердечно-сосудистый хирург Минздрава ЧО, главный врач ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава РФ, д.м.н., профессор, г. Челябинск |

| | | |
|-------------|---|--|
| 11.20-11.30 | <p>Пленарная конференция «Обсуждение вопросов организации, стратегии развития служб кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии, потребности и проблемы» («Золотой зал», 1-ый этаж)</p> <p><u>Модераторы:</u></p> | <ul style="list-style-type: none"> –Альтман Дмитрий Александрович, председатель Медицинской палаты Челябинской области, главный врач ЧОКБ №1, д.м.н., профессор, г. Челябинск; –Королев Сергей Владимирович, главный врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной кардиологический диспансер», главный внештатный кардиолог Минздрава Челябинской области, г. Челябинск; –Москвичева Марина Геннадьевна, проректор ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., профессор, г. Челябинск; –Фокин Алексей Анатольевич, заведующий кафедрой хирургии Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Президент Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, д.м.н., профессор, г. Челябинск; –Шалаев Сергей Васильевич, главный кардиолог Уральского Федерального округа, руководитель Центра Сердца и Сосудов государственного бюджетного учреждения здравоохранения Тюменской области «Областная клиническая больница № 1», заведующий кафедрой кардиологии государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., профессор, г. Тюмень; –Шимек Станислав, член Европейского Кардиологического общества, кардиолог 2-ой Университетской клиники, отделение кардиологии и ангиологии 1-го медицинского факультета Карлова Университета, доцент, доктор медицины, г. Прага, Чехия. |
| 11.20-11.40 | <p>Медико-социальная характеристика пациентов с инфарктом миокарда</p> | <p>Москвичева Марина Геннадьевна, проректор Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., профессор, г. Челябинск</p> |
| 11.40-12.00 | <p>Moderní léčba infarktu myokardu. Современные методы лечения инфаркта миокарда</p> | <p>Шимек Станислав, член Европейского Кардиологического общества, кардиолог 2-ой Университетской клиники, отделение кардиологии и ангиологии 1-го медицинского факультета Карлова Университета, доцент, доктор медицины, г. Прага, Чехия</p> |
| 12.00-12.20 | <p>Современное состояние кардиологической помощи в Уральском Федеральном округе</p> | <p>Шалаев Сергей Васильевич, главный кардиолог Уральского Федерального округа, руководитель Центра Сердца и Сосудов государственного бюджетного учреждения здравоохранения Тюменской области «Областная клиническая больница №1», заведующий кафедрой кардиологии государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., профессор, г. Тюмень</p> |

| | | |
|-------------|--|---|
| 12.20-12.40 | Современное состояние коронарной хирургии в Челябинской области: проблемы и перспективы | Лукин Олег Павлович, главный сердечно-сосудистый хирург Минздрава ЧО, главный врач ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава РФ, д.м.н., профессор, г. Челябинск |
| 12.40-13.00 | Минимально инвазивная хирургия митрального и аортального клапанов сердца | Леонтьев Сергей Андреевич, заведующий отделением кардиохирургии кардиохирургического центра, приват-доцент, д.м.н., профессор, г. Лейпциг, Германия |
| 13.00-13.20 | Состояние и перспективы развития кардиологической помощи в Челябинской областной клинической больнице | Миронов Владимир Александрович, профессор кафедры госпитальной терапии ГБОУ высшего профессионального образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, руководитель кардиологического центра Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинская областная клиническая больница», главный кардиолог, д.м.н., профессор, г. Челябинск |
| 13.20-14.00 | Перерыв | |
| 14.00-14.20 | Некоторые организационные аспекты принятия решения о виде реваскуляризации у больных с ИБС | Бузаев Игорь Вячеслав, к.м.н., зав. отд. РХМДиЛ №1, главный внештатный специалист по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению МЗ РБ, ГБУЗ Республиканский кардиологический центр, г. Уфа |
| 14.20-14.40 | Организация и опыт работы Единого консультационно-диагностического Центра функциональной диагностики ОГКБ №3, Челябинск | Мыльников Владимир Владимирович, руководитель сосудистого центра ОГКБ №3, г. Челябинск |
| 14.40-15.00 | Прогрессирование варикозных вен после эндовенозного лечения. Результаты пятилетнего наблюдения | Гинтарис Вилькявичус, Вильнюсский университет, вице-президент Общества сосудистой хирургии Литвы, д.м.н., профессор, г. Вильнюс |
| 15.00-15.15 | Сосудистая хирургия в Республике Казахстан | Султаналиев Токан Анарбекович, главный хирург АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии», Президент Казахстанского общества сосудистых хирургов, д.м.н., профессор, г. Астана, Казахстан |
| 15.15-15.30 | Отработка механизмов преимущественности оказания специализированной реабилитационной помощи на госпитальном и амбулаторном этапах у пациентов после кардиохирургических вмешательств | Ткачева Агата Геннадьевна, главный врач, МБУЗ «Городская клиническая больница №2», г. Челябинск |
| 15.30-18.00 | V Ежегодная Ассамблея НП «Евро-Азиатская Ассоциация ангиологов и сосудистых хирургов» | 15.30-18.25 Научно-практическая конференция «Малоинвазивные методы в сердечно-сосудистой хирургии» |

| | | | | | |
|-------------|--|--|-------------|---|--|
| | <p>(«Золотой зал», 1-ый этаж) <u>Модераторы:</u> – Фокин Алексей Анатольевич, заведующий кафедрой хирургии Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Президент Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, профессор, д.м.н., г. Челябинск; – Бурлева Елена Павловна, заслуженный врач Российской Федерации, кафедра общей хирургии, Уральская государственная медицинская академия, д.м.н., профессор, г. Екатеринбург</p> | | | <p>«Изумрудный зал», Зал №2, 2-ой этаж <u>Модераторы:</u> – Королев Сергей Владимирович, главный врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной кардиологический диспансер», главный внештатный кардиолог Минздрава Челябинской области, г. Челябинск; – Леонтьев Сергей Андреевич, заведующий отделением кардиохирургии кардиохирургического центра, приват-доцент, д.м.н., профессор, г. Лейпциг, Германия; – Лукин Олег Павлович, главный сердечно-сосудистый хирург Минздрава ЧО, главный врач ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава РФ, д.м.н., профессор, г. Челябинск</p> | |
| 15.30-15.40 | Итоги работы Ассоциации в 2015 г. | Борсук Денис Александрович, исполнительный директор Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, директор ООО «Медлайн» Клиника современной флебологии, к.м.н., г. Челябинск | 15.30-15.50 | ТАVI (транскатетерное протезирование аортального клапана) актуальное состояние проблемы | Леонтьев Сергей Андреевич, заведующий отделением кардиохирургии кардиохирургического центра, приват-доцент, д.м.н., профессор, г. Лейпциг, Германия |
| 15.40-16.10 | Реконструктивная хирургия вен | Шайдаков Евгений Владимирович, ВрИО директора ФГБНУ «Институт Экспериментальной Медицины», Председатель Санкт-Петербургского Международного Венозного Форума, действительный член Американского Венозного Форума, Президент Европейского Венозного Форума 2015 г., д.м.н., профессор, г. Санкт-Петербург | 15.50-16.10 | Диапазон использования окклюдеров для решения различных клинических задач в работе ФЦССХ (Челябинск) | Пискунов Сергей Анатольевич, заведующий отделением, ФГБУ Федеральный центр сердечнососудистой хирургии Министерства здравоохранения РФ, г. Челябинск |
| | | | 16.10-16.25 | Антеградная перфузия головного мозга при операциях на дуге аорты | Аминов Владислав Вадимович, заведующий кардиохирургическим отделением, к.м.н., ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России, г. Челябинск |
| | | | 16.25-16.40 | Результаты применения | Аминов Владислав Вадимович, заве- |

| | | | | | |
|-------------|---|---|-------------|--|---|
| 16.10-16.30 | Хронические заболевания вен и проблема коморбидности | Богачев Вадим Юрьевич, заведующий отделом ангиологии и сосудистой хирургии НИИ клинической хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор, г. Москва | | министернотомии при хирургической коррекции приобретенной патологии сердца | дующий кардиохирургическим отделением, к.м.н., ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России, г. Челябинск |
| 16.30-16.50 | Синдром диабетической стопы – вопросы диагностики и хирургического лечения | Кривошеков Евгений Петрович, кафедра хирургии ИПО ГБОУ ВПО «Самарский медицинский университет», ГБУ «Самарская областная клиническая больница им. Середавина» № 8, д.м.н., профессор, г. Самара | 16.40-16.55 | Коронарное шунтирование из левосторонней переднебоковой торакотомии у пациентов с ИБС | Шнейдер Юрий Александрович, ФГБУ «Федеральный центр высоких медицинских технологий» Министерства здравоохранения Российской Федерации», г. Калининград |
| 16.50-17.10 | Активная хирургическая тактика при острых проксимальных венозных тромбозах | Хмельникер Семен Маркович, главный врач, МБУ «ЦГБ №20», к.м.н., г. Екатеринбург | 16.55-17.10 | Шовные материалы: актуальные вопросы импортозамещения в сердечно-сосудистой хирургии | Шелест Вадим Валерьевич, директор ООО «Балумед», г. Ростов-на-Дону |
| 17.10-17.30 | Роль статинов во вторичной профилактике при поражении периферических артерий. | Ильиных Дмитрий Леонидович, доцент кафедры терапии ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, зав. отделением ГКБ №2, к.м.н., г. Челябинск | 17.10-17.30 | Причины капиллярной гипоперфузии микрососудистых локусов при нарушениях кардиосинхронизированного сосудодвигательного рефлекса | Байтингер Владимир Федорович, заслуженный врач РФ, президент АНО «НИИ микрохирургии ТНЦ СО РАМН», главный внештатный пластический хирург Департамента здравоохранения Томской области, главный редактор журнала «Вопросы реконструктивной и пластической хирургии», д.м.н., профессор, г. Томск |
| 17.30-17.50 | Организация амбулаторной флебологической помощи: состояние, проблемы, перспективы | Борсук Денис Александрович, исполнительный директор Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, директор ООО «Медлайн» Клиника современной флебологии, к.м.н., г. Челябинск | 17.30-17.45 | Гибридная хирургия аневризм торакоабдоминальной аорты | Комаров Роман Николаевич, зав. кафедрой сердечно-сосудистой хирургии и инвазивной кардиологии, директор университетской клиники аортальной и сердечно-сосудистой |
| 17.50- | Новое в | Попова Татьяна | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|-------------|---|---|
| 18.00 | управлении качеством оказания медицинской помощи и борьбе с инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи. | Анатольевна, ведущий сотрудник, «Эколаб», г. Санкт-Петербург. | | | хирургии Первого МГМУ им. ИМ Сеченова, д.м.н., г. Москва |
| | | | 17.45-18.00 | Результаты применения местных гемостатиков в кардиохирургии | Серажитдинов Алик Шафкатович, зав. отделением сосудистой хирургии № 2, ГБУЗ ЧОКБ, Центр хирургии сердца и сосудов, г. Челябинск |
| | | | 18.00-18.15 | Опыт ФЦВМТ (г. Калининград) транскатетерной имплантации аортального клапана | Акобян Тигран Левонович, Бюджетное учреждение «Федеральный центр высоких медицинских технологий» Министерства здравоохранения Российской Федерации, к.м.н., г. Калининград. |
| | | | 18.15-18.25 | Опыт эндоваскулярных вмешательств доступом через плечевую артерию в первичном сосудистом отделении | Иванов Иван Иванович, заведующий кардиологическим отделением МАУЗ «Городская больница №3», к.м.н., г. Магнитогорск |
| 18 марта 2016 года, второй день работы Форума | | | | | |
| 09.00 | Начало работы Форума («Золотой зал», 1-ый этаж) | | 09.00 | Начало работы Форума («Изумрудный зал», Зал №2, 2-ой этаж) | |
| В программе работы запланировано посещение Форума Кубинской делегацией. Дополнительный доклад: «Кубинский опыт в использовании человеческого рекомбинантного эпидермального роста в лечении диабетической стопы». Профессор: Хосе Эстебан Сауди Чавес (Jose Esteban Saudi Chavez) | | | | | |
| 09.00-10.30 | Сателлитный симпозиум компании «Пфайзер»: «Новые возможности в лечении и профилактике тромбоза глубоких вен. Новые рекомендации» <u>Модератор:</u> Фокин Алексей Анатольевич, заведующий кафедрой хирургии Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего | | 09.00-10.10 | Сателлитный симпозиум компании «Астра-Зенека»: «Интервенционные методы лечения острого коронарного синдрома» <u>Модераторы:</u> –Королев Сергей Владимирович, главный врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский област- | |

| | | | | |
|-------------|---|---|--|---|
| | <p>профессионального образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Президент Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, д.м.н., профессор, г. Челябинск</p> | | <p>ной кардиологический диспансер», главный внештатный кардиолог Минздрава Челябинской области, г. Челябинск; – Леонтьев Сергей, заведующий отделения кардиохирургии кардиохирургического центра, приват-доцент, д.м.н., профессор, г. Лейпциг, Германия; – Лукин Олег Павлович, главный сердечно-сосудистый хирург Минздрава ЧО, главный врач ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава РФ, д.м.н., профессор, г. Челябинск</p> | |
| 09.00-10.00 | <p>Взгляд хирурга на вопросы эффективности и безопасности антикоагулянтной терапии при лечении ВТЭ. Обзор последних рекомендаций.</p> | <p>Андряшкин Вячеслав Валентинович, ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, д.м.н., профессор, г. Москва</p> | 09.00-09.45 | <p>Инвазивная стратегия лечения острого коронарного синдрома. Что мы лечим: пациентов или стенты</p> |
| 10.00-10.30 | <p>Венозная тромбоемболия (ВТЭ): Фокус на апиксабан. Клинический разбор.</p> | <p>Владимирский Владимир Владимирович, главный сосудистый хирург Минздрава ЧО, зав. отделением сосудистой хирургии ГБУЗ Челябинская областная клиническая больница, д.м.н., профессор, г. Челябинск</p> | | <p>Патрикеев Александр Викторович, заведующий отделением анестезиологии и реанимации для кардиологических больных №4, ОАО «Российские железные дороги», НУЗ «ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко, к.м.н., г. Москва</p> |
| 10.30-12.00 | <p>Демонстрационный мастер-класс при участии компании «Евросервис»: «Катетер-управляемый тромболитис у больных тромбозом глубоких вен нижних конечностей» («Золотой зал», 1-ый этаж) <u>Модератор:</u> Владимирский Владимир Владимирович, главный сосудистый хирург Министерства здравоохранения Челябинской области, заведующий отделением сосудистой хирургии Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинская областная клиническая больница», д.м.н., г. Челябинск <u>Операцию проводит:</u> Сонькин Игорь Николаевич, сердечно-сосудистый хирург, заведу-</p> | | 09.45-10.10 | <p>Пациенты с ОКС – выбор инвазивной стратегии лечения. Клинический разбор.</p> |
| | | | 10.10-16.00 | <p>Научно-практическая конференция «Острый коронарный синдром: новые подходы в диагностике, лечении и реабилитации» («Изумрудный зал», Зал №2, 2-ой этаж) <u>Модераторы:</u> – Королев Сергей Владимирович, главный врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной кардиологический диспансер», главный внештатный кардиолог Минздрава Челябинской области,</p> |

| | | | |
|-------------|---|-------------|--|
| | <p>ющий отделением сосудистой хирургии, НУЗ «Дорожная клиническая больница ОАО «РЖД», к.м.н., г. Санкт-Петербург</p> | | <p>г. Челябинск; –Миронов Владимир Александрович, руководитель кардиологического центра ЧОКБ№1, главный кардиолог, д.м.н., профессор, г. Челябинск; –Шалаев Сергей Васильевич, главный кардиолог Уральского Федерального округа, руководитель Центра Сердца и Сосудов ГБУЗ Тюменской области «Областная клиническая больница №1», заведующий кафедрой кардиологии ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., профессор, г. Тюмень</p> |
| 12.00-13.30 | <p>Демонстрационный мастер-класс ООО «Иннотек»: «Радиочастотная абляция варикознорасширенных вен нижних конечностей» («Золотой зал», 1-ый этаж) Модератор: Владимирский Владимир Владимирович, главный сосудистый хирург Министерства здравоохранения Челябинской области, заведующий отделением сосудистой хирургии ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», д.м.н., профессор, г. Челябинск Операцию проводит: Беленцов Сергей Михайлович, сосудистый хирург, флеболог, врач-консультант медицинского центра «АнгиоЛайн», д.м.н., профессор, г. Екатеринбург</p> | 10.10-10.30 | <p>Современные подходы к организации помощи пациентам с острым коронарным синдромом на базе региональной сети», это то, что называется в проекте программы «маршрутизация при ОКС</p> <p>Яковлев Алексей Николаевич, ФГБУ «Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова», д.м.н., профессор, г. Санкт-Петербург</p> |
| 13.30-14.00 | Перерыв | | |
| 14.00-15.30 | <p>Научно-практическая конференция «Проблемы современной сосудистой хирургии» («Золотой зал», 1-ый этаж) Модераторы: –Владимирский Владимир Владимирович, главный сосудистый хирург Министерства здравоохранения Челябинской области, заведующий отделением сосудистой хирургии ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», д.м.н., г. Челябинск; –Покровский А.В., д.м.н., академик РАН, профессор, президент Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов, зав. кафедрой ангиологии, сосудистой и эндоваскулярной хирургии Российской Медицинской Академии Постдипломного Образования, г. Москва; –Фокин Алексей Анатольевич, заведующий кафедрой хирургии ГБОУ ВПО «Южно-Уральский</p> | 10.30-10.50 | <p>Новые оральные антикоагулянты в лечении в лечении острого коронарного синдрома</p> <p>Шалаев Сергей Васильевич, главный кардиолог Уральского Федерального округа, руководитель Центра Сердца и Сосудов государственного бюджетного учреждения здравоохранения Тюменской области «Областная клиническая больница №1», заведующий кафедрой кардиологии государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образова-</p> |

| | | | | | |
|-------------|--|--|------------------------------------|---|---|
| | государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Президент Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, д.м.н., профессор, г. Челябинск | | | | ния «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., профессор, г. Тюмень |
| 14.00-14.30 | Современное состояние сосудистой хирургии в Российской Федерации | Покровский А.В., академик РАН, президент Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов, зав. кафедрой ангиологии, сосудистой и эндоваскулярной хирургии Российской Медицинской Академии Постдипломного Образования, д.м.н., профессор, г. Москва | 10.50-11.10 | Специализированная медицинская помощь при инфарктах миокарда у пациентов старше 75 лет | Киреева Татьяна Сергеевна, кардиолог, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск |
| 14.30-15.00 | | | Врожденные патологии грудной аорты | Аракелян Валерий Сергеевич, главный научный сотрудник НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, д.м.н., профессор, г. Москва | 11.10-11.30 |
| 15.00-15.30 | Эндоваскулярное лечение осложненного сосудистого доступа у пациентов программного гемодиализа | Барышников Алексей Алексеевич, сердечно-сосудистый хирург, главный трансплантолог Челябинской области, руководитель областного центра трансплантологии, ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», г. Челябинск | 11.30-11.50 | Опыт организации и внедрения современных технологий лечения острого коронарного синдрома в Томской области: достижения и проблемы | Репин Алексей Николаевич, руководитель отделения реабилитации больных ФГБНУ «НИИ кардиологии», главный внештатный специалисткардиолог Томской области, д.м.н., профессор, г. Томск |
| 15.30-16.50 | Сателлитный симпозиум компании «Берингер Ингельхайм»: «Современные пероральные антикоагулянты в практике лечения и профилактики венозных тромбозов» («Золотой зал», 1-ый этаж) <u>Модераторы:</u> | | 11.50-12.10 | Опыт ГБУЗ ТО «ОКБ N1» в лечении ОКС | Рейтблат Олег Маркович, главный кардиолог города Тюмени, заведующий кардиологическим отделением №1 ГБУЗ ТО «ОКБ №1», к.м.н., г. Тюмень |

| | | | | | |
|-------------|--|--|-------------|---|---|
| | – Покровский А.В., академик РАН, президент Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов, зав. кафедрой ангиологии, сосудистой и эндоваскулярной хирургии Российской Медицинской Академии Постдипломного Образования, д.м.н., профессор, г. Москва; – Фокин Алексей Анатольевич, заведующий кафедрой хирургии Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Президент Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, д.м.н., профессор, г. Челябинск | | 12.10-12.30 | Эхокардиография в диагностике ишемической болезни сердца: неочевидные синдромы | Ярославская Елена Ильинична, врач УЗД, старший научный сотрудник лаборатории инструментальной диагностики научного отдела инструментальных методов исследования Филиала НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр», к.м.н., г. Тюмень |
| | | | 12.30-12.40 | Перерыв | |
| | | | 12.40-13.00 | Эндоваскулярное лечение острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST у пожилых больных | Сощенко Дмитрий Геннадьевич, НУЗ ДКБ на ст. Челябинск ОАО РЖД, г. Челябинск |
| 15.30-15.50 | Риски кровотечения как проблема эффективного лечения венозного тромбоза | Андрияшкин Вячеслав Валентинович, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор, г. Москва | | | |
| 15.50-16.10 | Антикоагулянтная терапия у пациентов с венозным тромбозом и сопутствующей сердечно-сосудистой патологией | Зотова Ирина Вячеславовна, доцент кафедры терапии, кардиологии и функциональной диагностики, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия Управления Делами Президента», к.м.н., г. Москва | 13.00-13.15 | Оценка эффективности эндоваскулярного лечения больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST | Чернигина Татьяна Петровна, Государственное автономное учреждение здравоохранения Московской области «Центральная городская клиническая больница г. Реутов» |
| 16.10-16.30 | Лечение венозных тромбозов в онкологической практике. Проблемы и перспективы. | Фокин Алексей Анатольевич, заведующий кафедрой хирургии Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Южно-Уральский государственный меди- | 13.15-13.30 | ОрганопроTECTИВНЫЕ эффекты инвазивного эндоваскулярного лечения гипертонии | Рипп Татьяна Михайловна, старший научный сотрудник отделения артериальных гипертензий, ФГБУ «Научно-исследовательский институт кардиологии» СО РАМН, к.м.н., г. Томск |
| | | | 13.30- | Оптимизация | Билан Михаил |

| | | | | | |
|-------------|--|---|-------------|---|--|
| | | цинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Президент Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, д.м.н., профессор, г. Челябинск | 13.45 | протокола гемостаза у пациентов с лучевым артериальным доступом | Иванович, зав. отделением рентгенхирургии, АНО «Центральная медсанчасть», г. Магнитогорск |
| | | | 13.45-14.00 | Опыт программы реабилитации пациентов после аортокоронарного шунтирования, начиная с 10-х суток после операции. | Фарберов Владимир Наумович, зам. главного врача, Центр восстановительной медицины и реабилитации «Озеро Чусовское», г. Екатеринбург |
| 16.30-16.50 | Антикоагулянтная терапия в ортопедической хирургии: от эффективного лечения к надежной профилактике | Копенкин Сергей Семенович, доцент кафедры травматологии, ортопедии и военнополевой хирургии, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, к.м.н., г. Москва | 14.00-14.30 | Перерыв | |
| | | | 14.30-14.45 | Новые направления в лечении инфаркта миокарда: опыт «Дорожной клинической больницы на ст. Челябинск ОАО «РЖД» | Киреев Константин Александрович, врач-хирург, НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД», к.м.н., г. Челябинск |
| 16.50-18.15 | Научно-практическая конференция «Проблемы современной сосудистой хирургии» (Продолжение) («Золотой зал», 1-ый этаж) <u>Модераторы:</u> – Фокин Алексей Анатольевич, заведующий кафедрой хирургии Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Президент Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, д.м.н., профессор, г. Челябинск; – Владимирский Владимир Владимирович, главный сосудистый хирург Министерства здравоохранения Челябинской области, заведующий отделением сосудистой хирургии Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинская областная клиническая больница», д.м.н., профессор, г. Челябинск | | 14.45-15.00 | Лечение ОКС в «Федеральном Центре сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова» | Зверев Дмитрий Анатольевич, заведующий НИЛ эндоваскулярной хирургии, ФГБУ «Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова», к.м.н., г. Санкт-Петербург |
| | | | 15.00-15.15 | Опыт проведения чрескожного коронарного вмешательства у пациентов с инфарктом миокарда с остановкой сердечной деятельности на догоспитальном этапе с успешной ре- | Козлов Сергей Владимирович, заведующий отделением интервенционной кардиологии, МО «Новая больница», к.м.н., г. Екатеринбург |
| 16.50- | Флебология с | Байтингер Влади- | | | |

| | | | | | |
|-------------|---|--|-------------|---|---|
| 17.05 | позиции теории перфорасомов | мир Федорович, заслуженный врач РФ, президент АНО «НИИ микрохирургии ТНЦ СО РАМН», главный внештатный пластический хирург Департамента здравоохранения Томской области, главный редактор журнала «Вопросы реконструктивной и пластической хирургии», д.м.н., профессор, г. Томск | | анимацией | |
| | | | 15.15-15.30 | Опыт работы Клинического санатория «Барвиха» пореализации одной из наиболее эффективных программ кардиореабилитации в России. | Маркеев Игорь Иванович, зам. директора санатория по медицинской части, ФГБУ «Клинический санаторий «Барвиха» Управления Делами Президента РФ, к.м.н., г. Москва |
| 17.05-17.20 | Эндовенозная лазерная коагуляция подкожных вен крупного диаметра (более 2 см) – результаты проспективного сравнительного исследования | Борсук Денис Александрович, исполнительный директор Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, директор ООО «Медлайн» Клиника современной флебологии, к.м.н., г. Челябинск | 15.30-15.45 | Опыт применения клопидогрела и тикагрелора в составе двойной антиагрегантной терапии у больных с острым коронарным синдромом в условиях регионального сосудистого центра БУ-ЗОО «ОКБ», доклад при поддержке компании «Астра-Зенека» | Сорокина Елена Альбертовна, кардиолог отделения рентгенэндоваскулярных методов лечения, Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «ОКБ», д.м.н., профессор, г. Омск |
| 17.20-17.35 | Хирургическое лечение сочетанного поражения сонных артерий | Етекбаев Алмаз Салимович, ангиохirurg отделения сосудистой хирургии АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии», г. Астана | | | |
| 17.35-17.45 | Гибридные оперативные вмешательства в лечении аневризм инфраренального отдела аорты | Землянский Александр Викторович, рентгенхирург, АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии, г. Астана | 15.45-16.00 | Результаты изучения антиаритмического эффекта тауринаргининмагниевого комплекса | Старков Анатолий Иванович, отделение кардиохирургии, Краевая клиническая больница, г. Бийск |
| 17.45-18.00 | Результаты эндопротезирования аневризмы инфраренального отдела брюшной аорты по материалам Нацио- | Чиналиев А., резидент отделения сосудистой хирургии АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии», г. Астана | 16.00-17.30 | Научно-практическая конференция «Легочная артериальная гипертензия» («Изумрудный зал», Зал №2, 2-ой этаж) <u>Модераторы:</u> –Королев Сергей Владимирович, | |

| | | | | | |
|-----------------|---|--|-----------------|---|---|
| | нального научного цен- тра онкологии и транспланта- логии | | | главный кардиолог Министерства здравоохранения Челябинской об- ласти, главный врач Челябинского областного кардиологического дис- пансера, г. Челябинск; | |
| 18.00- 18.15 | Оптимизация эндовенозной лазерной об- литерации при варикоз- ной болезни вен нижних конечностей. | Михайличенко Максим Викторо- вич, врач, ТОО «Костонайский хи- рургический Центр», Казахстан | | – Миронов Владимир Александро- вич, профессор кафедры госпиталь- ной терапии государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессио- нального образования «Южно- Уральский государственный меди- цинский университет» Министер- ства здравоохранения Российской Федерации, руководитель кардио- логического центра ГБУЗ «Челя- бинская областная клиническая больница», главный кардиолог, д.м.н., профессор, г. Челябинск; | |
| | | | | – Шалаев Сергей Васильевич, глав- ный кардиолог Уральского Феде- рального округа, руководитель Центра Сердца и Сосудов ГБУЗ Тюменской области «Областная клиническая больница № 1», заве- дующий кафедрой кардиологии ГБОУ ВПО «Тюменский государ- ственный медицинский универси- тет» Министерства здравоохране- ния Российской Федерации, д.м.н., профессор, г. Тюмень | |
| | | | 16.00- 16.20 | Мониторинг пациентов с легочной ар- териальной гипертензией, опыт Центра легочной ар- териальной гипертензии Челябинской области | Яковлева Ольга Эдуардовна, кар- диолог Центра ЛАГ Челябинский об- ластной кардиоло- гический диспансер областной кардио- логический диспан- сер, г. Челябинск |
| | | | 16.20- 16.40 | Критерии экспертного Центра лег- очной ги- пертензии регионально- го значения. Опыт работы Оренбургской области. | Баталина Марина Вадимовна, доцент кафедры терапии ФПО ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский уни- верситет, к.м.н., г. Оренбург. |
| | | | 16.40- | Новые под- | Антипова Анжели- |

| | | | | | |
|--|--|--|-------------|---|---|
| | | | 17.00 | ходы к легочной артериальной гипертензии | ка Алексеевна, доцент кафедры внутренних болезней поликлинической терапии ГБОУ ВПО «Пермский ГМУ им. академика Е.А. Вагнера», к.м.н., г. Пермь |
| | | | 17.00-17.30 | Хроническая тромбоз-эмболическая легочная гипертензия | Едемский Александр Геннадьевич, врач сердечнососудистый хирург Центра хирургии аорты, коронарных и периферических артерий, Новосибирский НИИПК им. Е.Н. Мешалкина, к.м.н., г. Новосибирск |

19 марта 2016 года, третий день работы Форума

| | | |
|-------------|--|---|
| 10.00-17.45 | <p>Научно-практическая конференция «Проблемы современной сосудистой хирургии». (Продолжение) («Золотой зал», 1-ый этаж) Модераторы: – Фокин Алексей Анатольевич, заведующий кафедрой хирургии Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Президент Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, д.м.н., профессор, г. Челябинск; – Владимирский Владимир Владимирович, главный сосудистый хирург Министерства здравоохранения Челябинской области, заведующий отделением сосудистой хирургии Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинская областная клиническая больница», д.м.н., профессор, г. Челябинск</p> | |
| 10.00-10.15 | Новые возможности лечения больных с посттромботической болезнью нижних конечностей на фоне синдрома диабетической стопы | Кривошеков Евгений Петрович, кафедра хирургии ИПО ГБОУ ВПО «Самарский медицинский университет», ГБУ «Самарская областная клиническая больница им. Середавина» № 8, д.м.н., профессор, г. Самара |
| 10.15-10.30 | Склеротерапия расширенных вен атипичной локализации. | Богачев Вадим Юрьевич, заведующий отделом ангиологии и сосудистой хирургии НИИ клинической хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор, г. Москва |
| 10.30-10.45 | Длительное применение препарата Венарус у пациентов с различными формами хронической венозной недостаточности | Зудин Алексей Михайлович, сердечно-сосудистый хирург, кафедра госпитальной хирургии медицинского факультета РУДН, руководитель кардиологического центра ЦКБ № 2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД», главный кардиолог ОАО «РЖД», д.м.н., профессор, |

| | | |
|-------------|---|---|
| | | г. Москва |
| 10.45-11.00 | Диагностика артерио-венозных свищей | Намазбеков Макен Намазбекович, Кафедра сосудистой хирургии Киргизский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации, д.м.н., профессор, г. Бишкек, Кыргызстан |
| 11.00-11.15 | Методы ранней профилактики посттромботического синдрома | Сонькин Игорь Николаевич, сердечно-сосудистый хирург, к.м.н., заведующий отделением, Дорожная клиническая больница ОАО «РЖД», г. Санкт-Петербург. |
| 11.15-11.30 | Совершенствование организационно-методических принципов оказания помощи пациентам с венозными тромбозными осложнениями | Бурлева Елена Павловна, заслуженный врач Российской Федерации, кафедра общей хирургии, Уральская государственная медицинская академия, д.м.н., профессор, г. Екатеринбург |
| 11.30-11.45 | Принципы и результаты ведения синдрома диабетической стопы в областном подиатрическом кабинете | Бурлева Елена Павловна, заслуженный врач Российской Федерации, кафедра общей хирургии, Уральская государственная медицинская академия, д.м.н., профессор, г. Екатеринбург |
| 11.45-12.00 | Результаты открытой, международной, многоцентровой наблюдательной программы по оценке безопасности и эффективности применения препарата «Неоваскулген» у пациентов с хронической ишемией нижних конечностей | Плакса Игорь Леонидович, научный сотрудник ОАО «Институт стволовых клеток человека», г. Москва |
| 12.00-12.15 | Результаты одномоментных операций на сонных и коронарных артериях у больных мультифокальным атеросклерозом | Хорев Николай Германович, главный хирург Алтайского края, зав. отделением сосудистой хирургии, кафедра факультетской хирургии Алтайского государственного медицинского университета ГКУЗ, «Алтайский краевой кардиологический диспансер», д.м.н., профессор, г. Барнаул |
| 12.15-12.30 | Современные технологии ведения больных с поражениями центральной нервной системы и спинного мозга | Суфианов Альберт Акрамович, Федеральный Центр нейрохирургии, д.м.н., профессор, г. Тюмень |
| 12.30-12.45 | Каротидная эндартерэктомия в остром периоде ишемического инсульта | Сокурченко Герман Юрьевич, гл. врач ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС России, д.м.н., профессор, г. Москва |
| 12.45-13.00 | Эндоваскулярные лечения аневризм | Орлов Кирилл Юрьевич, старший научный сотрудник группы эндоваскулярной ангионеврологии центра ангионеврологии и нейрохирургии ННИИПК, к.м.н., Федеральное государственное бюджетное учреждение «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения Россий- |

| | | |
|-------------|---|---|
| | | ской Федерации |
| 13.00-13.15 | Об оказании помощи больным с ОНМК в наших условиях | Пашнин Сергей Леонидович, руководитель сосудистого центра ЧОКБ №1, главный специалист по нейрохирургии Челябинской области, г. Челябинск |
| 13.15-13.30 | Аномальное отхождение ветвей от экстракраниального отдела внутренней сонной артерии | Гасников Анатолий Владимирович, Центр сердечно-сосудистой хирургии ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», Челябинск, Кафедра хирургии факультета дополнительного профессионального образования, к.м.н., ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава РФ, г. Челябинск |
| 13.30-14.00 | Реконструктивные операции на сонных артериях в комплексном лечении глазного ишемического синдрома | Михайлов Михаил Сергеевич, заведующий сердечно-сосудистым отделением Городской клинической больницы №1 им. Н.И.Пирогова к.м.н., г. Самары |
| 14.00-14.30 | Перерыв | |
| 14.30-14.45 | Первый опыт применения комбинированного доступа при торакофеморальном шунтировании | Гасников Алексей Владимирович, заведующий отделением, Областной центр сердца и сосудов им. М. С. Савичевского, СОКБ №1, к.м.н., г. Екатеринбург |
| 14.45-15.00 | Хирургическое лечение критических стенозов внутренней сонной артерии при окклюзии контралатеральной артерии по данным клиники | Сулейменов Серик Сарсенканович, старший ординатор отделения сосудистой хирургии АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии», к.м.н., г. Астана, Казахстан |
| 15.00-15.15 | Результаты чрескожных коронарных вмешательств у пациентов ангиохирургического профиля при мультифокальном атеросклерозе | Тё Дмитрий, резидент отделения сосудистой хирургии АО «Научный национальный центр онкологии и трансплантологии», Астана, Казахстан |
| 15.15-15.30 | Сложности и осложнения лечения аневризм брюшной аорты | Панов Игорь Олегович, заведующий окружным центром сосудистой хирургии, Няганская окружная больница, к.м.н., г. Нягань, Тюменская область |
| 15.30-15.45 | Результаты не прямых методов реваскуляризации в лечении больных с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей | Йовбак Владимир Михайлович, заведующий отделением сосудистой хирургии, ГБУЗ РК «Крымская республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко», |
| 15.45-16.00 | Опыт эндоваскулярного лечения протяженных окклюзий подвздошно-бедренного сегмента | Билан Михаил Иванович, АНО «Центральная медсанчасть», г. Магнитогорск |
| 16.00-16.15 | Иммунотерапия в профилактике послеоперационных осложнений у боль- | Омельянюк Михаил Юрьевич, ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», г. Челябинск |

| | | |
|-----------------|--|--|
| | ных с системными васку- литами | |
| 16.15- 16.30 | Реконструктивная хирур- гия фасциального синдро- ма голени в стадии необ- ратимых изменений мышц | Пшеничный Владимир Николаевич, доцент кафедры хирургии, ангиохирург, Институт Неотложной и Вос- становительной Хирургии им. В.К. Гусака, к.м.н., г. Донецк, ДНР |
| 16.30- 16.45 | Огнестрельные поврежде- ния магистральных сосу- дов | Розин Юрий Анатольевич, Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, к.м.н., г. Донецк, ДНР |
| 16.45- 17.00 | Хирургия нижней полой вены при удалении опухо- лей забрюшинного про- странства | Уфимцев Максим Сергеевич, сердечно-сосудистый хирург, отделение хирургии сосудов, МБУЗ ГКБ №8, г. Челябинск |
| 17.00- 17.15 | Пути снижения операци- онного риска в хирургии разрывов аневризм брюш- ной аорты | Иваненко Алла Александровна, Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, д.м.н., профессор г. Донецк, ДНР |
| 17.15- 17.30 | Экстра-интракраниальное обходное шунтирование при патологии внутренних сонных артерий | Гужин Владимир Эдуардович, ФГБУ «Федеральный центр нейрохирургии» Минздрава РФ, нейрохирурги- ческое отделение №3, к.м.н., г. Новосибирск |
| 17.30- 17.45 | Транскутанная лазерная перфорация с фракцион- ной аутомиелотерапией – новый способ лечения ди- стальной ишемии нижних конечностей | Гужина Анжелика Олеговна, ГБУЗ ЦОСМП «Челя- бинский гос ударственный институт лазерной хирур- гии», Россия |
| 10.00- 12.00 | <p>Круглый стол «Обмен практическим опытом инвазивных методов лечения больных с острым коронарным синдромом» (ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», 5 корпус, 2 этаж, 213 аудитория, конференц-зал) <u>Председатель:</u> Альтман Дмитрий Александрович, главный врач ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», Заслуженный врач Российской Федерации, профессор кафедры неврологии ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет», д.м.н., профессор <u>Участники круглого стола:</u> Врачи кардиологи стационаров и поликлиник, рентгенхирурги, врачи функциональной диагностики, врачи реаниматологи</p> | |
| 10.00- 10.10 | Клинико-функциональные характеристики, показате- ли немедикаментозного контроля пациентов, пере- несших инфаркт миокарда, через год после стентиро- вания коронарных артерий | Миронов Владимир Александрович, профессор кафе- дры госпитальной терапии ГБОУ ВПО «Южно- Уральский государственный медицинский универси- тет» Министерства здравоохранения Российской Феде- рации, руководитель кардиологического центра ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», глав- ный кардиолог, д.м.н., профессор, г. Челябинск |
| 10.10- 10.20 | Инвазивные вмешаель- ства у больных ОКС с многососудистым пораже- нием коронарного русла | Станислав Шимек, член Европейского Кардиологиче- ского общества, кардиолог 2-ой Университетской кли- ники, отделение кардиологии и ангиологии 1-го ме- дицинского факультета Карлова Университета, до- |

| | | |
|-------------|---|--|
| | | цент, доктор медицины, г. Прага, Чехия |
| 10.20-10.30 | Опыт оказания помощи больным острым коронарным синдромом в Тюменской области | Шалаев Сергей Васильевич, главный кардиолог Уральского Федерального округа, руководитель областного кардиологического диспансера ГБУЗ «ОКБ № 1», заведующий кафедрой кардиологии ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, д.м.н., профессор, г. Тюмень |
| 10.30-10.40 | Инвазивные вмешательства при ОКС: опыт ЦКБ № 2 им. Н.А. Семашко | Патрикеев Александр Викторович, к.м.н., заведующий отделением анестезиологии и реанимации для кардиологических больных № 4, ОАО «Российские железные дороги», НУЗ «ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко», г. Москва |
| 10.40-10.50 | Клинический случай | Шугуев Заурбег Хасанович, д.м.н., профессор, заведующий отделением рентгенхирургии, ОАО «Российские железные дороги», НУЗ «ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко», г. Москва |
| 10.50-11.00 | Клинический случай | Игнатов Владимир Алексеевич, заведующий отделением рентгенхирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», г. Челябинск |
| 11.10-11.20 | Клинико-психологические особенности больных ИБС после инвазивных вмешательств | Вялова Тамара Алексеевна, заведующая отделением кардиологии №2 ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», г. Челябинск |
| 11.20-12.00 | Заключительное обсуждение | |

Список участников Форума

Акобян Тигран Левонович, Бюджетное учреждение «Федеральный центр высоких медицинских технологий» Министерства здраво-охранения Российской Федерации, к.м.н., г. Калининград

Альтман Дмитрий Александрович, председатель Медицинской палаты Челябинской области, главный врач ЧОКБ №1, д.м.н., профессор, г. Челябинск

Аминов Владислав Вадимович, заведующий кардио-хирургическим отделением, ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России, к.м.н., г. Челябинск

Андрияшкин Вячеслав Валентинович, ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, д.м.н., профессор, г. Москва

Антипова Анжелика Алексеевна, доцент кафедры внутренних болезней поликлинической терапии ГБОУ ВПО «Пермский ГМУ им. академика Е.А. Вагнера», к.м.н., г. Пермь

Аракелян Валерий Сергеевич, главный научный сотрудник НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, д.м.н., профессор, г. Москва

Байтингер Владимир Федорович, заслуженный врач РФ, президент АНО «НИИ микрохирургии ТНЦ СО РАМН», главный внештатный пластический хирург Департамента здравоохранения Томской области, главный редактор журнала «Вопросы реконструктивной и пластической хирургии», д.м.н., профессор, г. Томск

Барышников Алексей Алексеевич, сердечно-сосудистый хирург, главный трансплантолог Челябинской области, руководитель областного центра трансплантологии, ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», г. Челябинск

Баталина Марина Вадимовна, доцент кафедры терапии ФПО ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет, к.м.н., г. Оренбург.

Беленцов Сергей Михайлович, сосудистый хирург, флеболог, врач-консультант медицинского центра «АнгиоЛайн», д.м.н., профессор, г. Екатеринбург

Билан Михаил Иванович, зав. отделением рентгенхирургии, АНО «Центральная медсанчасть», г. Магнитогорск

Богачев Вадим Юрьевич, заведующий отделом ангиологии и сосудистой хирургии НИИ клинической хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор, г. Москва

Борсук Денис Александрович, исполнительный директор Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, директор ООО «Медлайн» Клиника современной флебологии, к.м.н., г. Челябинск

Бузаев Игорь Вячеслав, зав. отд. РХМДиЛ №1, главный внештатный специалист по рентгеноваскулярной диагностике и лечению МЗ РБ, ГБУЗ Республиканский кардиологический центр, к.м.н., г. Уфа

Бурлева Елена Павловна, заслуженный врач Российской Федерации, кафедра общей хирургии, Уральская государственная медицинская академия, д.м.н., профессор, г. Екатеринбург

Владимирский Владимир Владимирович, главный сосудистый хирург Министерства здравоохранения Челябинской области, заведующий отделением сосудистой хирургии ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», д.м.н., профессор, г. Челябинск

Вялова Тамара Алексеевна, заведующая отделением кардиологии №2 ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», г. Челябинск

Гасников Алексей Владимирович, заведующий отделением, Областной центр сердца и сосудов им. М. С. Савичевского, СОКБ №1, к.м.н., г. Екатеринбург

Гасников Анатолий Владимирович, Центр сердечно-сосудистой хирургии ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», Челябинск, Кафедра хирургии факультета дополнительного профессионального образования, к.м.н., ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава РФ, г. Челябинск

Гинтарис Вилькявичус, Вильнюсский университет, вице-президент Общества сосудистой хирургии Литвы, д.м.н., профессор, г. Вильнюс

Гужин Владимир Эдуардович, ФГБУ «Федеральный центр нейрохирургии» Минздрава РФ, нейрохирургическое отделение №3, к.м.н., г. Новосибирск

Гужина Анжелика Олеговна, ГБУЗ ЦОСМП «Челябинский гос ударственный институт лазерной хирургии», Россия

Долгушин Илья Ильич, ректор Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, член-корреспондент Российской академии медицинских наук, д.м.н., профессор

Едемский Александр Геннадьевич, врач сердечнососудистый хирург Центра хирургии аорты, коронарных и периферических артерий, Новосибирский НИИПК им. Е.Н. Мешалкина, к.м.н., г. Новосибирск

Етекбаев Алмаз Салимович, ангиохирург отделения сосудистой хирургии АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии», г. Астана

Журавлев Александр Леонидович, заместитель председателя Законодательного Собрания Челябинской области, к.м.н.

Землянский Александр Викторович, рентгенхирург, АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии, г. Астана

Зотова Ирина Вячеславовна, доцент кафедры терапии, кардиологии и функциональной диагностики, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия Управления Делами Президента», к.м.н., г. Москва

Зудин Алексей Михайлович, сердечно-сосудистый хирург, кафедра госпитальной хирургии медицинского факультета РУДН, руководитель кардиологического центра ЦКБ № 2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД», главный кардиолог ОАО «РЖД», д.м.н., профессор, г. Москва

Иваненко Алла Александровна, Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, д.м.н., профессор г. Донецк, ДНР

Иванов Иван Иванович, заведующий кардиологическим отделением МАУЗ «Городская больница №3», к.м.н., г. Магнитогорск

Игнатов Владимир Алексеевич, заведующий отделением ретгенхирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», г. Челябинск

Ильиных Дмитрий Леонидович, доцент кафедры терапии ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, зав. отделением ГКБ №2, к.м.н., г. Челябинск

Йовбак Владимир Михайлович, заведующий отделением сосудистой хирургии, ГБУЗ РК «Крымская республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко»,

Киреев Константин Александрович, врач-хирург, НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД», к.м.н., г. Челябинск

Киреева Татьяна Сергеевна, кардиолог, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск

Козлов Сергей Владимирович, заведующий отделением интервенционной кардиологии, МО «Новая больница», к.м.н., г. Екатеринбург

Комаров Роман Николаевич, зав. кафедрой сердечно-сосудистой хирургии и инвазивной кардиологии, директор университетской клиники аортальной и сердечно-сосудистой хирургии Первого МГМУ им. ИМ Сеченова, д.м.н., г. Москва

Копенкин Сергей Семенович, доцент кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, к.м.н, г. Москва

Королев Сергей Владимирович, главный врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной кардиологический диспансер», главный внештатный кардиолог Минздрава Челябинской области, г. Челябинск

Королев Сергей Владимирович, главный врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной кардиологический диспансер», главный внештатный кардиолог Минздрава Челябинской области, г. Челябинск

Кремлев Сергей Леонидович, Министр здравоохранения Челябинской области, д.м.н., профессор

Кривошеков Евгений Петрович, кафедра хирургии ИПО ГБОУ ВПО «Самарский медицинский университет», ГБУ «Самарская областная клиническая больница им. Середавина» № 8, д.м.н., профессор, г. Самара

Леонтьев Сергей Андреевич, заведующий отделением кардиохирургии кардиохирургического центра, приват-доцент, д.м.н., профессор, г. Лейпциг, Германия

Лукин Олег Павлович, главный сердечно-сосудистый хирург Минздрава ЧО, главный врач ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава РФ, д.м.н., профессор, г. Челябинск

Маркеев Игорь Иванович, зам. директора санатория по медицинской части, ФГБУ «Клинический санаторий «Барвиха» Управления Делами Президента РФ, к.м.н., г. Москва

Миронов Владимир Александрович, профессор кафедры госпитальной терапии ГБОУ выс-

шего профессионального образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, руководитель кардиологического центра Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинская областная клиническая больница», главный кардиолог, д.м.н., профессор, г. Челябинск

Михайличенко Максим Викторович, врач, ТОО «Костонайский хирургический Центр», Казахстан

Михайлов Михаил Сергеевич, заведующий сердечно-сосудистым отделением Городской клинической больницы №1 им. Н.И.Пирогова к.м.н., г. Самары

Москвичева Марина Геннадьевна, председатель общественного Совета при Министерстве здравоохранения Челябинской области, проректор Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., профессор

Мыльников Владимир Владимирович, руководитель сосудистого центра ОГКБ №3, г. Челябинск

Намазбеков Макен Намазбекович, Кафедра сосудистой хирургии Киргизский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации, д.м.н., профессор, г. Бишкек, Кыргызстан

Омельянюк Михаил Юрьевич, ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», г. Челябинск

Орлов Кирилл Юрьевич, старший научный сотрудник группы эндоваскулярной ангионеврологии центра ангионеврологии и нейрохирургии ННИИПК, к.м.н., ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Панов Игорь Олегович, заведующий окружным центром сосудистой хирургии, Няганская окружная больница, к.м.н., г. Нягань, Тюменская область

Патрикеев Александр Викторович, заведующий отделением анестезиологии и реанимации для кардиологических больных № 4, ОАО «Российские железные дороги», НУЗ «ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко», к.м.н., г. Москва

Пашнин Сергей Леонидович, руководитель сосудистого центра ЧОКБ №1, главный специалист по нейрохирургии Челябинской области, г. Челябинск

Пискунов Сергей Анатольевич, заведующий отделением, ФГБУ Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии Министерства здравоохранения РФ, г. Челябинск

Плакса Игорь Леонидович, научный сотрудник ОАО «Институт стволовых клеток человека», г. Москва

Покровский Анатолий Владимирович, академик РАН, президент Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов, зав. кафедрой ангиологии, сосудистой и эндоваскулярной хирургии Российской Медицинской Академии Постдипломного Образования, д.м.н., профессор, г. Москва

Попова Татьяна Анатольевна, ведущий сотрудник, «Эколаб», г. Санкт-Петербург

Пшеничный Владимир Николаевич, доцент кафедры хирургии, ангиохирург, Институт Неотложной и Восстановительной Хирургии им. В.К. Гусака, к.м.н., г. Донецк, ДНР

Рейтблат Олег Маркович, главный кардиолог города Тюмени, заведующий кардиологическим отделением №1 ГБУЗ ТО «ОКБ №1», к.м.н., г. Тюмень

Репин Алексей Николаевич, руководитель отделения реабилитации больных ФГБНУ «НИИ кардиологии», главный внештатный специалист-кардиолог Томской области, д.м.н., профессор, г. Томск

Рипп Татьяна Михайловна, старший научный сотрудник отделения артериальных гипертензий, ФГБУ «Научно-исследовательский институт кардиологии» СО РАМН, к.м.н., г. Томск

Розин Юрий Анатольевич, Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, к.м.н., г. Донецк, ДНР

Руденко Михаил Юрьевич, директор Таганрогского филиала НОУ ВПО «Российский Новый Университет», д.т.н., профессор, г. Таганрог

Серажитдинов Алик Шафкатович, зав. отделением сосудистой хирургии №2, ГБУЗ ЧОКБ, Центр хирургии сердца и сосудов, г. Челябинск

Сокуренок Герман Юрьевич, гл. врач ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС России, д.м.н., профессор, г. Москва

Сонькин Игорь Николаевич, сердечно-сосудистый хирург, заведующий отделением сосудистой хирургии, НУЗ «Дорожная клиническая больница ОАО «РЖД», к.м.н., г. Санкт-Петербург

Сорокина Елена Альбертовна, кардиолог отделения рентгенэндоваскулярных методов лечения, Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «ОКБ», д.м.н., профессор, г. Омск

Сощенко Дмитрий Геннадьевич, НУЗ ДКБ на ст. Челябинск ОАО РЖД, г. Челябинск

Старков Анатолий Иванович, отделение кардиохирургии, Краевая клиническая больница, г. Бийск

Сулейменов Серик Сарсенканович, старший ординатор отделения сосудистой хирургии АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии», к.м.н., г. Астана, Казахстан

Султаналиев Токан Анарбекович, главный хирург АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии», Президент Казахстанского общества сосудистых хирургов, д.м.н., профессор, г. Астана, Казахстан

Суфианов Альберт Акрамович, Федеральный Центр нейрохирургии, д.м.н., профессор, г. Тюмень

Тё Дмитрий, резидент отделения сосудистой хирургии АО «Научный национальный центр онкологии и трансплантологии», г. Астана, Казахстан

Ткачева Агата Геннадьевна, главный врач, МБУЗ «Городская клиническая больница №2», г. Челябинск

Уфимцев Максим Сергеевич, сердечно-сосудистый хирург, отделение хирургии сосудов, МБУЗ ГКБ №8, г. Челябинск

Фарберов Владимир Наумович, зам. главного врача, Центр восстановительной медицины и реабилитации «Озеро Чусовское», г. Екатеринбург

Фокин Алексей Анатольевич, заведующий кафедрой хирургии Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Президент Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, д.м.н., профессор, г. Челябинск

Хмельникер Семен Маркович, главный врач, МБУ «ЦГБ №20», к.м.н., г. Екатеринбург

Хорев Николай Германович, главный хирург Алтайского края, зав. отделением сосудистой хирургии, кафедра факультетской хирургии Алтайского государственного медицинского университета ГКУЗ, «Алтайский краевой кардиологический диспансер», д.м.н., профессор, г. Барнаул

Чернигина Татьяна Петровна, Государственное автономное учреждение здравоохранения Московской области «Центральная городская клиническая больница г. Реутов»

Чиналиев А., резидент отделения сосудистой хирургии АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии», г. Астана

Шайдаков Евгений Владимирович, ВрИО директора ФГБНУ «Институт Экспериментальной Медицины», Председатель Санкт-Петербургского Международного Венозного Форума, действительный член Американского Венозного Форума, Президент Европейского Венозного Форума 2015 г., д.м.н., профессор, г. Санкт-Петербург

Шалаев Сергей Васильевич, главный кардиолог Уральского Федерального округа, руководитель Центра Сердца и Сосудов государственного бюджетного учреждения здравоохранения Тюменской области «Областная клиническая больница №1», заведующий кафедрой кардиологии государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., профессор, г. Тюмень

Шелест Вадим Валерьевич, директор ООО «Балумед», г. Ростов-на-Дону

Шимек Станислав, член Европейского Кардиологического общества, кардиолог 2-ой Университетской клиники, отделение кардиологии и ангиологии 1-го медицинского факультета Карлова Университета, доцент, доктор медицины, г. Прага, Чехия

Шнейдер Юрий Александрович, ФГБУ «Федеральный центр высоких медицинских технологий» Министерства здравоохранения Российской Федерации», г. Калининград

Шугуев Заурбег Хасанович, заведующий отделением рентген хирургии, ОАО «Российские железные дороги», НУЗ «ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко, д.м.н., профессор, г. Москва

Яковлев Алексей Николаевич, ФГБУ «Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова», д.м.н., профессор, г. Санкт-Петербург

Яковлева Ольга Эдуардовна, кардиолог Центра ЛАГ Челябинский областной кардиологический диспансер областной кардиологический диспансер, г. Челябинск

Ярославская Елена Ильинична, врач УЗД, старший научный сотрудник лаборатории инструментальной диагностики научного отдела инструментальных методов исследования Филиала НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр», к.м.н., г. Тюмень

СБОРНИК ДОКЛАДОВ

Оргкомитет Форума не несет ответственности за содержание и авторство тезисов, публикуемых в данном Сборнике материалов! Ответственность за публикацию лежит на авторах, чьи фамилии вы видите в начале каждой статьи.

Издатели не несут ответственности за наличие орфографических, пунктуационных ошибок. Тексты тезисов приводятся в авторской редакции.

СПИСОК ДОКЛАДОВ

| | |
|--|----|
| Абайдулин Р.Ж., Фокин А.А., Пискунов В.А. Рецидивное и осложненное варикоцеле как следствие ренокавального сброса по левой яичковой вене | 49 |
| Абдурахманов М.М., Мусоев Т.Я, Хайдаров Ф.Н., Холиков Ф., Буранов Ш. Хирургическое лечение острого варикотромбофлебита в бассейне малой подкожной вены. | 49 |
| Абдурахманов М.М., Мусоев Т.Я, Хамдамов У.Р., Холиков Ф.Ю., Буранов Ш. Современные подходы комплексного лечения тромбозов глубоких вен нижних конечностей | 50 |
| Абушкин И.А., Денис А.Г., Привалов В.А., Лаппа А.В., Румянцев В.А., Васильев И.С., Лапин В.О., Романова О.А., Иванова Н.А. Диагностика и лечение венозных и артериовенозных мальформаций у детей и взрослых | 51 |
| Акобян Т.Л., Цой В.Г., Шнейдер Ю.А. Опыт ФЦВМТ (г. Калининград) транскатетерной имплантации аортального клапана | 52 |
| Акшулаков С.К., Махамбетов Е.Т., Смагулов Ф.Х., Шпеков А.С., Калиев А.Б., Медетов Е.Ж. Эндovasкулярное лечение артериовенозных фистул головного мозга | 53 |
| Ал-Банна Р. С. Х., Иванов М. А., Артемова А.С., Петров Д.А., Максимкина Е.С. Учет влияния метаболических расстройств на риск инфекционных осложнений при разработке реабилитационных программ у больных распространенным атеросклерозом ... | 54 |
| Ал-Банна Р.С.Х., Новикова А.Е., Бондаренко П.Б., Иванов М.А., Кебряков А.В. Реабилитация пациентов с мультифокальным атеросклерозом и метаболическим синдромом | 54 |
| Ал-Банна Р.С.Х., Новикова А.Е., Мохначев А.В., Бондаренко П.Б., Иванов М.А. Реабилитационные аспекты влияния пищеварительного тракта на течение атеросклеротического процесса | 55 |
| Алехин Д.И., Кокоришвили М.А., Маслихова О.А. Обеспечение безопасности и улучшение когнитивной функции при хирургическом лечении двусторонних стенозов сонных артерий у пациентов старше 70 лет | 56 |
| Алехин Д.И., Кокоришвили М.А., Маслихова О.А., Евсеева Ю.Д. Применение транскраниальной октиметрии для обеспечения безопасности и эффективности хирургического лечения патологии сонных артерий у пациентов старшей возрастной группы | 57 |
| Алехин Д.И., Маслихова О.А., Кокоришвили М.А. Хирургическое лечение хронической венозной недостаточности у пациентов пожилого и старческого возраста с использованием радиочастотной и лазерной энергии | 59 |
| Аминов В.В., Кузнецов П.В., Игнатов Е.В., Терещенко Д.Р., Давыдов С.Н. Антеградная перфузия как способ защиты головного мозга при операциях на дуге аорты | 59 |
| Аминов В.В., Терещенко Д.Р., Кузнецов П.В., Игнатов Е.В., Давыдов С.Н. Результаты применения мини-стернотомии при хирургической коррекции приобретенной патологии сердца | 60 |
| Андреева И.В., Виноградов А.А. Использование компрессионных повязок при лечении трофических язв нижних конечностей венозной этиологии | 61 |
| Антипова А.А. Новые подходы к ЛАГ | 62 |

| | |
|---|----|
| Арутюнян Л.А., Нелаев В.С., Бродер И.А., Останина В.В., Приходько В.В., Стогний Н.Ю. Опыт хирургического лечения опухолевого тромбоза нижней полой вены и правого предсердия | 63 |
| Арясов В.В., Чубирко Ю.М. Спектр хирургических вмешательств в работе амбулаторного флебологического центра | 65 |
| Аюпов А.М., Кривошеков Е.П., Дмитриева И.А., Павлова И.А. Результаты эндоваскулярной реваскуляризации почечных артерий у больных с артериальной гипертензией | 66 |
| Бабушкина Ю.В., Бурлева Е.П., Фоминых А.Н. Принципы и результаты ведения синдрома диабетической стопы в областном подиатрическом кабинете | 67 |
| Беленцов С.М. Технические проблемы во время радиочастотной абляции магистральных стволов подкожных вен и пути их решения | 69 |
| Белов Ю.В., Комаров Р.Н., Голошапов-Аксенов Р.С., Терехин С.А., Курдо С.А., Чернигина Т.П., Ситанов А.С., Лакунин К.Ю. Гибридная стратегия лечения аневризмы дуги аорты | 70 |
| Богачев В.Ю. Хронические заболевания вен и проблема ко-морбидности | 70 |
| Богачев В.Ю., Лобанов В.Н., Аркадан Н.Р. Склеротерапия расширенных вен атипичной локализации | 71 |
| Бузаев И.В., Плечев В.В., Николаева И.Е. Некоторые организационные аспекты принятия решения о виде реваскуляризации у больных ИБС | 71 |
| Бурлева Е.П. Совершенствование организационно-методических принципов оказания помощи пациентам с ВТЭО | 72 |
| Бурлева Е.П., Бочегов В.С., Фасхиев Р.Р. Меняется ли патологический промежностный венозный рефлюкс при удалении ствола большой подкожной вены? | 74 |
| Бурлева Е.П., Тюрин С.А., Смирнов О.А. Сравнение 2-годичных результатов лечения пациентов с вбнк, перенесших короткий стриппинг или ЭВЛК БПВ | 75 |
| Вакульчик К.А., Межонов Е.М., Шалаев С.В. Распространенность дисфункции почек у больных острым коронарным синдромом при проведении чрезкожных коронарных вмешательств | 77 |
| Вачев А.Н., Дмитриев О.В., Сухоруков В.В., Степанов М.Ю. Возможности гибридного хирургического лечения больных с вертебрально-базиллярной недостаточностью | 78 |
| Вачев А.Н., Сухоруков В.В., Дмитриев О.В., Головин Е.А., Степанов М.Ю. Отдаленные результаты интракраниального стентирования у больных с клиникой вертебрально-базиллярной недостаточности | 79 |
| Виноградов А.А., Андреева И.В., Авад Али Риядх Особенности развития экспериментального сахарного диабета на фоне введения антиоксидантов | 80 |
| Воронков Д.Е., Йовбак В.М., Воронкова О.А. Коррекция нарушений микроциркуляции и обменных процессов при лечении диабетической ангиопатии III – IV стадии | 81 |
| Гасников А. В., Фадин Б. В. Первый опыт применения комбинированного доступа при торакофеморальном шунтировании | 83 |
| Генералов М.И., Майстренко Д.Н., Олещук А.Н., Иванов А.С. Вибрационная внутрипросветная реканализация хронической окклюзии поверхностной бедренной артерии: первый опыт | 84 |

| | |
|---|-----|
| Генералов М.И., Олещук А.Н., Майстренко Д.Н., Иванов А.С., Жеребцов Ф.К., Овчинников И.В., Красильникова Л.А. Применение эндоваскулярных конструкций с биоактивным покрытием в лечении пациентов с атеросклеротическим поражением поверхностной бедренной артерии: первый опыт | 85 |
| Голощапов – Аксенов Р.С., Воронкина М.В., Чернигина Т.П., Дышекова Д.М., Мирзахомдамов Ж.М., Докшочков Г.Р., Ситанов А.С., Лакунин К.Ю. Рентгенэндоваскулярное лечение больных с острым коронарным синдромом, обусловленным поражением ствола левой коронарной артерии | 86 |
| Голощапов-Аксенов Р.С., Калитко И.М., Чернигина Т.П., Деркач В.В. Роль государственно-частного партнерства в снижении смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Московской области | 86 |
| Гужин В.Э., Дубовой А.В. Экстра-интракраниальное обходное шунтирование при патологии внутренних сонных артерий | 87 |
| Гужина А.О., Головнева Е.С., Гужин В.Э., Кравченко Т.Г., Игнатъева Е.Н., Голощапова Ж.А. Транскатанная лазерная перфорация с фракционной аутомиелотерапией – новый способ лечения дистальной ишемии нижних конечностей | 88 |
| Деев Р.В., Исаев А.А., Бозо И.Я., Ливанова А.А., Плакса И.Л. Результаты открытой, международной, многоцентровой наблюдательной программы по оценке безопасности и эффективности применения препарата «Неоваскулген» у пациентов с хронической ишемией нижних конечностей | 89 |
| Дрожжин Е.В., Зорькин А.А., Никитина Ю.В. Поражение системы сосудисто-тромбоцитарного гемостаза и возможности его комбинированной коррекции у больных с синдромом критической ишемии нижних конечностей | 90 |
| Дрожжин Е.В., Зорькин А.А., Сидоркина О.Н., Калинина Е.В., Никитина Ю.В. Синдром критической ишемии нижних конечностей – векторы в лечении и возможные перспективы | 91 |
| Дюба Д.Ш., Иваненко А.А. Роль клинических, гемодинамических и биохимических нарушений у больных с мультифокальным атеросклерозом в прогнозировании групп риска острых церебральных осложнений | 94 |
| Жданова Е.А., Миронов В.А., Нечаева О.А., Кузнецова А.Ю. Оценка эффективности интервенционного вмешательства и последующего медикаментозного лечения в предупреждении возникновения возвратной стенокардии у пациентов, перенесших чкв по поводу окс, с остаточными стенозами коронарных артерий | 95 |
| Заваруев А.В., Головачёв Д.С. Хирургия ветвей брюшной аорты | 97 |
| Заваруев А.В., Мазуренко А.А. Хирургия хемодектом шеи | 98 |
| Зотов С.П., Бычковских В.А., Уфимцев М.С., Щербаков А.В., Никитин А.Р., Турчанинов А.Ю., Муравьев Д.В., Конашов А.Г. Хирургия нижней полой вены при удалении опухолей забрюшинного пространства | 99 |
| Зотов С.П., Пышкин С.А., Уфимцев М.С., Щербаков А.В., Никитин А.Р., Сафуанов А.Х., Малышев М.Ю., Муравьев Д.В., Конашов А.Г. Клиническое наблюдение: лейомиосаркома нижней полой вены у двух пациенток | 100 |
| Зотов С.П., Щербаков А.В., Кугеев А.Ф., Уфимцев М.С., Семашко Т.В., Косарев М.О. Опыт лечения варикозного расширения вен в условиях ГКБ № 8 | 100 |
| Зотов С.П., Щербаков А.В., Уфимцев М.С., Кугеев А.Ф., Семашко Т.В. Роль ранней коррекции осложнений сосудистого доступа у пациентов, находящихся на программном гемодиализе | 101 |

| | |
|---|-----|
| Зотов С.П., Щербаков А.В., Уфимцев М.С., Косарев М.О., Семашко Т.В., Муравьев Д.В., Конашов А.Г. Опыт хирургического лечения больных при стенозе ВСА в сочетании с окклюзией контрлатеральной стороны | 102 |
| Иваненко А.А., Пшеничный В.Н., Гайдаш Л.Л., Дюба Д.Ш., Розин Ю.А. Пути снижения операционного риска в хирургии разрывов аневризм брюшной аорты | 102 |
| Ивченко О.А., Ивченко А.О., Семичев М.А., Беляев А.Н., Савельев И.О., Шведов А.Н. Динамика микроциркуляции конечностей при остром илиофemorальном флеботромбозе по данным электронной микроскопии и обратимой агрегации эритроцитов | 104 |
| Йовбак В.М., Береговая Н.М., Воронкова О.А., Потапенков М.А., Алексанян Г.М., Алтынников А.С., Воронков Д.Е. Результаты непрямых методов реваскуляризации в лечении больных с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей | 105 |
| Казаков А.Ю., Герасин А.Ю. Ангиоархитектоника «путей оттока» у пациентов с атеросклеротической окклюзией артерий ниже паховой связки, сахарным диабетом 2 типа и критической ишемией | 107 |
| Казаков А.Ю., Нефедов В.И., Соколова Н.Ю. Тактика хирургического лечения пациентов с хроническими брадиаритмиями, при наличии мультифокального атеросклеротического поражения | 107 |
| Казаков Ю.И., Евстифеева Е.А., Филиппченкова С.И., Иванова О.В. Изменение когнитивных функций у пациентов с патологической деформацией внутренних сонных артерий и их динамика после реконструктивных операций | 108 |
| Калинин А.А., Кутырев О.Е., Ермилов Е.В., Сахаров А.Б., Тер-Акопян А.В., Носенко Е.М. Гибридные операции при многоуровневом атеросклеротическом поражении артерий нижних конечностей | 109 |
| Калинин А.А., Кутырев О.Е., Ермилов Е.В., Сахаров А.Б., Тер-Акопян А.В., Носенко Е.М. Эндопротезирование аневризмы брюшной аорты | 110 |
| Калинин Р.Е., Сучков И.А., Пшенников А.С., Мжаванадзе Н.Д., Камаев А.А., Исаков С.А. Концентрация маркеров дисплазии соединительной ткани у пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей | 111 |
| Калинин Р.Е., Грязнов С.В. Возможности оценки функции эндотелия у пациентов с трофическими язвами нижних конечностей при хронической венозной недостаточности | 112 |
| Калинин Р.Е., Грязнов С.В., Никифоров А.А., Камаев А.А., Швальб А.П. К вопросу о возможности прогнозирования тяжести хронической венозной недостаточности нижних конечностей | 113 |
| Калинин Р.Е., Сучков И.А., Мжаванадзе Н.Д., Крылов А.А. Оценка отдаленных результатов консервативной терапии у больных атеросклерозом артерий нижних конечностей в сочетании с сахарным диабетом | 114 |
| Калинин Р.Е., Сучков И.А., Мжаванадзе Н.Д., Крылов А.А., Плакса И.Л., Деев Р.В. Краткосрочные показатели эффективности и безопасности локального трансфера генно-терапевтической конструкции на основе сосудистого эндотелиального фактора роста изоформы vegf165 у пациентов с осложненными формами периферического атеросклероза и сахарного диабета | 115 |
| Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Сахибоев Д.П. Альтернатива лапароскопической адреналэктомии при артериальной гипертензии надпочечникового генеза | 116 |

| | |
|---|-----|
| Каримов Ш.И., Суннатов Р.Д., Ирнazarов А.А., Асраpов У.А., Рахманов С.У., Хасанов В.Р., Джафаров С.М. Оптимизация тактики хирургического лечения больных с критической ишемией нижних конечностей | 117 |
| Каримов Ш.И., Суннатов Р.Д., Ирнazarов А.А., Асраpов У.А., Рахманов С.У., Хасанов В.Р., Джафаров С.М. Применение гибридных вмешательств в лечении больных с критической ишемией нижних конечностей | 118 |
| Каримов Ш.И., Суннатов Р.Д., Ирнazarов А.А., Юлбарисов А.А., Алиджанов Х.К., Муминов Р.Т., Абдуллаев Ж.С. Влияние каротидной реконструкции при патологической деформации внутренней сонной артерии на когнитивные функции и регресс неврологического дефицита | 119 |
| Каримов Ш.И., Суннатов Р.Д., Ирнazarов А.А., Юлбарисов А.А., Ахматов А.М., Муминов Р.Т., Ганиев Д.А., Алиджанов Х.К., Асраpов У.А. Результаты хирургического лечения больных хронической сосудисто-мозговой недостаточностью | 121 |
| Каримов Ш.И., Суннатов Р.Д., Юлбарисов А.А., Алиджанов Х.К., Муминов Р.Т., Ганиев Д.А., Абдуллаев Ж.С. Диагностика и хирургическое лечение больных с патологической деформацией сонных артерий | 122 |
| Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Суннатов Р.Д., Юлбарисов А.А., Алиджанов Х.К., Муминов Р.Т., Асраpов У.А., Адашалиев А. Результаты этапных операций у больных с сочетанным поражением сонных артерий и желчнокаменной болезни | 124 |
| Кательницкий И.И., Забазнов К.Г., Емельянов В.А. Состояние гемодинамики головного мозга у больных с одновременным сочетанным атеросклеротическим поражением внутренних сонных артерий и артерий нижних конечностей | 125 |
| Кательницкий И.И., Мурадов А.М. Результаты эндоваскулярного лечения критической ишемии, вызванной атеросклеротическим поражением артерий голени, у пациентов с сахарным диабетом | 126 |
| Каторкин С.Е., Мельников М.А., Жуков А.А., Кушнарчук М.Ю., Репин А.А., Кравцов П.Ф. Применение низкоинтенсивной лазерной и микродозовой терапии в лечении венозных трофических язв | 127 |
| Каторкин С.Е., Мельников М.А., Репин А.А., Кравцов П.Ф., Жуков А.А., Кушнарчук М.Ю. Способ снижения объемного кровотока по артериовенозной фистуле с помощью экстравазального корректора при хронической сердечной недостаточности | 128 |
| Кетов М.С., Копысова В. А. Корректирующая стеотомия у пациентов со статической деформацией стоп | 130 |
| Киреев К.А., Фокин А.А., Москвичёва М.Г., Царёв А.П., Краснопеев А.В., Вдовин Е.В., Сощенко Д.Г., Садыков Р.Ф., Соколов Д.В., Уткина С.В., Михайлов Е.В., Смирнова О.В., Тихонова С.А., Шагиева М.С., Рудик А.В. Новые направления в лечении инфаркта миокарда: опыт «Дорожной клинической больницы на ст. Челябинск ОАО «РЖД» | 131 |
| Ковальский А.В., Максимов И.Б. Аппаратный шов без разбортовки краёв сосудов при атеросклеротических окклюзиях аорто-бедренного сегмента | 132 |
| Козлов С.В., Дмитриев В.К., Дрозд А.В., Фокина Е.Г., Липченко А.А. Опыт работы клиники без хирургической поддержки в рамках частно-государственного партнерства в организации инвазивной помощи пациентам с острым коронарным синдромом | 132 |
| Козлов С.В., Дмитриев В.К., Дрозд А.В., Фокина Е.Г., Липченко А.А. Опыт проведения ЧКВ у пациентов с инфарктом миокарда с остановкой сердечной деятельности на догоспитальном этапе с успешной реанимацией | 133 |

| | |
|---|-----|
| Козлов С.В., Дмитриев В.К., Фокина Е.Г., Липченко А.А. Клинический случай распространенной катетер индуцированной диссекции аорты у пациента с инфарктом миокарда с подъемом сегмента при спасительном ЧКВ после неэффективной догоспитальной тромболитической терапии | 134 |
| Комаров Р.Н., Белов Ю.В., Каравайкин П.А. Гибридные технологии в хирургии аорты | 134 |
| Корейба К.А., Минабутдинов А.Р. Купирование реперфузионного синдрома в клинической практике при реконструктивных вмешательствах на артериях нижних конечностей у больных с синдромом диабетической стопы | 136 |
| Коростелев Д.С., Захаров Е.А., Евдокимова Л.С., Бондаренко П.Б., Иванов М.А. Различия в итогах каротидной эндартерэктомии и ангиопластики сонных артерий у больных мультифокальным атеросклерозом | 138 |
| Кривошеков Е.П., Дмитриева И.А. Лечение больных с осложненными формами хронической венозной недостаточности на фоне сахарного диабета в ангиологическом отделении дневного пребывания пациентов | 139 |
| Кривошеков Е.П., Дмитриева И.А. Наш опыт лечения пациентов с хронической ишемией нижних конечностей на фоне сахарного диабета в ангиологическом отделении дневного пребывания пациентов | 140 |
| Кривошеков Е.П., Ельшин Е.Б. Тромболитическая терапия в сочетании с ангиохирургической коррекцией у пациентов с ишемической формой синдрома диабетической стопы .. | 142 |
| Кривошеков Е.П., Мигунов И.А., Романов В.Е. Новые возможности лечения венозных тромбозомболических осложнений | 143 |
| Кривошеков Е.П., Мигунов И.А., Романов В.Е. Новые возможности лечения больных с посттромботической болезнью нижних конечностей на фоне синдрома диабетической стопы | 145 |
| Кувыкина Д.М., Фокин А.А. Значение кохлео-вестибулярных нарушений для качества жизни больных с окклюзирующей патологией брахиоцефальных артерий | 147 |
| Лазаренко В.А., Бобровская Е.А. Значение молекул адгезии в диагностике эндотелиальной дисфункции у больных облитерирующим атеросклерозом при хирургической коррекции аорто-подвздошного сегмента | 148 |
| Лаптев К.В., Цховребов М.З., Панченко А.А., Кикнадзе Д.А., Ордынец С.В. Хирургия атеросклеротической патологии сонных артерий у пациентов с заместительной терапией при хронической почечной недостаточности | 149 |
| Лопатин А.А., Балина В.А., Низамова Д.Ф., Каюкова А.И. Первые статистические данные, полученные в результате наблюдения больных тромбозом легочной артерии (ТЭЛА) в условиях многопрофильного клинического стационара | 150 |
| Лукин О.П. Состояние коронарной хирургии в Челябинской области | 151 |
| Магзумов А.Б., Кудратуллаев М.М., Тё Д.В., Руцкий С.В., Молжигитов А.А. Применение транскатетерной тромбозэкстракции при раннем чрескожном коронарном вмешательстве у пациентов с острым коронарным синдромом. | 151 |
| Максименко А.А., Авченко М.Т. Оценка эффективности применения сулодексида у больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей | 152 |
| Магмуротов К.Ж., Атаков С.С., Моминов А.Т., Атажанов Т.Ш., Сапаева Ш.Б. Консервативное лечение критической ишемии у больных сахарным диабетом | 154 |

| | |
|---|-----|
| Матмуротов К.Ж., Моминов А.Т., Атаков С.С., Сапаева Ш.Б., Атажанов Т.Ш. Эффективность местных противогрибковых препаратов при лечении трофических язв венозного генеза | 155 |
| Медведев А.П., Маклашин А.В., Дерябин Р.А., Серегин А.А., Чеботарь Е.В., Галкин С.В. Имплантация кава-фильтров и пликация вен – наш опыт и результаты | 156 |
| Мельниченко Ж.С., Вишнякова М.В., Вишнякова М.В. Вариантная анатомия нижней полой вены и ее притоков. МСКТ-диагностика и клиническое значение | 158 |
| Миронов В.А., Миронова Т.Ф., Куватов В.А. Ритмокардиография высокого разрешения при коронарном шунтировании | 159 |
| Михайличенко М.В., Коваленко В.И., Темрезев М.Б. Оптимизация эндовенозной лазерной облитерации при варикозной болезни вен нижних конечностей | 160 |
| Михайлов М.С., Подсевакина Т.А., Ридель В.Ю., Новожилов А.В., Колесник И.Н. Реконструктивные операции на сонных артериях в комплексном лечении глазного ишемического синдрома | 162 |
| Москвичёва М.Г., Фокин А.А., Киреев К.А., Белова С.А., Краснопеев А.В. Медико-социальная характеристика пациентов с инфарктом миокарда | 163 |
| Мусоев Т.Я., Хамдамов У.Р., Ходжаев К.Ш., Буранов Ш. Хирургия острого восходящего варикотромбофлебита магистральных подкожных вен нижних конечностей | 165 |
| Мыльников В.В. Организация и опыт работы единого консультативно-диагностического центра функциональной диагностики челябинской области в рамках проекта телемедицины (прием-передача электрокардиограмм по каналам связи) | 166 |
| Насыров М.В., Каторкин С.Е., Мельников М.А. Фотодинамическая терапия венозных трофических язв нижних конечностей | 167 |
| Немирова С.В., Петрова К.С., Симанкина Ж.Д., Петрова Г.А., Смирнова Д.В., Матвеев И.С., Исламов Р.А. Комплексное лечение экзематозных осложнений, связанных с хронической венозной недостаточностью с применением макролидов, топических глюкокортикоидов с антибактериальными и увлажняющими средствами | 169 |
| Новицкий А.С., Завацкий В.В., Платонов С.А., Авраменко А.И., Габел Т.М., Жигало В.Н., Кандыба Д.В., Сорока В.В. Гибридный подход в лечении острой и хронической ишемии нижних конечностей, обусловленных многоэтажным поражением инфраингвинального сегмента | 170 |
| Носинов Э.М. Возможности ультразвуковой диагностики венозных тромбозов выше паховой складки | 171 |
| Носинов Э.М., Жанбаев А.С., Сарыбашов А.Б., Сабилов Б.М. Радикальное хирургическое лечение варикотромбофлебита | 172 |
| Носинов Э.М., Жанбаев А.С., Эшалиева А.С., Ормонбекова Н. Результаты ведения беременности, родов и послеродового периода у пациенток с посттромботической болезнью | 174 |
| Омельянюк М.Ю. Иммунокоррекция в профилактике послеоперационных осложнений у больных с системными васкулитами | 175 |
| Онучин П. Г., Мотовилов М. А., Онучина Н.Ю. Использование внутрипросветного временного шунта при каротидной эндартерэктомии | 176 |
| Онучин П. Г., Мотовилов М. А., Онучина Н.Ю. Современный подход в лечении больных с острыми венозными тромбозами | 177 |

| | |
|---|-----|
| Онучин П. Г., Мотовилов М. А., Онучина Н.Ю. Тромболизис урокиназой в лечении пациентов с облитерирующими заболеваниями периферических артерий | 178 |
| Панов И.О., Генералов М.И., Кононенко Д.А., Уткаева И.А., Жукова Н.В. Непосредственные сложности и осложнения эндопротезирования аневризм аорто-подвздошной зоны | 178 |
| Панов И.О., Фокин А.А., Кононенко Д.А., Уткаева И.А., Жукова Н.В. Реконструкция нескольких брахиоцефальных артерий за одну госпитализацию | 180 |
| Папоян С.А., Щеголев А.А., Красников А.П., Квицаридзе Б.А., Мутаев М.М., Радченко А.Н., Сазонов М.Ю. Каротидное стентирование у пациентов старческого возраста | 181 |
| Пискунов С.А., Масасин В.В., Клищ Л.А., Кухмистров И.В., Шиванов И.В., Лукин О.П. Наш опыт транскатетерной имплантации аортального клапана | 182 |
| Пискунов С.А., Масасин В.В., Кухмистров И.В., Шиванов И.В., Лукин О.П. Наш опыт применения саморассасывающих сосудистых каркасов «ABSORB» в лечении пациентов с ишемической болезнью сердца | 183 |
| Попова Т.А. Новое в управлении качеством оказания медицинской помощи и борьбе с инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи (ИСМП) | 184 |
| Пузряк П.Д., Шломин В.В., Юртаев Е.А., Диденко Ю.П., Касьянов И.В., Бондаренко П.Б., Чистякова И.Г. Сравнение гибридных и открытых операций на бедренно-подколенном сегменте у пациентов атеросклерозом | 185 |
| Рипп Т.М., Мордовин В.Ф., Рябова Т.Р., Пекарский С.Е., Семке Г.В., Фальковская А.Ю., Ситкова Е.С., Личикаки В.А., Зюбанова И.В., Попов С.В. Органопротективные эффекты инвазивного эндоваскулярного лечения гипертонии | 186 |
| Розин Ю.А., Иваненко А.А., Пацкань И.И. Особенности ведения раненных с сочетанными осколочными ранениями магистральных сосудов | 187 |
| Розин Ю.А., Орлов А.Г. Результаты лечения венозных трофических язв с использованием миниинвазивных хирургических технологий | 188 |
| Руденко М.Ю., Зернов В.А. Кардиометрия – новое фундаментальное научное направление в кардиологии | 189 |
| Рудуш В.Э., Кудряшов К.А., Карповский А.Б., Фальбоцкий Н.В. Опыт применения мануальной вакуумной тромбоэкстракции с одномоментным стентированием инфаркт ответственной артерии у больных с ОИМ с подъемом сегмента ST | 190 |
| Сабельников В.В., Злобин О.В., Прокопец А.И., Денисов А.О., Аветян А.Ю. Применение избирательной тактики в профилактике венозных тромбоэмболических осложнений при эндопротезировании крупных суставов | 191 |
| Сагандыков И.Н., Боровский С.П., Кудратуллаев М.М., Тё Д.В., Рахимов Р.А. Результаты чрескожных коронарных вмешательств у пациентов ангиохирургического профиля при мультифокальном атеросклерозе | 193 |
| Сагандыков И.Н., Боровский С.П., Кудратуллаев М.М., Черета С.В., Тё Д.В., Землянский В.В., Тен И.Э. Гибридные технологии в лечении атеросклеротических поражений аорто-подвздошного и бедренно-подколенного сегментов | 194 |
| Сагандыков И.Н., Кудратуллаев М.М., Боровский С.П., Тё Д.В., Черета С.В. Опыт эндоваскулярной реваскуляризации нейро-ишемической формы синдрома диабетической стопы | 194 |

| | |
|--|-----|
| Сагандыков И.Н., Парманов А.Т., Тё Д.В. Опыт лечения пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей методом эндовенозной лазерной коагуляции | 195 |
| Санников А.Б. К вопросу химической облитерации магистральных вен акриловыми соединениями | 196 |
| Саукова Н.В., Стогний Н.Ю., Рыбалова В.А., Гнедашев А.Г., Арутюнян Л.А., Нелаев В.С., Стойко О.А. Эндоскопическое выделение большой подкожной вены для формирования артериовенозного шунта в качестве постоянного сосудистого доступа для гемодиализа | 198 |
| Светликов А.В. Одновременное сочетание открытых и эндоваскулярных вмешательств на периферических артериях: настоящее и будущее | 200 |
| Светликов А.В. Настоящее и будущее в лечении аневризм инфраренального отдела аорты | 201 |
| Светликов А.В., Сорокоумов В.А., Богатенкова Ю.Д., Лукин С.В., Шаповалов А.С. Каротидная эндалтерэктомия у пациентов с окклюзией противоположной ВСА и пожилого возраста | 202 |
| Светликов А.В., Шаповалов А.С., Ишпулаева Л.Э. Тромболизис и стентирование при илеофemorальном флеботромбозе: показания и техника выполнения | 203 |
| Серажитдинов А.Ш., Фокин А.А., Гасников А.В., Логаненко Д.И., Малиновский Ю.В. Надвиков А.И., Нуждин М.Д., Верещагин П.К., Пупков В.С., Хисамутдинов Д.А., Асатрян Г.М. Результаты применения местных гемостатиков в кардиохирургии | 204 |
| Сокуренок Г.Ю., Шатравка А.В., Андрейчук К.А., Суворов С.А., Логинов И.А., Ризаханова М.Р. Хирургическое лечение стенозов сонных артерий в острейшем и остром периодах ишемического инсульта | 205 |
| Сорокина Е.А., Ситников Г.И., Корсаков М.В., Воробьева И.А., Бобров В.С. Опыт применения клопидогрела и тикагрелора в составе двойной антиагрегантной терапии у больных с острым коронарным синдромом в условиях регионального сосудистого центра бузoo «ОКБ» | 206 |
| Сошенко Д.Г., Фокин А.А., Михайлов Е.В. Эндомиокардиальная биопсия в дифференциальной диагностике заболеваний миокарда | 207 |
| Стойко О.А., Каюкова А.И., Стогний Н.Ю. Осложнения, возникающие у пациентов с ОКС без подъема сегмента ST после интракоронарного вмешательства | 208 |
| Султаналиев Т.А., Сагандыков И.Н., Сулейменов С.С., Етекбаев А.С. Хирургическое лечение сочетанного поражения сонных артерий | 209 |
| Султаналиев Т.А., Сагандыков И.Н., Сулейменов С.С., Парманов А.Т., Етекбаев А.С., Дюсембаев Р.М., Сулейменова Г.А. Хирургическое лечение критических стенозов внутренней сонной артерии при окклюзии контралатеральной артерии по данным клиники ... | 211 |
| Султаналиев Т.А., Сулейменов С.С., Сагандыков И.Н., Парманов А.Т., Онгаров М.Д., Тё Д.В. Опыт лечения пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей методом ЭВЛК | 211 |
| Султаналиев Т.А., Сагандыков И.Н., Сулейменов С.С., Етекбаев А.С., Парманов А.Т. Аутовенозная обтурация подкожных вен в хирургическом лечении варикозной болезни | 212 |
| Суннатов Р.Д., Ирназаров А.А., Рахманов С.У., Хасанов В.Р., Ганиев Д.А., Джафаров С.М. Катетерный тромболизис и тромбоаспирация в лечении острого илеофemorального венозного тромбоза | 214 |

| | |
|--|-----|
| Сушков С.А., Скоморощенко В.А. Частота встречаемости клапанной недостаточности бедренной и подколенной вен у больных варикозной болезнью | 215 |
| Темрезов М.Б., Боташев Р.Н., Темрезов Т.Х. Антитромботическая медикаментозная профилактика в хирургическом лечении варикозной болезни нижних конечностей с применением радиочастотной абляции | 216 |
| Темрезов М.Б., Боташев Р.Н., Лепшоков М.К. Защита головного мозга при операциях на брахиоцефальных артериях | 217 |
| Темрезов М.Б., Боташев Р.Н., Темрезов Т.Х. Радиочастотная абляции вен нижних конечностей в хирургическом лечении варикозной болезни | 218 |
| Темрезов М.Б., Коваленко В.И., Кемова С.Ш. Опыт применения терапевтического ангиогенеза у пациентов с критической ишемией нижних конечностей | 219 |
| Темрезов М.Б., Лепшоков М.К., Боташев Р.Н. Терапия неврологических периферических осложнений после реконструктивных операций на брахиоцефальных артериях | 220 |
| Ткачева А.Г., Сприкут А.А., Ильных Д.Л. Отработка механизмов преемственности оказания специализированной реабилитационной помощи на госпитальном и амбулаторном этапах у пациентов после кардиохирургических вмешательств | 221 |
| Топалян К.В. Прогнозирование риска развития неблагоприятного течения нестабильной стенокардии на основании данных социально-средового анамнеза | 222 |
| Фейсханова Л.И. Результаты коронарной ангиографии в условиях республиканской клинической больницы | 223 |
| Фисталь Э.Я., Розин Ю.А., Иваненко А.А. Наш опыт лечения огнестрельных повреждений магистральных сосудов | 224 |
| Фокин А.А., Абайдулин Р.Ж., Киреев К.А. Опыт диагностики, лечения и профилактики ложных аневризм бедренной артерии после эндоваскулярных диагностических и лечебных внутрисосудистых вмешательств | 224 |
| Фокин А.А., Борсук Д.А. Эндовенозная лазерная коагуляция сафенных вен крупного диаметра (более 2 см) – результаты проспективного несравнительного исследования | 226 |
| Фокин А.А., Владимирский В.В., Барышников А.А., Кочнева В.Д., Черноусов В.В. Непосредственные и отдаленные результаты эндопротезирования абдоминальной аорты ... | 227 |
| Фокин А.А., Владимирский В.В., Барышников А.А., Черноусов В.В. Опыт первого года рутинного использования открытого и эндоваскулярного методов лечения хирургами отделения сосудистой хирургии | 228 |
| Фокин А.А., Владимирский В.В., Барышников А.А., Черноусов В.В. Эндоваскулярное лечение осложнений сосудистого доступа у пациентов программного гемодиализа | 229 |
| Фокин А.А., Гасников А.В., Серажитдинов А.Ш., Надвиков А.И., Асатрян Г.М. Аномальное отхождение ветвей от экстракраниального отдела внутренней сонной артерии | 231 |
| Фокин А.А., Киреев К.А., Киреева Т.С. Специализированная медицинская помощь при инфарктах миокарда у пациентов старше 75 лет..... | 232 |
| Фокин А.А., Кочнева В.Д., Игнатов В.А., Абайдулин Р.Ж., Алферов М.А. Наш опыт эндоваскулярного лечения острого коронарного синдрома | 233 |
| Фокин А.А., Мудрякова М.В., Сазанов А.В. Сравнительные исходы лечения стенозов внутренней сонной артерии при контралатеральной окклюзии в отдалённом периоде наблюдения | 234 |

| | |
|---|-----|
| Фокин А.А., Надвиков А.И., Серажитдинов А.Ш., Владимирский В.В., Гасников А.В., Рудакова И.Ю. Результаты симультанных операций при одностороннем атеросклеротическом поражении подключичной и внутренней сонной артерии в сравнении с изолированными вмешательствами на подключичной артерии | 236 |
| Фокин А.А., Сощенко Д.Г. Ангиопластика артерий голени как этап реваскуляризирующего лечения ишемических форм при синдроме диабетической стопы..... | 237 |
| Хамдамов У.Р., Абдурахманов М.М., Хайдаров Ф.Н., Тошев Б.Р. Методы профилактики тромбоза глубоких вен нижних конечностей у больных с переломами бедра и голени при сочетанной травме | 238 |
| Холов Г.А., Джураева Н.О. Выявления некоронарного атеросклероза у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST для определения исхода чрескожных коронарных вмешательств | 239 |
| Холов Г.А., Джураева Н.О., Абдигалилова С.И., Ганиев У.Ш. Оценка левых отделов сердца при гипоксической легочной гипертензии на фоне хронических обструктивных болезней легких | 240 |
| Хорев Н.Г., Ермолин П.А., Соколов А.В., Дуда А.И., Косоухов А.П., Шойхет Я.Н. Результаты одномоментных операций на сонных и коронарных артериях у больных мультифокальным атеросклерозом | 240 |
| Чарчян Э.Р., Абугов С.А., Скворцов А.А., Хачатрян З.Р. Гибридная хирургия грудных и торакоабдоминальных аневризм аорты | 241 |
| Чернигина Т.П., Максимкин Д.А., Голощапов-Аксенов Р.С., Шугушев З.Х. Оценка эффективности эндоваскулярного лечения больных ОКС без подъема сегмента ST | 242 |
| Шевела А.И., Серяпина Ю.В., Севостьянова К.С. MMP12 и VEGF – диагностические маркеры риска развития варикозной болезни | 243 |
| Шелест В.В. Шовные материалы: актуальные вопросы импортозамещения в сердечно-сосудистой хирургии | 244 |
| Шнейдер Ю.А., Худеньких Е.Е., Цой В.Г., Шиленко П.А., Черкес А.Н., Слепенко Е.В. Коронарное шунтирование из левосторонней передне-боковой торакотомии у пациентов с ИБС | 245 |
| Яковлева О.Э. Опыт работы центра ЛАГ Челябинской области | 246 |
| Ярославская Е.И., Кузнецов В.А. Эхокардиография в диагностике ишемической болезни сердца: неочевидные синдромы | 247 |

РЕЦИДИВНОЕ И ОСЛОЖНЕННОЕ ВАРИКОЦЕЛЕ КАК СЛЕДСТВИЕ РЕНОКАВАЛЬНОГО СБРОСА ПО ЛЕВОЙ ЯИЧКОВОЙ ВЕНЕ

Абайдулин Р.Ж., Фокин А.А., Пискунов В.А.

ГБОУ ВПО «Южно-уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ», ГБУЗ Челябинская областная клиническая больница, Челябинск, Россия

Традиционно в России проблема варикоцеле лечилась хирургами-урологами. Хирургический подход заключался в антипатогенетическом подходе к оперативной технике коррекции варикоцеле, что довольно часто (до 30%) являлось причиной осложнения оперативного лечения – водянки оболочек яичка, как правило, в позднем послеоперационном периоде. Рецидивы варикоцеле отмечаются до 20%. При традиционных перевязках и экстирпациях гроздьевидного сплетения рассчитывают на коллатеральный отток венозной крови левого яичка, что по результатам спермограмм оказалось несостоятельным с точки зрения физиологии венозного оттока по системе кремастерных вен и венозному сплетению оболочек семенного оттока. Микрохирургические тестикулозафенные и другие вено-венозные анастомозы на практике показали своё большое преимущество по результатам спермограмм, практическим отсутствием рецидивов и осложнений (повторный рецидив варикоцеле, вторичная водянка, вторичный эпидидимит, вторичное бесплодие) ввиду их физиологичности.

Основной причиной рецидивного и «осложнённого» варикоцеле (выраженные олигозооспермии), как показали данные флебографий и флеботонометрии (274 человека) и УЗДГ в ортостазе (более 300 пациентов), является экстравазальная компрессия левой почечной вены, что само по себе подтверждает физиологическую правильность наложения проксимальных вено-венозных анастомозов, не нарушающих сложившийся механизм ренокавального оттока в обсуждаемой группе пациентов. Ни у одного пациента с рецидивным варикоцеле по данным УЗДГ не было зафиксировано илиосперматического рефлюкса.

На наш взгляд сомнительна преувеличенная роль надпочечника левой почки в патогенезе выраженных нарушений сперматогенеза при варикоцеле, так как проксимальные микрохирургические вено-венозные анастомозы левого яичка приводили к таким же улучшениям как и комбинированные (двунаправленные) вено-венозные анастомозы.

Современные методы тотальной эмболизации левой гонадной вены опасны прерыванием физиологического ренокавального сброса из системы левой почечной и надпочечниковой вен, что может быть показано дальнейшими флебографическими работами.

По прежнему во многих лечебных учреждениях не выполняются до- и послеоперационные спермограммы.

Неутешительные результаты послеоперационных спермограмм у пациентов (олигозооспермии 2-3ст. у 30% оперированных) после субингвинальных и ингивальных вмешательств (Мармара, Гольдштейна и т.п.) отчасти доказывает верность физиологического подхода в современном понимании лечения пациентов с варикоцеле.

Наш опыт ангиоурологического подхода в диагностике, микрохирургическом лечении рецидивного варикоцеле и профилактике его осложнений сопровождался отсутствием его вторичного рецидива, олигозооспермии, вторичных водянок.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА В БАССЕЙНЕ МАЛОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ

Абдурахманов М.М., Мусоев Т.Я., Хайдаров Ф.Н., Холиков Ф., Буранов Ш.

*Бухарский Государственный Медицинский институт имени Абу Али ибн Сина,
Бухарский филиал РНЦЭМП, г. Бухара, Республика Узбекистан*

Актуальность. Лечение острого варикотромбофлебита (ОВТФ) в бассейне малой подкожной вены (МПВ) требует своего разрешения. Это обусловлено относительной редкостью

патологии и многообразием анатомических вариантов венозной системы малой подкожной вены. Показанием к срочной операции при ОВТФ МПВ в основном является локализация процесса в верхней трети голени. Острый варикотромбофлебит МПВ приводит к тромбозу глубоких вен до 60% случаев, и это связано с тем, что: ствол МПВ значительно меньшей длины, в сравнении с большой подкожной веной (БПВ), это позволяет достаточно быстрое распространение тромбофлебита к сафено-подколенному соустью (СПС);

Цель. Улучшение результатов лечения пациентов с ОВТФ в системе МПВ путем проведения своевременной диагностики с учетом вариантов строения проксимального отдела МПВ и суральных вен, выявления и коррекции патологических венозных рефлюксов в бассейне МПВ.

Материал и методы. В хирургическом отделении Бухарского филиала РНЦЭМ на лечении по поводу ОВТФ системы МПВ находилось 54 пациента, из них в 10 случаях диагностированы атипичные формы. Лечение состояло из: 1) ликвидации угрозы тромбоэмболических осложнений путем тромбэктомии и временной перевязки тромбированного сосуда ниже соустья; 2) срочной радикальной флебэктомии с субфасциальной диссекцией перфорантов; 3) при изолированном ОВТФ притоков МПВ, предупреждения распространения процесса на ствол МПВ и БПВ, а также недостаточные перфоранты путем флебэктомии.

Результаты и обсуждение. При плановых операциях на МПВ с целью устранения венозного рефлюкса в подколенной ямке мы исходили из следующих принципов: 1) удаление только варикозноизмененных вен; 2) ликвидация всех источников рефлюкса, связанных с МПВ, по результатам дооперационного цветного дуплексного сканирования; 3) перевязка СПС на уровне подколенной вены; 4) тромбэктомия из подколенной вены с последующим ее ушиванием при флотирующем в ней тромбе. Выбор доступа с учетом варианта аномалии приустьевых отделов МПВ – очень важный этап операции. Нами выделены следующие варианты тромбоза СПС: 1) тромбоз ствола МПВ, 2) распространение тромбоза на подколенную вену, 3) тромбоз ствола МПВ вместе с общим суральным стволом, 4) распространение тромбоза на СПС из коммуниканта БПВ, 5) распространение тромбоза на СПС из суральных вен. При наличии недостаточных и/или тромбированных перфорантов и при отсутствии тромбоза СПС первым этапом проводилась их непосредственная субфасциальная диссекция, а потом – кроссэктомия. Вторым этапом – определение места и вариантов впадения суральных вен в подколенную вену и/или МПВ, или СПС. Третий этап – обработка несостоятельных тромбированных перфорантов. Четвертый этап – парциальная или тотальная флебэктомия ствола МПВ, при необходимости высечение тромбированных суральных синусов. Пятый – минифлебэктомия и/или склеротерапия притоков МПВ и высечение конгломератов поверхностных варикозно-расширенных тромбированных вен.

Выводы. Знание особенностей строения проксимального отдела малой подкожной и суральных вен, выявление и коррекция патологических венозных рефлюксов в бассейне МПВ является основой своевременной диагностики и лечения острого варикотромбофлебита малой подкожной вены.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Абдурахманов М.М., Мусоев Т.Я., Хамдамов У.Р., Холиков Ф.Ю., Буранов Ш.

*Бухарский Государственный Медицинский институт имени Абу Али ибн Сина,
Бухарский филиал РНЦЭМП, г. Бухара, Республика Узбекистан*

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных тромбозами глубоких вен нижних конечностей путем оптимизации консервативной терапии.

Материалы и методы исследования. Нами проведен анализ комплексного обследования и лечения 44 больных венозным тромбозом, находившихся на лечении в хирургическом отделении Бухарского филиала РНЦЭМП в 2005-200158 гг. Мужчин было 32 (72,7%), женщин – 12 (27,3%). Возраст больных колебался от 26 до 79 лет и составлял в среднем 54 ± 2 года. Средняя длительность заболевания до момента поступления составила $5,5 \pm 3,0$ суток.

Результаты исследования. При поступлении больным начинали терапию антикоагулянтами прямого действия на фоне консервативной терапии: пентоксифилин (латрен внутривенно 200,0 мл) 1 раз в течение 10 дней, никотиновая кислота 1% - 2,0, 2 раза в день внутримышечно в течение 10 суток, диклофенак натрия 3,0 внутримышечно 1 раз в день в течение 3 дней, эластическая компрессия пораженной конечности. Для предупреждения распространения тромботического процесса применяли нефракционный высокомолекулярный гепарин 5000 ед., 3 раза в сутки. Контроль системы гемостаза осуществляли 1 раз в сутки путем определения активизированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ). При проведении гепаринотерапии АЧТВ увеличивали в 2-2,5 раза до 80-110 с. Со вторых суток больным назначали прием варфарина (антикоагулянта непрямого действия) в дозе 5 мг (2 таблетки вечером в 20.00) в течение 2 дней на фоне гепаринотерапии. На 3-й день с момента назначения варфарина определяли международное нормализационное отношение (МНО) и производили коррекцию дозы. При МНО <1,5 суточную дозу препарата повышали до 10 мг, от 1,5 до 3 – оставляли 5 мг, при МНО свыше 3,0 – больной пропускал прием препарата. В последующие дни проводили ежедневный контроль МНО с коррекцией дозы до достижения МНО в двух последующих измерениях в интервале от 2 до 3, после чего гепарин отменяли. При этом продолжительность гепаринотерапии составляла 5-10 суток. Необходимо подчеркнуть, что адекватная антикоагулянтная терапия достигается на уровне МНО от 2,0 до 3,0. Антикоагулянтная терапия продолжалась в течение 6 месяцев. Контролем эффективности являлось определение МНО 1 раз в 7-10 дней в течение первого месяца. В дальнейшем при стабилизации дозы исследование МНО производили 1 раз в месяц. Через 6 месяцев проводили контрольное ангиосканирование глубоких вен пораженной конечности. Полная реканализация тромбированных вен наступила у 13 (29,5%) больных, и этим пациентам антикоагулянтная терапия была отменена. Частичная реканализация обнаружена у 15 (34,1%) больных, и для предупреждения рецидива заболевания назначена антитромбоцитарная терапия тромбоассом или кардиомагнилом. У 16 (36,4%) больных восстановление просвета вен не обнаружено, и этим пациентам продолжена антикоагулянтная терапия. Ни у одного больного не было зарегистрировано рецидива тромботического процесса.

Заключение. Предложенная схема антикоагулянтной терапии позволяет оптимизировать консервативное лечение венозных тромбозов, предупредить рецидив заболевания и улучшить результаты лечения больных.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНЫХ И АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

*Абушкин И.А., **Денис А.Г., *Привалов В.А., ***Лаппа А.В., **** Румянцев
В.А.,*Васильев И.С., *Лапин В.О., *Романова О.А., ** Иванова Н.А.

*Южно-Уральский государственный медицинский университет, (г. Челябинск, Россия);

**Тверская областная клиническая больница, (г. Тверь, Россия);

*** Челябинский государственный университет, (г. Челябинск, Россия);

**** Тверской государственный медицинский университет, (г. Тверь, Россия).

Почти 35 лет назад Mulliken J.V. et al. (1982) на основании выявленных микроскопических различий эндотелия выделил среди сосудистых аномалий сосудистые опухоли и сосудистые мальформации. Самой частой сосудистой опухолью (до 10% среди детей первого года жизни) является младенческая гемангиома. Младенческая гемангиома характеризуется увеличенной пролиферацией эндотелия сосудов и их гиперплазией. В своем развитии она проходит стадию пролиферации и инволюции. Сосудистая мальформация является пороком развития кровеносных или лимфатических сосудов. При ней нет ни пролиферации эндотелия, ни инволюции. Сосудистые мальформации являются редкой патологией. Методы лечения сосудистых мальформаций разнообразны, от хирургического до склеротерапии и эмболизации и недостаточно эффективны.

Целью работы являлся анализ частоты диагностических ошибок при венозных и артериовенозных мальформациях, улучшение результатов диагностики и лечения данной патологии.

Материалы и методы: В период с 2004 по 2015 год пролечено 84 больных в возрасте от 4 месяцев до 66 лет, из них венозная мальформация (ВМ) была у 67, а артериовенозная мальформация (АВМ) у 17 пациентов. Преимущественной, более 60%, локализацией была голова и шея. Дети в возрасте до 18 лет составили 79,8%. ВМ и АВМ проявлялись косметическим дефектом, наличием плюс ткани и болями. В диагностике, помимо физикального обследования, использовали ультразвуковое исследование (УЗИ) с цветным доплеровским картированием, контрастное КТ / МРТ исследование. В лечении использованы три технологии: бесконтактная, внутритканевая и внутрисосудистая 0,97 и 1,56 мкм-лазерная термотерапия. Участки мальформации, выходящие на кожу или слизистую подвергались бесконтактной лазерной термотерапии. Внутритканевая и внутрисосудистая термотерапия под контролем ультразвукового исследования использована для более глубоких частей мальформации. Эффективность лечения оценивали по удовлетворенности пациента или родителей ребенка полученным косметическим результатом, уменьшению или исчезновению болевого синдрома. У 37 больных (первая группа) термотерапию мальформации проводили с использованием диодного 0,97 мкм – лазера. У 47 пациентов (вторая группа) применяли оптоволоконный 1,56 мкм-лазер. Группы пациентов были сопоставимыми между собой и отличались только методами лечения. Отдаленные результаты прослежены в срок до 11 лет.

Результаты. У всех (100%) больных с ВМ и АВМ первичные диагнозы были не верными. Пациентов ошибочно лечили с диагнозом кавернозная гемангиома, гигрома, лимфангиома, лимфаденит, артрит и др. Мы установили, что при УЗИ с цветным доплеровским картированием в обычном режиме большинство сосудистых полостей выглядит как кисты. Только настройка аппарата УЗИ на низкие скорости тока жидкости позволяет диагностировать, что это не просто полости, а полости кровеносные, что подтверждалось пункцией. Это была одна из причин диагностических ошибок. В других случаях с типичной клинической картиной ошибки диагностики можно было объяснить только не знанием врачами, в т.ч. сосудистыми хирургами, данной патологии.

Хороший клинический результат (незначительный косметический дефект, отсутствие болей) получен у всех пациентов второй группы и у 85% больных первой группы. Количество сеансов лазерной термотерапии до получения хорошего и удовлетворительного результата составило от 2 до 7 с интервалом не менее одного месяца. При этом число проведенных сеансов лечения в первой группе пациентов было в 2 раза большим, чем во второй. Различия статистически достоверны.

Выводы. Венозные и артериовенозные мальформации по данным ультразвукового исследования с цветным доплеровским картированием характеризуются наличием полостей с очень низким током крови, что необходимо учитывать при проведении исследования. 1,56 мкм-лазерная термотерапия высокоэффективна в лечении венозных и артерио-венозных мальформаций и может быть рекомендована к широкому клиническому применению у больных с данной патологией.

ОПЫТ ФЦВМТ (Г. КАЛИНИНГРАД) ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

Акобян Т.Л., Цой В.Г., Шнейдер Ю.А.

*ФГБУ «ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ВЫСОКИХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
г. Калининград, Россия*

Цель: Оценить непосредственные результаты транскатетерной имплантации (TAVI) аортального клапана.

Методы: С декабря 2013 года по июнь 2015 года нами было выполнено 11 транскатетерных имплантаций аортального клапана. Одному пациенту аортальный клапан был имплантирован трансторакальным доступом, в 10 случаях пользовались трансфеморальным доступом. Четырем (36%) имплантировали клапан Edward Sapien, 7 (64%) пациентам Medtronic CoreValve.

Все пациенты относились к группе высокого риска для имплантации аортального клапана в условиях искусственного кровообращения.

Результаты: По гендерному фактору пациенты разделялись следующим образом: мужчины - 2 (18%), женщины – 9 (82%). Средний возраст пациентов составил $79,9 \pm 3,5$ лет. Летальных случаев на госпитальном этапе не имели. В одном случае (9%) произошла миграция протеза, данный протез был эксплантирован эндоваскулярным способом и повторно успешно имплантирован. У остальных пациентов имплантация клапана произошла без особенностей. Основными нелетальными осложнениями являлись: гемоперикард – у 3 (27%) пациентов, в двух (18%) случаях выполнена успешная пункция и дренирование полости перикарда в условиях рентгеноперационной, в одном (9%) случае выполнена стернотомия; Полная АВ блокада - у 6 (54%) пациентов, в 5 (45%) случаях потребовалась имплантация постоянного электрокардиостимулятора (ЭКС). Все случаи имплантации ЭКС были у пациентов с протезами Medtronic CoreValve.

Выводы: Трапнскатетерная имплантация аортального клапана является относительно безопасной процедурой у пациентов с высоким риском хирургического вмешательства. Частота случаев нарушения проводимости напрямую зависит от модели имплантируемого клапана.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ ФИСТУЛ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Акшулаков С.К., Махамбетов Е.Т., Смагулов Ф.Х., Шпеков А.С., Калиев А.Б.,
Медетов Е.Ж.

Национальный центр нейрохирургии, г. Астана, Казахстан

Артериовенозные фистулы представляют собой патологическое соединение сосудов в ткани головного мозга или в окружающих его структурах, когда одна или несколько артерий напрямую соединяются с одной или несколькими венами или венозными синусами. Это приводит к повышению давления в венах или венозных синусах. Некоторые фистулы могут не проявляться клинически, другие могут вызывать дискомфорт ввиду постоянного пульсирующего шума. В ряде случаев фистулы могут приводить к выраженному повышению венозного давления и в результате к таким жизнеугрожающим состояниям, как эпилептиформные, внутричерепные кровоизлияния.

Целью лечения является разобщение фистулы, которое может быть осуществлено эндоваскулярной эмболизацией, хирургическим путем или комбинацией этих методов.

За период 2009 по 2014 годы нами проведено эндоваскулярное лечение 59 пациентов с артериовенозными фистулами головного мозга. Из них было 34 пациента с каротидно-кавернозными фистулами, в возрасте от 8 до 63 лет. С фистулами А типа было 30 пациентов, а с фистулами В типа было 4 пациента (Bagrow D.L., 1985). Для эмболизации фистул использовались отделяемые спирали, оникс или их комбинация. В 30 случаях осуществлен трансартериальный доступ и в 4 случаях трансвенозный. Во всех случаях произведено полное закрытие фистул. Операционные осложнения отмечены в 3 случаях в виде транзиторного болевого синдрома в зоне иннервации тройничного нерва и в 1 случае в виде транзиторного пареза отводящего нерва.

Пациентов с дуральными фистулами было 19 человек в возрасте от 4 до 60 лет (средний возраст 39 лет). Фистулы 1 типа имелись у 1 пациента, 2 А типа у 3 и 2 В типа у 15 пациентов (Cognard C. et al. 1995). Клиническое проявление фистул у всех пациентов были в виде головных болей, у 5 в виде внутричерепных кровоизлияний, у 2 в виде эпилептиформных и в 7 случаях сопровождалось ощущением пульсирующего шума в голове. Во всех случаях кроме одного, эмболизация фистул осуществлялась через трансартериальный доступ путем введения оникса. В 15 случаях удалось добиться выключения фистул за один этап эмболизации. Операционные осложнения отмечены в 1 случае в виде внутричерепного кровоизлияния.

Пиальные артериовенозные фистулы составляют 1.6% от всех сосудистых мальформаций головного мозга. Нами пролечены 6 пациентов в возрасте от 12 до 66 лет. Во всех случаях

осуществлено полное закрытие фистул трансартериальным доступом с помощью оникса. Операционное осложнение отмечено в одном случае в виде внутрижелудочкового кровоизлияния.

Таким образом в серии наших наблюдений отмечены положительные результаты лечения артериовенозных фистул головного мозга с регрессом клинических симптомов при минимальном количестве интраоперационных осложнений и отсутствии летальности. Эндovasкулярная методика является эффективным методом лечения внутричерепных артериовенозных фистул. Показания к операции должны определяться с учетом клинических симптомов и оценки характера фистул с помощью специальных балльных шкал.

УЧЕТ ВЛИЯНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА РИСК ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РАЗРАБОТКЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Ал-Банна Р. С. Х., Иванов М. А., Артемова А.С., Петров Д.А., Максимкина Е.С.

*ГБОУ ВПО «Северо-Западный Государственный Медицинский Университет
им. И. И. Мечникова»
СПб ГБУЗ Городская Поликлиника № 72*

Коррекция метаболических нарушений у больных распространенным атеросклерозом может оказать положительное воздействие на течение послеоперационного периода у лиц, перенесших реконструктивные вмешательства на магистральных артериях.

Целью настоящего исследования явилось изучение корригируемых обстоятельств риска развития инфекционных осложнений в процессе реализации реабилитационного алгоритма у больных после реконструкции артериального русла.

Материалы и методы. В основу работы легли наблюдения за 57 пациентами с мультифокальным атеросклерозом, перенесшими реконструктивные вмешательства на магистральных артериях. Из них у 34 больных зарегистрированы проявления инфекции области оперативного вмешательства (основная группа). 23 оперированных пациента вошли в контрольную группу. Анализировались особенности течения гипертонической болезни, сахарного диабета, нарушений липидного профиля, изменений массы тела, характеристик операционного доступа, очагов эндогенной инфекции.

Результаты. Декомпенсация сахарного диабета явилась одним из основных факторов риска инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ) ($p < 0,05$). Неконтролируемый вариант артериальной гипертензии также ассоциировался с развитием ИОХВ ($p < 0,05$). В максимальной степени метаболические нарушения определяли развитие ИОХВ у пациентов с критической ишемией ($p < 0,05$). Дополнительный вклад в развитие инфекционного процесса вносят проявления хронической болезни почек, как элемент метаболических нарушений ($p < 0,05$).

Выводы. Реабилитационный алгоритм ведения больных с распространенным атеросклерозом предусматривает необходимость воздействия на корригируемые метаболические нарушения перед выполнением реконструктивных вмешательств на магистральных артериях.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ал-Банна Р.С.Х., Новикова А.Е., Бондаренко П.Б., Иванов М.А., Кебряков А.В.

*ГБОУ ВПО «Северо-Западный Государственный Медицинский Университет
им. И. И. Мечникова»
СПб ГБУЗ Городская Поликлиника № 72*

Возможности реабилитационных мероприятий у лиц с распространенным атеросклерозом достаточно ограничены. Тем не менее, некоторые мероприятия превентивного плана играют первостепенную роль.

Цель настоящего исследования – изучение возможностей реабилитационных программ у больных мультифокальным атеросклерозом на фоне метаболического синдрома.

Материалы и методы. В основу работы легли наблюдения за 65 больными, перенесшими реконструктивные вмешательства по поводу распространённого атеросклероза. Из них у 42 больных диагностирован сахарный диабет 2 типа (СД2 – основная группа), в 23 наблюдениях нарушений углеводного обмена не выявлено (контрольная группа).

Анализировались компоненты метаболического синдрома (критерий АТР III), факторы риска атеросклероза, особенности артериальной гипертензии и гемодинамики в периоперационном периоде, итоги оперативных вмешательств.

Статистическая обработка. Результаты были разнесены по шкале среднеарифметических значений (mean) \pm стандартное отклонение (SD). Сравнение групп средних арифметических значений было проведено посредством использования непараметрического критерия Манна-Уитни. Разница в категориальных переменных была проанализирована посредством χ^2 Пирсона и критерий Фишера. Различия считались статистически значимыми при $P < 0,05$. Математическую обработку проводили с использованием пакета программ STATISTICA 10.

Результаты. В основной группе преобладали пациенты с метаболическим синдромом, многие из них характеризовались признаками нестабильной гемодинамики в периоперационном периоде с проявлением высокой степени вариабельности артериального давления (более 20 мм.рт.ст.), что соответствовало увеличению числа кардиоваскулярных неблагоприятных событий ($p < 0,05$).

Использование статинов у лиц с дислипидемией и стабилизация показателей артериального давления в дооперационном периоде положительно сказались на итогах реконструктивной помощи.

Отсутствие адекватной коррекции показателей углеводного обмена сопровождалось увеличением числа наблюдений с тромботическими осложнениями вчетверо в сравнении с контрольной группой ($p < 0,05$).

Выводы. Коррекция компонентов метаболического синдрома благоприятно сказывается на течении атеросклеротического процесса и снижает риск послеоперационных осложнений.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА НА ТЕЧЕНИЕ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Ал-Банна Р.С.Х., Новикова А.Е., Мохначев А.В., Бондаренко П.Б., Иванов М.А.

ГБОУ ВПО «Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им. И. И. Мечникова», кафедра общей хирургии

Патологические изменения пищеварительного тракта многообразно влияют на атерогенез, что может играть значимую роль в развитии распространенного атеросклероза.

Цель исследования: выявить взаимосвязь между состоянием проксимальных отделов пищеварительного тракта и особенностями течения атеросклеротического процесса.

Материалы и методы: в основу работы легли наблюдения над 254 пациентами, страдающими мультифокальным атеросклерозом. Состояние сосудистого русла изучалось посредством клинических тестов, дуплексного сканирования, КТ - и МРТ-ангиографии. Изменения со стороны органов пищеварения изучались как физикальными методами, так и при помощи эндоскопического, ультразвукового, микробиологического и морфологического методов. Из биохимических показателей оценивались ферменты (АЛТ, АСТ), липидограмма, содержание общего белка в плазме крови, фибриногена и С - реактивного белка.

Результаты. Изменения микробиоты (в т.ч. поражение *H. Pylori*) потенциально опасны в плане развития дислипидемии с проявлениями структурных нарушений печеночной паренхимы. Указанные изменения выявлялись большей частью при эрозивно-язвенных поражениях желудка и двенадцатиперстной кишки ($p < 0,05$).

У лиц, систематически употребляющих алкоголь, чаще выявляется комбинация нарушений печеночной паренхимы и эрозивно-язвенных изменений проксимальных сегментов пищеварительного тракта ($p < 0,05$).

Так же было уделено внимание признакам УЗ-проявлениям очаговых и диффузных поражений печени.

Установлена связь между наличием патологии печени (неалкогольная жировой болезни печени, вирусные гепатиты и пр.) и выраженностью атеросклеротического процесса ($p < 0,05$).

Курение табака на протяжении длительного периода создает условия для возникновения поражения слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, а также изменений микробиотического состава, что сказывалось на течении атеросклероза ($p < 0,05$).

«Злокачественное» течение атеросклеротического процесса с развитием критической ишемии прослеживается у пациентов с сочетанным поражением проксимальных сегментов пищеварительного тракта и печеночной паренхимы ($p < 0,05$).

Выводы. Состояние пищеварительного тракта у лиц с распространенным атеросклерозом характеризуется выраженной модификацией печеночных функций и микробиоты, что следует учитывать при разработке реабилитационных мероприятий.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ И УЛУЧШЕНИЕ КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДВУСТОРОННИХ СТЕНОЗОВ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 70 ЛЕТ

Алехин Д.И., Кокоришвили М.А., Маслихова О.А.

*Клиника Южноуральского государственного медицинского университета
ГБОУ ВПО Росздрава, г. Челябинск, Россия.*

Цель и задачи. Целью работы явилось улучшение результатов и обеспечение безопасности хирургического лечения двусторонних окклюзионно–стенотических гемодинамически значимых поражений сонных артерий у пациентов старше 70 лет.

Задачи исследования:

1. Определение оптимального интервала реабилитации для реконструкции второй сонной артерии, при котором определяется положительная динамика когнитивной функции после операции.

2. Определение медикаментозной защиты для пациентов, которая обеспечивает наименьшее количество осложнений и профилактику острых нарушений мозгового кровообращения, улучшает когнитивную функцию и качество жизни пациентов в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Нами изучены результаты хирургического лечения двух сонных артерий при их атеросклеротическом поражении у 207 пациентов возрастом старше 70 лет, прооперированных в отделении сосудистой хирургии ГБОУ ВПО Клиники ЮУГМУ с 2009 по 2015 гг. Все пациенты были разделены на 3 группы.

1 группа исследования «А» – 83 пациента, у которых интервал между реконструкциями сонных артерий составил более 60 суток. 2 группа исследования «В» – 40 пациентов, у которых интервал между операциями на контралатеральных сонных артериях составил более 60 суток. Кроме того этим пациентам за 5 минут до кроссклампинга ВСА вводился цераксон с действующим веществом цитоколин в дозе 2 грамма внутривенно, а в течение следующих 5 суток – по 1 грамму. 3 группа сравнения «С» – 84 пациента, у которых интервал между операциями на контралатеральных сонных артериях составил 14–28 суток.

Результаты. В дооперационном периоде все показатели когнитивной функции ниже, чем у здоровых лиц. Наиболее выраженное снижение отмечалось в таких показателях как физическое функционирование и социальное функционирование. Низкую оценку пациенты давали общему состоянию здоровья. В отдаленном послеоперационном периоде после реконструкции сонных артерий с двух сторон было отмечено значительное увеличение показателей физического и ролевого функционирования, социального функционирования, наблюдалось уменьшение жалоб на головную боль и снижение памяти. Достоверные различия по показателям качества жизни после реконструкции сонных артерий с двух сторон были выявлены у пациентов группы «В». Они были достоверно выше, чем в группах «А» и «С».

Исследование биохимического статуса, проведенное перед вторым этапом реконструкции ВСА, выявило достоверные различия в биохимических показателях продуктов ПОЛ, АОС и серотонина у пациентов в группах исследования и сравнения. Выявили, что в группе «В», где интервал хирургического лечения сонных артерий составил 14–28 суток, во второй этап операции пациенты вступали с худшими показателями, чем те, у которых этот интервал составил 60 суток.

Эффект хирургического лечения оценивали также по динамике когнитивных функций в отдаленный послеоперационный период и по критериям качества жизни пациентов. Особый интерес представляло сравнение этих показателей в группах «А» и «В». Фармакологическая защита головного мозга препаратом цераксон пациентам группы «В» статистически достоверно повысила уровень когнитивных функций по сравнению с таковыми у пациентов других групп.

При сопоставлении полученных результатов в группах «А» и «В» выявлено достоверное снижение продуктов перекисного окисления липидов в крови при введении цитиколина в дозе 2000 мг на раннем этапе операции и при дальнейшем введении в течение 5 дней препарата в дозе 1000 мг.

По результатам контрольной оценки когнитивного статуса через 6 мес пациенты, которые получали до пережатия СА и в раннем послеоперационном периоде цераксон, статистически достоверно лучше справлялись с большинством предложенных тестов.

Оценка общего состояния когнитивных функций по шкале краткого исследования психического статуса (MMSE) у исследованных нами пациентов колебалась от 24 до 28 баллов. У 73,1% пациентов были выявлены умеренные когнитивные нарушения с отклонением двух и более показателей от возрастной нормы, у остальных 26,9% пациентов показатели соответствовали возрастной норме до операции.

При анализе выполненных нейропсихологических тестов чаще всего отмечались отклонения в выполнении тестов на логическую и зрительную память и в показателях отсроченного воспроизведения в тесте запоминания 5 слов. Через 6 мес после хирургического вмешательства отмечено достоверное улучшение оценки по Краткой шкале психического статуса (в среднем на 2 балла) в группе пациентов, которым вводили цераксон.

Было отмечено улучшение выполнения тестов: рисование часов, тест запоминания 5 слов, отсроченное и непосредственное воспроизведение, концептуализация, сложная и простая реакции выбора.

Группа «А» и группа «В» достоверно различались по качеству жизни в послеоперационном периоде после двухсторонней реконструкции сонных артерий. Показатели качества жизни пациентов через 6 и 12 месяцев после реконструкции сонных артерий выросли достоверно по сравнению с дооперационными данными.

Доказано положительное влияние препарата цераксон на динамику когнитивной функции в отдаленном периоде у пациентов старше 70 лет, оперированных поэтапно на двух сонных артериях, что подтверждено биохимическим исследованием системы ПОЛ–АОС и серотонина, а также психологическими тестами.

Выводы.

Для обеспечения лучшего результата хирургического лечения пациентов старше 70 лет с двусторонними стенозами сонных артерий необходим межоперационный интервал не менее 60 дней и медикаментозная защита головного мозга препаратом цераксон во время операции и в раннем послеоперационном периоде.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ОКТИМЕТРИИ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Алехин Д.И., Кокоришвили М.А., Маслихова О.А., Евсеева Ю.Д.

*Клиника Южноуральского государственного медицинского университета
ГБОУ ВПО Росздрава, г. Челябинск, Россия.*

Современная хирургическая реваскуляризация брахиоцефальных артерий уже давно доказала свою высокую эффективность в профилактике развития инсульта и прогрессировании

когнитивных нарушений при их стенозировании. Мозговая ткань, как известно, наиболее чувствительна к ишемии, а нейроны, подвергшиеся ишемическому повреждению, не восстанавливаются. Выявление и предупреждение на ранних стадиях факторов, способствующих развитию ишемии мозга очень актуальная задача для неврологов и сосудистых хирургов. Единого мнения об информативных показателях для обеспечения максимальной безопасности хирургического лечения сонных артерий среди сосудистых хирургов и неврологов на сегодня нет. Адекватная оценка кислородного статуса головного мозга, интраоперационный мониторинг функционально-метаболических параметров головного мозга и возможности их коррекции в значительной мере влияют на исход хирургического лечения и последующее качество жизни больного.

Транскраниальная оксиметрия (ТКО) используется нами с 2012 года для мониторинга кислородного обеспечения головного мозга при хирургическом лечении патологии сонных артерий. Главная задача такого мониторинга – профилактика инсульта и замедление развития когнитивных нарушений, связанных с ишемией головного мозга. Категория пациентов старшей возрастной группы, в связи с замедлением адаптивных и репаративных процессов, особо нуждается в таком мониторинге для предупреждения ишемических эпизодов при хирургическом лечении СА. Известно, что ишемический эпизод (в период кроссклампинга) даже при отсутствии неврологической симптоматики провоцирует в дальнейшем отрицательную динамику когнитивных функций и снижает качество жизни пациента. Установка внутрипросветного шунта – основной патогенетический метод профилактики и лечения интраоперационной ишемии ГМ. В связи с техническими сложностями и возможными осложнениями при установке он не рекомендован для 100% использования. Поэтому определение показаний к его применению стало важной задачей.

Материалы и методы. С 2012 по 2015 год под постоянным мониторингом транскраниальной оксиметрией (ТКО) нами оперировано 87 пациентов старшей возрастной группы. Все пациенты оперированы с применением регионарной анестезии. На основании динамики показателей ТКО пациенты были распределены на 3 группы. В группах исследовали неврологический статус в период операции, биохимические показатели крови, оттекающей от головного мозга, и периферической крови (система ПОЛ и АОС, серотонин, маркеры нейронального повреждения).

Группа 1 – 21 пациент, у которых снижение показателей ТКО со стороны операции составило до 10%, показатели ТКО с контрлатеральной стороны были без динамики. Неврологической симптоматики у всех пациентов не отмечено, биохимические показатели также не продемонстрировали достоверной динамики.

Группа 2 – 49 пациентов, у которых снижение показателей ТКО со стороны операции составило от 10% до 20%, показатели ТКО с контрлатеральной стороны оставались неизменными. Неврологической симптоматики не отмечено у 35 пациентов, у 14 пациентов выявлена неврологическая симптоматика по типу ТИА. Биохимические показатели у всех пациентов достоверно указывали на развитие процесса ишемии головного мозга. 14 пациентам устанавливался внутрипросветный шунт на период кроссклампинга.

Группа 3 – 16 пациентов, у которых снижение показателей ТКО со стороны операции составило более 20%, одновременно снижались показатели с контрлатеральной стороны до 10%. Неврологическая симптоматика по типу ТИА отмечена у 15 пациентов. Биохимические показатели у всех пациентов достоверно указывают на развитие ишемии головного мозга. Всем пациентам устанавливался внутрипросветный шунт.

Выводы. Таким образом, использование ТКО считаем основным (более значимым и информативным, чем измерение ретроградного давления в СА) методом для определения показаний к использованию внутрипросветного каротидного шунта. Нами выявлено, что этап кроссклампинга независимо от наличия неврологической симптоматики сопровождается отрицательной динамикой первичных, вторичных и конечных продуктов ПОЛ и АОС, а также отмечается достоверное повышение серотонина в сыворотке крови. Установка внутрипросветного шунта должна «по умолчанию» проводиться при снижении ТКО на 15 % и более при контрольном пережатии.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАДИОЧАСТОТНОЙ И ЛАЗЕРНОЙ ЭНЕРГИИ

Алехин Д.И., Маслихова О.А., Кокоришвили М.А.

*Клиника Южноуральского государственного медицинского университета
ГБОУ ВПО Росздрава, г. Челябинск, Россия.*

Общезвестные особенности варикозной болезни у пожилых пациентов: отягощенность сопутствующими соматическими заболеваниями, стужение крови, снижение репаративных процессов, уменьшение физической активности. Возрастное изменение гормонального статуса неизбежно влечет к ослаблению каркасной функции сосудистой стенки. Из-за прекращения выработки половых гормонов стремительно уменьшается количество межклеточного матрикса. Лечение должно быть: максимально малоинвазивным и эффективным, без нарушения двигательной активности пациента, проводится быстро и не требует пребывания в стационаре, не требует дополнительного обезболивания в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. За 2011–2014 год прооперировано 477 пациентов возрастом от 60 до 87 лет. Средний возраст 66,7. Показаниями для операции стали ХВН 3 класс 311 больных, 4 класс 104 больных, 5 класс 21 больной, 6 класс 32 больных. У 9 пациентов показанием для операции стал тромбоз в бассейне БПВ, прогрессивно распространившийся до верхней трети бедра. В 353 случаях проведена РЧА ствола БПВ (у 77 пациентов дополнительно проведена лазерная облитерация несостоятельной перфорантной вены – ЛОНПВ), в 72 случаях облитерирован ствол МПВ (у 14 пациентов проведена ЛОНПВ), в 52 случаях облитерированы оба ствола (в 2 случаях проведена ЛОНПВ). В 41 случае операция проведена как этап хирургического лечения перед другими операциями: имплантация суставов, гинекологические операции, урологические операции. Все пациенты до операции получали флеботропные препараты и продолжали принимать их в послеоперационном периоде.

Результаты. Во всех случаях получен удовлетворительный результат. Полная облитерация венозной магистрали получена 98,9 %, что достоверно не отличалось от группы возрастом до 60 лет. Во всех случаях получено клиническое улучшение состояния. Через 1 месяц после операции осмотрено 402 пациента. Во всех случаях получен удовлетворительный клинический результат – у 395 (98,7%) пациентов достигнута облитерация БПВ и МПВ. В 4 случаях не были полностью облитерированы после лазерной облитерации несостоятельные перфорантные вены. Через 6 месяцев после операции обследовано 298 пациентов. Во всех случаях получен удовлетворительный клинический результат – у 293 (98,3%) пациентов достигнута облитерация БПВ и МПВ. В 6 классе хронической венозной недостаточности по СЕАР осталось 2 пациента. В 2 случаях не достигнуто полной облитерации несостоятельных перфорантных вен.

Выводы. Достоинства использования радиочастотной и лазерной методик: малоинвазивность, радикальность, высокий косметический эффект, минимальная потеря физической активности – в старшей возрастной группе полностью подтвердились.

Применение этой методики возможно у пациентов старше 70 лет для безопасного и эффективного лечения трофических язв размером более 100см². Считаем также, что более лёгкий восстановительный период с наименее продолжительными сроками ношения компрессионных изделий делает возможным применение данного метода и в жаркое время года. Процедура РЧА технически не столь сложна, ввиду того, что радиочастотный генератор снабжён системой обратной связи и автоматически рассчитывает и выбирает оптимальное для каждого конкретного воздействия количество энергии.

АНТЕГРАДНАЯ ПЕРФУЗИЯ КАК СПОСОБ ЗАЩИТЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ДУГЕ АОРТЫ

Аминов В.В., Кузнецов П.В., Игнатов Е.В., Терещенко Д.Р., Давыдов С.Н.

ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава РФ, г. Челябинск, Россия

Цель исследования: оценить результаты применения антеградной перфузии для защиты головного мозга во время вмешательств на дуге аорты.

Материал и методы: с февраля 2011 по май 2014 г 20 пациентам было выполнено вмешательство на дуге аорты с использованием антеградной перфузии головного мозга. Мужчин было 12 человек (60%), женщин – 8 (40%). Средний возраст больных – $53,3 \pm 12,2$ (от 28 до 78). Этиология: острое расслоение аорты – 8 пациентов (40%), подострое – 1 (5%), хроническое – 6 (30%), специфический аортит – 1 (5%), аортопатия при двустворчатом аортальном клапане – 3 (15%), артериальная гипертензия – 1 (5%). Для проведения искусственного кровообращения в 18 случаях использовалась правая подключичная артерия (через сосудистый протез), в 2 случаях канюлировался брахиоцефальный ствол. Все операции выполнялись в условиях системной гипотермии. При этом у 16 пациентов (80%) циркуляторный арест производился при температуре 25°C , при температуре 20°C и 28°C – по 2 пациента (10%). Защита миокарда осуществлялась с помощью постоянной ретроградной холодной кровяной кардиopleгии у 4 пациентов (20%), с помощью раствора «Кустодиол» – у 11 (55%), комбинированным способом (ретроградная кровяная холодная кардиopleгия на этапе реконструкции дуги аорты, затем – «Кустодиол») – у 5 (25%). Протезирование дуги аорты по методике «hemiarch-repair» было выполнено у 13 пациентов (65%), по методике «elephant trunk» с использованием трифуркационного графта – у 7 пациентов (35%). Дополнительные вмешательства: супракоронарное протезирование восходящего отдела аорты – у 10 пациентов (50%), операция Bentall – у 9 (45%), операция David – у 1 (5%), АКШ – у 3 (15%), протезирование брахиоцефального ствола – у 1 (5%), пластика трикуспидального клапана – у 3 (15%), радиочастотная изоляция устьев легочных вен – у 1 (5%). Средняя продолжительность циркуляторного ареста, окклюзии аорты и искусственного кровообращения составили $44,5 \pm 21$ (от 11 до 90) мин, $176,7 \pm 45,5$ (от 114 до 276) мин, $317,5 \pm 71,6$ (от 198 до 447) мин, соответственно.

Результаты: госпитальная летальность составила 5% (1 пациент). Причина летального исхода – диффузная кровоточивость тканей на фоне приема антиагрегантов (пациентка оперирована по поводу острого расслоения аорты). Продолжительность нахождения в палате реанимации – $9,3 \pm 9,3$ (от 3 до 35). Осложнения послеоперационного периода: ОНМК ишемического генеза – у 2 пациентов, парез гортанного нерва – у 2, гидроперикард – у 2, дыхательная недостаточность – у 1, спонтанный пневмоторакс – у 1, пароксизм фибрилляции предсердий – у 1. Дополнительные вмешательства в послеоперационном периоде: пункция перикарда – у 2 пациентов, стентирование левой общей сонной артерии – у 2. Средняя продолжительность нахождения пациента в клинике после операции – $24,7 \pm 17,5$ (от 11 до 85) койко-дней.

Выводы: применение антеградной перфузии головного мозга в сочетании с умеренной системной гипотермией позволяет получить удовлетворительные непосредственные результаты хирургического лечения пациентов с патологией дуги аорты.
- необходимо дальнейшее накопление клинического опыта.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИ-СТЕРНОТОМИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИОБРЕТЕННОЙ ПАТОЛОГИИ СЕРДЦА

Аминов В.В., Терещенко Д.Р., Кузнецов П.В., Игнатов Е.В., Давыдов С.Н.

ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава РФ, г. Челябинск, Россия

Введение: минимально инвазивный хирургический доступ определяется, как хирургическое вмешательство с использованием любого доступа, кроме срединной стернотомии. Преимущества минимально инвазивной хирургии: уменьшение продолжительности госпитализации, более быстрое восстановление физической активности, уменьшение болевого синдрома после операции, потребности в трансфузии компонентов крови, снижение частоты инфекционных и легочных осложнений в послеоперационном периоде, косметический эффект. Одним из вариантов минимально инвазивного доступа является частичная J-стернотомия.

Цель исследования: представить непосредственные результаты применения мини-стернотомии при хирургической коррекции приобретенных пороков сердца.

Материалы и методы: Мини-стернотомия была использована у 14 пациентов. Из них мужчин было 8 человек (57,1%), женщин – 6 (42,9%). Средний возраст составил $55,3 \pm 13,7$ (от 29 до 79) года. Показания для операции: наличие выраженного стеноза аортального клапана – у

6 пациентов, выраженной недостаточности аортального клапана – у 2, аневризмы восходящего отдела аорты – у 2, опухоли левого предсердия – у 2, выраженной недостаточности митрального клапана – также у 2 пациентов. Распределение пациентов по стадиям недостаточности кровообращения: I стадия – у 7 пациентов (50%), II стадия – также у 7 пациентов (50%). Распределение пациентов по функциональным классам: I – у 4 (28,6%), II – у 5 (35,7%), III – у 5 (35,7%) пациентов. Верхняя J-стернотомия в IV межреберье справа была выполнена у 10 пациентов (71,4%), нижняя во II межреберье справа – у 4 (28,6%). Подключение искусственного кровообращения у всех пациентов, которым выполнялась верхняя J-стернотомия, осуществлялось по схеме «аорта-правое предсердие», нижняя – по схеме «аорта-полые вены». Защита миокарда осуществлялась с помощью холодной кровяной кардиopleгии или с помощью раствора «Кустодиол» (по 7 пациентов). Через верхнюю мини-стернотомию были выполнены следующие вмешательства: протезирование аортального клапана механическим протезом – у 4 пациентов, биологическим протезом – также у 4 пациентов, протезирование восходящего отдела аорты и пластика двустворчатого аортального клапана – у 1, протезирование восходящего отдела аорты и процедура David – у 1 больного. Вмешательства, выполненные через нижнюю частичную стернотомию: пластика митрального клапана – у 2 пациентов, удаление опухоли левого предсердия – также у 2 пациентов.

Результаты: Ни в одном случае не было конверсии в срединную стернотомию. Случаев госпитальной летальности не было. Также не было случаев повторных операций по поводу кровотечения. Средняя продолжительность искусственного кровообращения и окклюзии аорты составили $108,5 \pm 26,1$ (от 74 до 178) мин и $77,3 \pm 26,5$ (от 50,0 до 154) мин, соответственно. Средняя продолжительность искусственной вентиляции легких составила $8,4 \pm 3,9$ (от 3 до 18) ч, нахождения в палате реанимации – $2,6 \pm 1,3$ (от 1 до 5) койко-дня. Средняя продолжительность нахождения в стационаре после операции составила $9,6 \pm 2,4$ (от 7 до 14) койко-дня. Дополнительные вмешательства в послеоперационном периоде – дренирование двустороннего плевноторакса (у пациента с дисплазией соединительной ткани) – в 1 случае, имплантация временного ЭКС – у 1 пациента, имплантация постоянного ЭКС – также у 1 пациента (исходно – дисфункция синусового узла).

Выводы: мини-стернотомия позволяет эффективно выполнять коррекцию приобретенных пороков при минимизации количества осложнений.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПРЕССИОННЫХ ПОВЯЗОК ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Андреева И.В., Виноградов А.А.

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия

Одной из актуальных проблем современной хирургии вен является лечение трофических язв нижних конечностей. Частота встречаемости этого осложнения при хронической венозной недостаточности, вызванной недостаточностью венозных клапанов и нарушением проходимости глубоких вен, составляет 15–20%. Результаты лечения не всегда удовлетворительны: до 10% язв не заживают на протяжении 5 лет и более, рецидивы язв встречаются в 6–15% случаев.

Одним из направлений в лечении трофических язв нижних конечностей является использование раневых покрытий. В настоящее время широко рекламируются современные перевязочные средства и гидроколлоидные повязки (Промогран, Тиелле, Актисорб Плюс, Варигезив, Куриозан), которые удобны в использовании, обладают дезодорирующим, абсорбирующим и бактерицидным действием. Однако они имеют достаточно высокую стоимость, требуют частой смены и, на наш взгляд, более эффективны при лечении инфицированных ран с активной экссудацией. В лечении трофических язв необходимы такие покрытия, которые бы улучшали кровообращение в конечности и обладали длительным адсорбирующим действием.

Нами проанализированы результаты лечения 283 пациентов с трофическими язвами нижних конечностей венозной этиологии за период 2009–2013 гг. Из них было 178 женщин и

105 мужчин. Возраст больных составил от 26 до 82 лет. Варикозная болезнь (ВБ) выявлена у 68 пациентов, ПТФС – у 215. Язвы малых размеров наблюдались у 181, средней величины – 65, большие – у 37 больных. Диагностика нарушений венозной гемодинамики проводилась с помощью измерения венозного давления на конечности и ультразвукового дуплексного сканирования вен. Характер воспалительного процесса в язве оценивали методом «раненых отпечатков».

При лечении пациентов с венозными трофическими язвами использовались различные способы хирургических вмешательств, консервативные методики, физиотерапия, а также местное лечение компрессионными повязками. Нами использовались различные виды компрессионных повязок, такие как цинк-желатиновая (ЦЖП), гипсовая повязка и т.д. Мы использовали цинк-желатиновую пасту следующего состава: окись цинка – 125 г, глицерин – 125 г, желатин – 250 г, дистиллированная вода – 400 мл. Компрессионная ЦЖП обеспечивает длительную и постоянную компрессию подкожных вен, ее глицерин-желатиновая основа обладает хорошей сорбционной способностью, а окись цинка купирует явления воспаления, а также предотвращает мацерацию кожи в области язвенного дефекта. Нами применялась методика наложения ЦЖП длительностью от 1 до 4 недель. При обильной экссудации из трофической язвы в месте промокания ЦЖП вырезали окно с последующим наложением новых слоев повязки.

За период наблюдения цинк-желатиновая повязка была наложена у 69 и гипсовая – у 27 пациентов с трофическими язвами средних и больших размеров. Перед наложением повязки обязательно проводились механическое, химическое и медикаментозное очищение трофической язвы от гнойно-некротического отделяемого. Кроме того, компрессионные повязки стимулировали быстрый рост грануляций и явления частичной эпителизации в трофической язве.

При использовании компрессионных повязок положительный результат наблюдался у 89 (92,7%) пациентов (стимуляция заживления трофической язвы, подготовка больного к хирургической коррекции хронической венозной недостаточности). В 7 случаях применение ЦЖП было отменено в связи с гиперэкссудацией трофической язвы, а также индивидуальной непереносимостью компонентов повязки.

Таким образом, на сегодняшний день использование компрессионных повязок является одним из эффективных методов в комплексном лечении пациентов с трофическими язвами венозной этиологии средних и больших размеров.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛАГ

Антипова А.А.

*Кафедра внутренних болезней и поликлинической терапии ГБОУ ВПО ПГМУ
им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, Россия*

Легочная гипертензия (ЛГ) – это группа заболеваний, характеризующихся прогрессирующим повышением легочного сосудистого сопротивления (ЛСС) и давления в легочной артерии (ДЛА), которое приводит к развитию правожелудочковой сердечной недостаточности и преждевременной гибели пациентов. Диагноз ЛГ выставляется при уровне среднего давления в легочной артерии (ДЛА_{ср.}) более 25 мм рт. ст. в покое по данным катетеризации правых отделов сердца (КПОС).

Клиническая классификация ЛГ (ESC/ERS, 2015) насчитывает 5 основных групп:

1. Легочная артериальная гипертензия (ЛАГ).
2. ЛГ вследствие патологии левых отделов сердца.
3. ЛГ вследствие заболеваний легких и/или гипоксии.
4. Хроническая тромбоэмболическая ЛГ и другие виды обструкции легочной артерии.
5. ЛГ с неясными и/или многофакторными механизмами.

Эксперты ESC еще в 2009г. посчитали необходимым акцентировать внимание на том, что ЛГ в целом является патофизиологическим и гемодинамическим состоянием, а не клиническим диагнозом. В качестве клинического диагноза можно рассматривать только ее особую форму – ЛАГ, подразумевающую существование прекапиллярной ЛГ.

На 5 Всемирном симпозиуме по ЛГ (Ницца, 2013) впервые было дано гемодинамическое определение ЛАГ, для которой характерно ДЛА_{ср.} \geq 25 мм рт. ст., давление заклинивания

легочной артерии (ДЗЛА) ≤ 15 мм рт. ст., легочное сосудистое сопротивление (ЛСС) более 3 ед. Вуда по данным КПОС.

ЛАГ – редкая (частота встречаемости 15-25 случаев на 1 миллион населения), тяжелая, поздно диагностируемая патология, встречающаяся преимущественно у женщин молодого возраста и при отсутствии адекватного лечения прогноз у этих пациентов сопоставим с прогнозом у онкологических больных.

На начальном этапе заболевание может протекать бессимптомно, тем не менее прогрессирующая инспираторная одышка при физических нагрузках без приступов удушья является наиболее частым симптомом дебюта заболевания. Отсутствие патогномичных симптомов крайне затрудняет своевременную диагностику ЛАГ. Однако скрининг в популяциях высокого риска (больные с системными заболеваниями соединительной ткани, семейные случаи ЛАГ...) позволяет диагностировать заболевание на ранней стадии, что значительно улучшает прогноз у этих больных.

В рутинной практике основным методом выявления ЛГ является эхокардиография, дающая возможность оценить структурно-функциональное состояние правого желудочка сердца, произвести расчет давления в легочной артерии, выявить параметры неблагоприятного прогноза. В дальнейшем диагностический поиск должен быть направлен на установление клинического класса, оценки функционального и гемодинамического статуса. «Золотым стандартом» верификации диагноза ЛАГ является КПОС, позволяющая оценить тяжесть гемодинамических нарушений и провести тест на вазореактивность для определения терапевтической стратегии.

За последние 15 лет в арсенале лекарственных препаратов для лечения ЛАГ наряду с традиционными средствами появились препараты патогенетической ЛАГ- специфической терапии. Это аналоги простаглицина (простаноиды), антагонисты рецепторов эндотелина, ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа, стимулятор растворимой гуанилатциклазы. Имеющиеся на сегодняшний день препараты ЛАГ- специфической терапии значительно улучшили функциональные возможности и прогноз, однако это заболевание остается прогрессирующим и, в конечном итоге, летальным. Для оптимизации медицинской помощи больным ЛАГ необходим координированный мультидисциплинарный комплексный подход, который может быть обеспечен созданием специализированных центров ЛАГ в регионах.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВОГО ТРОМБОЗА НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ И ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ

Арутюнян Л.А., Нелаев В.С., Бродер И.А., Останина В.В., Приходько В.В., Стогний Н.Ю.

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области
«Областная клиническая больница №1» г. Тюмень, Россия*

Рак почки занимает 10 место по уровню заболеваемости среди злокачественных новообразований, а по уровню прироста уступает только раку предстательной железы (Аксель Е.М. *Заболеваемость злокачественными новообразованиями мочевых и мужских половых органов в России в 2003 г.*). Характерной особенностью почечно-клеточного рака является способность роста по просвету венозных сосудов. Опухолевая инвазия НПВ встречается в 4-10% случаев рака почки, что ухудшает прогноз дальнейшего лечения (Аляев Ю.Г. *Расширенные, комбинированные и органосохраняющие операции при раке почки. 1989.*). Принимая во внимание тот факт, что эффективные методы консервативного лечения отсутствуют, применение агрессивного хирургического подхода, в том числе и в качестве паллиативного лечения, является более рациональным. В данной статье мы представляем случаи успешного хирургического лечения опухолевого тромбоза НПВ и правого предсердия.

Клинический случай №1. Пациентка З., 56 лет с жалобами на общую слабость и постепенное снижение веса, обследовалась в условиях Тюменского онкологического диспансера, где и была выявлена опухоль левой почки с тромбозом нижней полой вены и правого предсердия. Для проведения оперативного лечения госпитализирована в ГБУЗ ТО «ОКБ№1» г. Тюмень. В рамках предоперационной подготовки проведены следующие дообследования:

- ЭХО-КГ: полости сердца не расширены. Клапаны не изменены. Тромбоз ПП. Недостаточность ТК. ЛГ.
- УЗИ: опухолевый тромб НПВ. Образование левой почки (В1). Киста печени.
- ПЭТ: КТ-признаки В1 левой почки с патологической гиперметаболической активностью 18F-ФДГ. Тромб НПВ. Киста правой доли печени.
- КТ-ангиография НПВ: КТ-картина опухолевого тромба НПВ. В1 левой почки.

1.07.15г. выполнено simultанное вмешательство: нефрэктомия слева, тромбэктомия из НПВ и правого предсердия в условиях ИК.

Основой этап: Стернолапаротомия. Левая почка увеличена до 20 см в наибольшем измерении. Макроскопически инвазии опухоли в жировую капсулу почки нет. Почка мобилизована с окружающей клетчаткой и левым надпочечником. Раздельная обработка почечных сосудов (аппарат Echelon Flex 45) и мочеточника – лигатурный способ. Увеличения забрюшинных лимфоузлов не выявлено. Выделена НПВ, выше и ниже почечных сосудов, взяты на держалки правые почечные сосуды. Произведена мобилизация культи левой почечной вены и перевод ее в правую позицию. Канюлирована восходящая аорта, ВПВ и НПВ. ИК. Антеградная подача кардиоплегического раствора «Кустадиол» в корень аорты. Под гипотермией – 23,5 градуса в условиях циркуляторного ареста, остановлено ИК. Одновременно вскрыто правое предсердие и НПВ (в области впадения культи левой почечной вены), выполнена тромбэктомия из полости правого предсердия и НПВ на всем протяжении. Разрезы НПВ и правого предсердия ушиты. Возобновлено ИК. Снят зажим с аорты. Сердечная деятельность восстановлена самостоятельно. При стабильной гемодинамике остановлена перфузия, удалены канюли. Кровопотеря–300мл. Длительность операции–430 мин. Продолжительность ИК–45+75 мин. Продолжительность окклюзии–38 мин. Продолжительность циркуляторного ареста–21 мин.

Контроль МСКТ-ангиографии НПВ: состояние после оперативного лечения. В венозную фазу отмечается контрастирование НПВ на всем протяжении, дефектов контрастирования в просвете не определяется, затеков контрастного вещества не выявлено.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На 10е сутки после оперативного вмешательства пациентка выписана из отделения кардиохирургии №3.

Клинический случай №2. Пациентка Ш., 58 лет поступила в отделение кардиохирургии №3 ГБУЗ ТО «ОКБ№1» г. Тюмень. Жалоб при поступлении не предъявляла. При плановом обследовании в условиях амбулаторно-поликлинического звена выявлен В1. правой почки с тромбозом НПВ и пролабированием в правое предсердие. Проведены следующие обследования:

- ЭХО-КГ: тромбоз правого предсердия (флотирующий тромб из НПВ). Клапаны сердца не изменены, полости не расширены.
- УЗДГ почечных артерий: почечная вена справа умеренно расширена, проходима, убедительно тромботических масс в просвете не лоцируется. НПВ вв/3 2,5см в диаметре, по передней стенке, пролабируя в правое предсердие, лоцируется флотир.тромб 4,8x2,3.
- КТ органов брюшной полости: В1. правой почки с инвазией в почечную вену и нижнюю полую вену. Кисты печени.

21.10.15г. выполнено simultанное вмешательство: нефрэктомия справа, тромбэктомия из нижней полой вены и правого предсердия в условиях искусственного кровообращения.

Основой этап: Стернолапаротомия. Правая почка увеличена, бугристая. Выполнена мобилизация почки с паранефральной клетчаткой. Выделены почечная вена и артерия. Вена плотная, заполнена опухолевым тромбом. Аппаратный шов сосудов. Мочеточник легирован. Нефрэктомия с надпочечником. Выделена НПВ и левая почечная вена, взята на держалки. Вскрыт перикард. Канюляция: восходящая аорта, ВПВ. Начата нормотермическая перфузия. Вскрыто правое предсердие. Визуализирована головка тромба. При пальцевой ревизии тромб к тканям предсердия и устью НПВ не фиксирован. Тромб заведен в НПВ, установлена канюля. В области устья правой почечной вены рассечена НПВ. Опухолевой тромб, на тонкой ножке 0,5 см, свободно удален с головкой. Шов НПВ. Учитывая место фиксации тромба к почечной вене, выполнена резекция НПВ с устьем почечной вены. Ревизия НПВ из правого предсердия, остаточных тромбов нет. Шов правого предсердия. Остановлена вспомогательная перфузия. Удалены канюли. Длительность ИК 44 мин. Продолжительность операции: 255 мин.

Контроль МСКТ-ангиографии НПВ: состояние после нефрэктомии справа, радикального вмешательства по поводу тромбоза НПВ. НПВ прослеживается на всем протяжении без особен-

ностей. В раннем послеоперационном периоде явления гемоперикарда и гемоторакса, выполнено дренирование полости перикарда и плевральных полостей. На 29е сутки в удовлетворительном состоянии пациентка выписана из отделения.

В современной литературе имеется большое количество публикаций, описывающие различные подходы к хирургическому лечению больных с опухолевым тромбозом нижней полой вены и правого предсердия. Выполнение тромбэктомии проводится как в условиях умеренной гипотермии, так и в условиях гипотермического циркуляторного ареста (Давыдов М.И., Матвеев В.Б. Хирургическое лечение больных раком почки с опухолевым тромбозом почечной и нижней полой вены. Матвеев В.Б. Хирургическое лечение осложненного венозной инвазией и метастатического рака почки. 2002. Kalkat M.S., Abedin A., Rooney S. et al. Renal tumours with cavo-atrial extension: surgical management and outcome. Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery 2008). Каждый из этих методов имеет свои преимущества и недостатки, так использование гипотермического циркуляторного ареста обеспечивает бескровное операционное поле с одной стороны, и с другой стороны увеличивает риск развития послеоперационной коагулопатии (Белов Ю.В., Комаров Р.Н. Хирургия рака почки с опухолевым тромбозом нижней полой вены и правого предсердия. 2013г.). В связи с этим выбор определенного метода является важной и основополагающей задачей для оперирующих хирургов.

По данным ряда авторов операционная смертность варьирует от 1,4 до 13%, а частота послеоперационных осложнений достигает 30-60%, при этом 5-ти летняя выживаемость после оперативного вмешательства составляет 35-60% (Белов Ю.В., Комаров Р.Н. Хирургия рака почки с опухолевым тромбозом нижней полой вены и правого предсердия. 2013 г. Давыдов М.И., Матвеев В.Б. Хирургическое лечение больных раком почки с опухолевым тромбозом почечной и нижней полой вены). По причине этого можно судить о том, что радикальное оперативное вмешательство дает шанс на выздоровление или продление жизни больных с раком почки и венозной инвазией.

СПЕКТР ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В РАБОТЕ АМБУЛАТОРНОГО ФЛЕБОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Арясов В.В.¹, Чубирко Ю.М.²

¹ Клиника “ДокторЪ Ч” (г.Воронеж, Россия)

² ФГБОУ ВПО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н Бурденко (г.Воронеж, Россия)

Актуальность. В настоящее время растет число амбулаторных центров, занимающихся проблемами венозной патологии. Среди них так называемые, флебологические центры или центры “офисной” хирургии. Главным достоинством для пациентов в организации работы данных медицинских организаций является отсутствие госпитализации в стационаре. Мы проанализировали виды и характер выполняемых операций в подобном центре за год.

Материал и методы. Всего прооперировано 380 (100%) пациентов по различным методикам. Мужчин – 68 (17,9%), женщин – 312 (82,1%), средний возраст 41±12,6 лет. По классификации СЕАР среди прооперированных больных клинический класс варьировал от С3 до С6. Во всех случаях была использована тумесцентная анестезия с обязательным участием врача-анестезиолога-реаниматолога, применением седации, контроля артериального давления, кардиомониторинга, сатурации крови. Все пациенты покинули клинику в течение часа после окончания операции.

Результаты. Характер вмешательств следующий: эндовенозная лазерная коагуляция (ЭВЛК) проведена у 56 (15%) человек. ЭВЛК в сочетании с минифлебэктомией по Варди-Мюллеру у 125 (33%) пациентов. Кроссэктомия и стриппинг варикозно трансформированных вен нижних конечностей выполнены в 152 (40%) случаях. Различные варианты операций Беккока, Нарата, Коккета в сочетании со склеротерапией у пациентов с рецидивным варикозом - 47(12%).

Выводы: в амбулаторном флебологическом центре возможно эффективно применять все виды современных миниинвазивных хирургических вмешательств без использования коечного фонда и пребывания пациента в стационаре.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Аюпов А.М., Кривошеков Е.П., Дмитриева И.А., Павлова И.А.

ГБУЗ «Самарская Областная клиническая больница им В.Д. Середавина»

Одной из наиболее актуальных проблем медицины является артериальная гипертония. Почти у 20% населения развитых стран регистрируется повышение артериального давления. Актуальность проблемы обусловлена тем, что в структуре заболеваний, сопровождающихся повышением артериального давления, до 15-20% приходится на симптоматические, вторичные артериальные гипертонии. Из них от 1 до 5 % на вазоренальную гипертонизию.

В связи с этим особой значимостью определяется проблема изменения принципов обследования больных с артериальной гипертонией и своевременной диагностики их хирургических форм. К сожалению, многие терапевты, к которым обращаются пациенты с артериальной гипертонией, не нацелены на своевременное выявление причин повышения артериального давления – сужения почечных артерий (вазоренальная гипертония) – проблема, требующая, в связи со своей значимостью, отдельного рассмотрения.

Данный вид патологии по сравнению с гипертонической болезнью характеризуется тяжёлым и злокачественным течением артериальной гипертонии, быстрой инвалидизацией и гибелью больных трудоспособного возраста. Без хирургического лечения пациенты становятся инвалидами или умирают от острой коронарной или почечной недостаточности, нарушения мозгового кровообращения. Своевременная и целенаправленная диагностика данной патологии и вовремя проведённое оперативное лечение способствует нормализации артериального давления или более благоприятному течению артериальной гипертонии. Обычно отмечается поражение устья и проксимальной трети ствола почечной артерии и периренальной аорты.

Атеросклероз почечных артерий даже на фоне правильно подобранной лекарственной терапии имеет тенденцию к быстрому прогрессированию. Сегодня ангиопластика со стентированием – основной и наиболее эффективный метод лечения больных с такого типа вторичных артериальных гипертоний.

Цель исследования – оценить результаты эндоваскулярного лечения больных с артериальной гипертонией обусловленной стенозом почечных артерий на фоне атеросклероза.

Материал и методы. С 2014 по 2015 г. в отделении сосудистой хирургии СОКБ им. В.Д. Середавина находилось на лечение 215 больных с симптоматической артериальной гипертонией. Среди пациентов мужчин было 91 (42.2 %), женщин -124(57.8 %). Средний возраст больных составил в среднем 57±5 лет. Средние значения систолического артериального давления (САД) составили 220±14,8 мм Нг., среднего диастолического давления – 120±18,3 мм Нг. Длительность АГ варьировала от 1 года до 24 лет. В среднем она составила 15±8,7лет.

Всем больным в обязательном порядке исследовали уровень гормонов (альдостерон, ренин крови), выполняли УЗИ почек, ЦДК БЦС, ЦДК почечных артерий, КТ ангиографию почечных артерий и надпочечников, исследование концентрационной и выделительной функции почек, расчет скорости клубочковой фильтрации, динамическая скintiграфия почек с каптоприлом.

Выявлено 45 пациентов со стенозом почечных артерий и клиническими признаками вазоренальной гипертонии, всем было выполнено эндоваскулярная реваскуляризация почечных артерий (ангиопластика со стентированием). Операции были выполнены 14 больным со стенозом 50-75% и 31-м – со стенозом более 75% Медикаментозное гипотензивное лечение, до эндоваскулярного вмешательства, получали 32(71,8%) пациента. Терапия антигипертензивными препаратами была эффективна только у 44 (9,8%) человек. До операции у 37(53%) больных отмечали умеренное повышение ренина и нормальный уровень альдостерона крови, 8(11%)- уме-

ренное повышение и альдостерона и ренина, у 25(36%)- значительное повышение и альдостерона и ренина.

Клиническую эффективность операции оценивали по нормализации и/или стабилизации артериального давления. Клинический эффект оценивали непосредственно после операции, через 30 дней, 6 и 12 месяцев.

Результаты. Непосредственно после стентирования отмечался гипотензивный эффект в 97% больных. Систолическое АД достоверно снизилось в среднем на 42%, диастолическое – на 26% ($p < 0,05$). Ближайшие результаты оценивали в сроки через 30 дней после операции, нормализация АД наблюдались у 40 пациентов (89%). У 5 пациентов (11%) после операции сохранялись относительно высокие цифры АД. Улучшение концентрационной и выделительной функции почек было отмечено у 11 пациентов.

Отдалённые результаты (в сроки от 6 месяцев до 12 месяцев) удалось оценить у всех 39 пациента. По данным КТ ангиографии почечных артерий у 4-х больных отмечался стеноз почечной артерии с контрлатеральной стороны, у 3 пациентов выявлены признаки гемодинамически значимого рестеноза почечной артерии потребовавший повторного вмешательства. Положительные результаты в виде нормализации АД наблюдались у 31 пациентов, восстановление или стабилизация почечной функции – у 33 пациентов.

Сохранение высоких цифр АД и низкая чувствительность к медикаментозной терапии было отмечено у 6 пациентов.

У 6 больных при осмотре через 6 месяцев сохранялась почечная дисфункция.

Таким образом, своевременная диагностика и вовремя проведённое оперативное лечение стеноза почечной артерии способствует нормализации артериального давления, улучшение качества жизни пациентов. Эндovasкулярная реваскуляризация почечных артерий является безопасным и эффективным методом восстановления кровотока, приводящим к хорошим результатам.

ПРИНЦИПЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ВЕДЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В ОБЛАСТНОМ ПОДИАТРИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ

Бабушкина Ю.В.¹, Бурлева Е.П.², Фоминых А.Н.¹

¹ ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1»

² Кафедра общей хирургии ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» МЗРФ г. Екатеринбург, Россия

Цель. Оценить результаты лечения пациентов с различными формами синдрома диабетической стопы (СДС) в условиях областного подиатрического кабинета

Материалы и методы. Проведен анализ амбулаторных карт 269 пациентов с СДС, обратившихся на консультативный прием в кабинет «Диабетическая стопа» ГБУЗ СО «СОКБ №1» г. Екатеринбурга в 2015г. Пациенты с высоким и умеренным риском развития СДС, а так же язвами другой этиологии и локализации на фоне сахарного диабета в анализ включены не были. Нейропатический тип СДС или нейропатия (НП) установлен у 139 человек, в том числе у 35 (13%) пациентов сформулирован диагноз диабетической остеоартропатии (ДОАП). Нейроишемический тип СДС или нейроишемия (НИ) диагностирован у 130 пациентов. Все язвенные дефекты были разделены на степени и стадии согласно классификация Техасского университета. Принципы ведения пациентов соответствовали «Российским клиническим рекомендациям по диагностике и лечению синдрома диабетической стопы» (2015 г.).

Лечение в условиях амбулаторного кабинета получали пациенты без выраженных признаков инфекции, глубиной до II стадии (A0, A1, B0, B1). Остальным пациентам была рекомендована госпитализация в хирургические стационары г. Екатеринбурга и Свердловской области. В отделения ОКБ №1 (отделение сосудистой хирургии, отделение гнойной хирургии, эндокринологическое отделение) госпитализировано за год 50 человек (18,6%).

Результаты. Комплексное лечение пациентов в условиях кабинета включало разгрузку стопы, обработку язвенных дефектов, применение современных раневых покрытий и медикаментозную терапию. В условиях стационара пациентам в зависимости от типа СДС проведены

эндovasкулярные вмешательства, вскрытие и дренирование флегмон, некрэктомии, комбинированное медикаментозное лечение. Результаты лечения пациентов представлены в таблице 1.

Таблица 1

| | Общее количество | Ангиопластика | Малые ампутации | Высокие ампутации Г-голень Б-бедро | Незажившая язва | Результат неизвестен | Эпителизация язвы |
|--------------------------------|------------------|---------------|---------------------|--|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Нейропатический тип СДС | | | | | | | |
| А 0 | 19 (ДОАП) | | | | | | |
| А I | 50 | | | | 4 | 20 | 25 |
| А II | 8 | | | | | 4 | 4 |
| А III | - | | | | | | |
| В I | 24 | | | | 1 | 7 | 17 |
| В II | 10 | | | | 2 | 4 | 4 |
| В III | 28 | | 6 | 1Г | 4 | 13 | 10 |
| Всего НП | 139 | - | 6 (4,3%) | 1 (0,7%) | 11 (7,9%) | 48 (34,5%) | 60 (43,4%) |

| | | | | | | | |
|---------------------------------|------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|-----------------------|-----------------------|
| Нейроишемический тип СДС | | | | | | | |
| С I | 43 | 8 | 2 | 3Б | 6 | 21 | 13 |
| С II | 7 | 2 | 2 | | 3 | 1 | 3 |
| С III | 22 | 5 | 5 | 4Б | 6 | 6 | 6 |
| DI | 4 | - | | | | 2 | 2 |
| DII | 3 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 |
| DIII | 51 | 13 | 14 | 16Б 1Г | | 18 | 16 |
| Всего НИ | 130 | 29 (22,3%) | 24 (18,5%) | 24 (18,5%) | | 49 (37,7%) | 41 (31,5%) |

Таким образом, комплексная терапия НП позволила достичь эффективных результатов. Высокая ампутация (на уровне голени) выполнена только у 1 пациента (0,7%) в ситуации глубокого повреждения тканей с вовлечением в инфекционный процесс костей и суставов. Эпителизации язвенных дефектов при НП удалось добиться у тех пациентов, которые регулярно наблюдались в кабинете.

При НИ ангиопластика подколенно-берцового артериального сегмента была произведена у каждого пятого пациента, что позволило в 18,5% ограничиться малыми ампутациями, сохранив опорную нижнюю конечность. Остальные ампутации – 24 пациента – были высокими и выполнялись на уровне бедра, что было связано, прежде всего, с вариантами поражений С III и D III. Эпителизации язвенных дефектов удалось добиться у каждого третьего пациента.

Заключение. Преобладающая доля (63,5%) пациентов с СДС, направленных на консультацию подиатра, имели выраженные ишемические расстройства и глубокое распространение инфекционного процесса. Соблюдение современных принципов ведения пациентов и комбинированное (медикаментозное + хирургическое) лечение позволило избежать высокой ампутации практически у всех пациентов с НП и прибегнуть к высокой ампутации при НИ только в 18,5% случаев.

ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВО ВРЕМЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СТВОЛОВ ПОДКОЖНЫХ ВЕН И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Беленцов С.М.

МЦ Ангиолайн, г. Екатеринбург, Россия

Введение. Радиочастотная абляция (РЧА) несостоятельных магистральных подкожных вен при хронических заболеваниях вен и их осложнениях за более чем 15 летний период доказала свою эффективность и безопасность. Но, как и у любого метода, существуют «подводные камни», с которыми может столкнуться хирург, и заблаговременная информированность в таких случаях помогает решить возникающие проблемы. Являясь миниинвазивным, метод РЧА позволяет свести повреждения тканей к минимуму, обеспечив, таким образом, не только безопасность пациента, но и максимальный комфорт во время и после операции.

Цель. На основании собственного опыта и литературных данных представить наиболее вероятные технические проблемы во время РЧА и определить пути их преодоления.

Материал и методы. Работа основана на опыте лечения 2012 пациентов, в комплексе лечения которых использовалась РЧА несостоятельных магистральных подкожных вен. Большинство было женщин – 69,2%, возраст пациентов находился в пределах 15-91 лет, длительность заболевания – до 43 лет, индекс массы тела от 18 до 58 кг/м². Воздействию подверглись 1920 БПВ (диаметром от 3 до 26 мм), 143 МПВ (диаметр 3-14 мм), 13 передних добавочных вен БПВ, и 1 вена Джакомины, в т.ч. 384 РЧА проведено при ХВН С4-С6 класса. Ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) перед операцией показало наличие возможных проблем в 92 случаях. 1. Извитые магистральные подкожные вены. Для проведения катетера в таких случаях мы использовали смещение кончика катетера с помощью руки чрескожно, а также пробу Вальсальвы, что увеличивало диаметр вены, особенно вместе с опусканием ножного конца операционного стола. В части случаев преодолеть препятствие было возможно, натягивая кожу выше и ниже извитого участка вены в проксимальном и дистальном направлении, соответственно, что способствовало распрямлению вены. Необходимо подчеркнуть, что диагностика проблем должна проводиться в обязательном порядке с использованием УЗДС. Однако, несмотря на все предпринятые меры, у 22 пациентов мы вынуждены были использовать второй интродьюсер и в одном случае – три интродьюсера. 2. Небольшой диаметр вен (менее 4 мм). Пути решения данной проблемы заключаются в опускании ножного конца операционного стола и пункции на пробе Вальсальвы. Следует иметь ввиду, что пунктировать вену в таких случаях необходимо с первой попытки, в противном случае развивающийся спазм может сделать пункцию невозможной. 3. Наличие венозной аневризмы на БПВ непосредственно перед сафено-фemorальным соустьем (20 мм и менее до СФС) может рассматриваться как относительное противопоказание для РЧА, поскольку воздействовать на БПВ в непосредственной близости от бедренной вены означает повышенный риск ее теплового повреждения и тромбоза. Двум пациентам в подобной ситуации мы провели кроссэктомии перед РЧА. 4. Наличие расширенных несостоятельных перфорантных вен в нижней трети бедра (вены Додда). В одном случае при продвижении радиочастотного катетера в проксимальном направлении он без всякого сопротивления через расширенную вену Додда прошел в бедренную вену и был обнаружен в ней на уровне СФС интраоперационно с помощью УЗДС. Была предпринята вторая попытка, после чего катетер был размещен в БПВ.

Результаты и обсуждение. Миниинвазивные методы устранения венозного рефлюкса предъявляют повышенные требования к организации помощи пациентам с заболеваниями вен. Одно из них – более подробный протокол УЗДС. Кроме того, УЗДС должно быть доступно хирургу, начиная с предоперационного обследования, на протяжении всего периода лечения пациентов, а также в послеоперационном периоде. Хирург сам должен владеть УЗДС. Это является залогом своевременной диагностики возможных технических проблем и большей вероятности их разрешения во время операции. Стремление минимизировать хирургическое вмешательство путем однопортового введения катетера не должно быть самоцелью, в некоторых случаях целесообразнее применить дополнительный порт.

Выводы. Радиочастотная облитерация несостоятельных магистральных вен требует полноценного ультразвукового исследования в предоперационном периоде, которое, в идеале, должен проводить оперирующий хирург. Это позволяет своевременно прогнозировать сложно-

сти при проведении операции. Ультразвуковое сопровождение во время операции является обязательным условием для решения возникающих технических проблем, уменьшая вероятность осложнений и степень операционной травмы.

ГИБРИДНАЯ СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМЫ ДУГИ АОРТЫ.

Белов Ю.В., Комаров Р.Н., Голощапов-Аксенов Р.С., Терехин С.А.,
Курдо С.А., Чернигина Т.П., Ситанов А.С., Лакунин К.Ю.

ГАУЗ «ЦГКБ г. Реутов»
ФГБНУ «РНЦХ им. Б.В. Петровского»

Цель: оценить результаты гибридного лечения больного с аневризмой дуги аорты.

Материал и методы: у пациента, мужчины, 64 лет, при профилактическом Р-графическом исследовании грудной клетки диагностировали аневризму дуги аорты. При мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) аорты с контрастированием диагноз был подтвержден, выявлена мешотчатая аневризма дуги аорты до 6 см в диаметре. Из особенностей у пациента выявлена артерия Лузория, отходящая от аневризмы. Первым этапом пациенту из стернотомического доступа выполнили операцию дебранчинг брахиоцефальных ветвей, сонно-подключичное шунтирование слева и экзопротезирование восходящей аорты. Артерию Лузория не шунтировали. Через месяц выполнили стентирование дуги аорты стентом-графтом. Результаты лечения оценивали через 1, 3, 12 и 24 месяцев после рентгенэндоваскулярного этапа по данным МСКТ ангиографии и клинической эффективности лечения.

Результаты: хирургический и рентгенэндоваскулярный этапы лечения выполнены успешно. Осложнений не было. После имплантации стента – графта выявлено подтекание 2 типа. Контрастирование полости аневризмы происходило через артерию Лузория. Пациент выписан на 5 сутки после имплантации стента. При контрольной МСКТ аорты через 3 месяца полость аневризмы тромбирована на 50%, через 12 и 24 месяцев – на 80%. Показаний для эмболизации артерии Лузория нет.

Заключение: гибридная стратегия лечения больных с аневризмами дуги аорты эффективна и повышает качество жизни.

ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕН И ПРОБЛЕМА КО-МОРБИДНОСТИ

Богачев В.Ю.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

Хронические заболевания вен (ХЗВ) традиционно рассматривают, как патологию лишь венозной системы. В то же время существует большое количество исследований, доказывающих, что ХЗВ может вызывать системные патологические сдвиги, а также негативно влиять на течение других заболеваний. Простой анализ некоторых ключевых факторов риска ХЗВ, таких как гиподинамия, избыточная масса тела и курение, позволяет предположить у конкретного пациента высокую вероятность развития или уже наличие другой патологии сердечно-сосудистой системы (атеросклероз, артериальная гипертензия и др.). Выраженный варикозный синдром с увеличением патологической венозной емкости приводит к компенсаторному увеличению объема циркулирующей крови, который в свою очередь может вызвать перегрузку сердца после наложения компрессионного бандажа или флебэктомии. Этот факт весьма актуален для пациентов с ХСН. Возможно и обратное влияние не сосудистой патологии на венозный отток. Так, деформирующее плоскостопие значительно ухудшает работу мышечно-венозной помпы голени с появлением или прогрессированием вено-специфических симптомов, вплоть до хронического отека и трофических нарушений кожи. Адекватная ортопедическая коррекция эффективно решает эту проблему. Естественное во время беременности или искусственное (контрацепция, ЗГТ) изменение гормонального фона может вызвать гормоно-индуцированную флебопатию,

определяющую необходимость проведения компрессионной или флеботропной терапии. Известно, что течение ХЗВ сопровождается дисфункцией венозного эндотелия со снижением тонуса сосудистой стенки и видоизменением ее отклика на основной регулятор сосудистого тонуса - оксид азота. В клинической медицине этот факт необходимо учитывать при назначении нитратов, эффективность которых у пациентов с ХЗВ снижается. Солидарное негативное влияние на течение патологического процесса можно наблюдать при сочетании ХЗВ с сахарным диабетом или остеоартрозом. Наличие ХЗВ необходимо учитывать при назначении блокаторов кальциевых каналов и АПФ ингибиторов или нивелировать их воздействие флеботропными препаратами. Таким образом, хронические заболевания вен следует рассматривать, как мультидисциплинарную проблему и в контексте уже имеющегося или угрожаемого ко-морбидного фона.

СКЛЕРОТЕРАПИЯ РАСШИРЕННЫХ ВЕН АТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Богачев В.Ю., Лобанов В.Н. Аркадан Н.Р.

Первый Флебологический Центр, г. Москва

В российской флебологической практике склеротерапию традиционно рассматривают в качестве метода устранения патологически измененных вен нижних конечностей. Вместе с тем, расширенные вены, причиняющие эстетические и физические беспокойства, могут быть локализованы и в других анатомических областях - на лице, в зоне декольте, верхних конечностях и др.

Цель: разработать методику, оценить эффективность и безопасность склеротерапии расширенных вен, атипичной локализации.

Пациенты: склеротерапия расширенных вен атипичной локализации была выполнена 114 пациентам (99 женщин), обратившимся по поводу эстетических и физических беспокойств, связанных с расширением поверхностных вен в периорбитальной области (63 наблюдения), зоне декольте (37 наблюдений) и на верхних конечностях (14 наблюдений). В качестве склерозирующего препарата во всех случаях использовали 1% или 3% полидоканол, как в жидкой (81 пациент), так и в пенообразной (33 наблюдения) формах. Точность инъекции обеспечивали с помощью трансиллюминатора и операционных очков-лупы с 2,5 кратным увеличением. Для контроля отдаленных результатов склеротерапии проводили фотографирование проблемной зоны во время каждого контрольного осмотра и анкетирование пациента.

Результаты и их обсуждение: Хороший эстетический результат, полностью удовлетворяющий пациентов, был достигнут в 101 наблюдении (88,6%). В остальных случаях было отмечено улучшение внешнего вида и/или уменьшение симптомов болезни. Из нежелательных побочных явлений самым частым было образование экхимозов в зоне склеротерапии (100%) и развитие локального отека (84,2%). Значительно реже встречалась временная гиперпигментация - 17 пациентов (14,9%). Тяжелых местных (некроз кожи) и системных осложнений не было.

Заключение. Склеротерапия служит эффективным и безопасным методом удаления расширенных вен различной локализации, причиняющих эстетические и физические беспокойства.

НЕКОТОРЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ О ВИДЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ИБС

Бузаев И.В., Плечев В.В., Николаева И.Е.

ГБУЗ Республиканский кардиологический центр, г. Уфа

Современные рекомендации Европейского общества кардиологов закрепили алгоритм принятия решения о виде реваскуляризации при ишемической болезни сердца, где альтернативами являются стентирование коронарных артерий и аортокоронарное шунтирование. В представленном в рекомендациях алгоритме, для значительной доли пациентов, например для боль-

ных многососудистым поражением, после оценки возможности обеих стратегий, решение принимается совместно коллегиальным мультидисциплинарным подходом.

В рекомендациях отмечено, что факторы, связанные с пациентом, учреждением и другими службами оказания помощи, могут повлиять на принятие решения. Механизм оценки этого влияния мало описан в доступной литературе.

Для решения этой проблемы нами была построена система диспансерного наблюдения по результатам лечения больных ишемической болезнью сердца в виде on-line облачного программного обеспечения, как сервис (SaaS). Система позволяет создать обратную связь и оценивать ряд факторов, которые являются или могли бы быть существенными для принятия решения о реваскуляризации.

Данные диспансерного наблюдения за 6725 пациентами (в частности выживаемость и сердечно-сосудистые события) показывают, что некоторые исследованные нами параметры, ведут себя в локальных условиях отлично от тех, как описано в больших многоцентровых исследованиях. Это может быть связано как с приверженностью пациентов к лечению в регионе, доступностью медицинской помощи на определенной территории, так и с протоколами лечения.

Оценка особенностей отдаленных результатов лечения позволяет корректировать локальным опытом информацию существующей доказательной базы, используемую для принятия решения. Коррекция может быть выражена в измеримых величинах, например разнице в отдаленной выживаемости. Более точное понимание реальной ситуации рождает возможность объективного принятия решения. Созданная система позволяет уточнять необходимые факторы на всех этапах лечения и получать результаты обратной связи.

Данные могут быть обработаны сторонним программным обеспечением необходимыми методами анализа, например анализом выживаемости по критерию или группе критериев.

Дополнительным преимуществом данного подхода является то, что результаты лечения отслеживаются не до клинической точки, как это принято в рандомизированных исследованиях, а на протяжении всего сердечно-сосудистого континуума.

Выводы:

1. Система обратной связи это неотъемлемая часть правильной организации любого процесса. Созданная нами система позволяет обратить внимание на особенности течения заболевания у пациентов, пролеченных в ГБУЗ РКЦ и тем самым корректировать их лечение и принимаемые решения.
2. Целесообразно создать межрегиональную систему, позволяющую сравнивать результаты лечения в сходных группах по совокупности факторов риска пациентов между учреждениями. Взвешивание используемых технологий на местах и их результатов, позволит совершенствовать помощь.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИХ ПРИНЦИПОВ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВТЭО

Бурлева Е.П.

ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет», г. Екатеринбург

Венозные тромбозы и тромбоэмболические осложнения (ВТЭО) вносят значительный вклад в структуру смертности и инвалидности в развитых странах, при этом до 68 % смертей от тромбозов легочной артерии (ТЭЛА) потенциально предотвратимы, т.к. адекватная профилактика и терапия позволяет достичь значительного снижения показателя летальности. В нашей стране за 2011 - 2012 год по официальной статистике МЗ России частота развития венозных тромбозов (ВТ) не изменялась и составляла 1,6 случаев на 1000 человек в год, что превышает общемировую статистику.

Ассоциация флебологов России уделяет значительное внимание совершенствованию организационно-методических принципов оказания помощи пациентам с ВТЭО. Об этом свидетельствуют созданные и утвержденные АФР «Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике ВТЭО» (2009, 2015 гг.). Также такие документы разработаны

совместно с Ассоциацией травматологов-ортопедов России (2010 г.) и Ассоциацией онкологов России (2014 г.)

Новым вектором развития данной проблемы в нашей стране может стать внедрение программы INNOVATE, основной концепцией которой является создание экспертных центров по диагностике, наблюдению и лечению артериальных и венозных тромбозов в различных странах мира. Цель программы – улучшение знаний практикующих врачей в области профилактики и лечения ВТЭО, а также внедрение современных принципов терапии ВТЭО. Основные блоки программы предусматривают следующие организационные и методические принципы.

- Создание и поддержание в актуальном состоянии регистров ВТЭО для конкретной территории.

Регистр ВТЭО, в частности, представляется возможным создать через Медицинскую палату Свердловской области путем организации комитета экспертов в разделе ВТЭО, который при взаимодействии с ТФОМС СО мог бы осуществлять мониторинг электронной базы по МКБ ВТ и ТЭЛА. После анализа выбранного временного промежутка времени и подведения итогов по конкретной территории комитет может вносить в Медицинскую палату предложения по оптимизации медицинской помощи в каком-либо ее разделе. Так, например, статистика ТФОМС по г. Екатеринбургу с 2010 по 2014 г. свидетельствует об отсутствии снижения случаев регистрации поверхностного тромбоза (2010г. – 172/год, 2014г. – 210/год), несмотря на удвоение числа оперированных по поводу варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК), благодаря внедрению методов абляции. Это служит поводом рассмотрения вопроса о наращивании амбулаторной флебологической помощи пациентам с ВБНК с привлечением для оплаты их лечения средств страховых компаний. Основой регистра ВТЭО для конкретных медицинских учреждений (МУ) может быть также продолжение работы в Российском проекте «Территория безопасности». Регистры МУ в свою очередь могут стать базой для создания территориальных регистров.

- Организация экспертных центров (комитетов) по диагностике, лечению и наблюдению за пациентами с ВТЭО.

Данный принцип также может быть реализован через Медицинскую палату Свердловской области при поддержке ТФОМС СО и страховых компаний.

- Создание современных кратких и удобных для врача протоколов ведения больных ВТЭО на стационарном и амбулаторных этапах, внедрение новых методов терапии. Реализация данного принципа продиктована обстоятельствами пересмотра ряда тактических подходов при ВТЭО и появлением новых оральных антикоагулянтов (НОАК). Оптимальным в данной ситуации является создание в каждом МУ мультидисциплинарной команды (клинический фармаколог, лечащий врач, врач интенсивной терапии, администратор, старшая сестра), которая могла бы организовать и контролировать внедрение следующих принципов ведения пациентов с ВТЭО:

1. Раннее лечение ТГВ и ТЭЛА антикоагулянтами.
2. Компетентный диагностический поиск.
3. Адекватно подобранная доза антикоагулянта.
4. Мониторинг антикоагуляции.
5. Индивидуальная оценка «польза/риск».

Основной концепции современной антикоагуляции является рациональное использование всего арсенала медикаментозных средств с четким позиционированием применения конкретного препарата в остром периоде, периоде длительной терапии и при неопределенном долгом лечении пациента с учетом риска рецидива ВТЭО или развития кровотечений.

- Уточнение компетенций при возникновении сложных ситуаций.

Индивидуально оговаривается ведение особых случаев: оперативное лечение на фоне ВТ, ведение беременности на фоне ВТ, пациенты с политравмой и онкологическими заболеваниями, вторичный дефицит факторов свертывания у пациентов ОРИТ. Большое значение приобретает достижение оптимального баланса между эффективностью и безопасностью терапии. Для особых случаев в МУ должен быть создан совет экспертов: клиницист (ангиохирург) + врач УЗ диагностики + лаборант – гемостазиолог + клинический фармаколог. В г. Екатеринбурге для решения таких задач м.б. привлечена также бригада гемостаза СМП, которая совершает 1500 выездов/год, 80% которых приходится на РАО хирургии.

- Приоритетность амбулаторного ведения пациентов.

Предусматривает, прежде всего, адекватность лабораторной службы поставленным задачам, если применение НОАК каким-либо образом затруднено. Выполнение протоколов ведения пациентов с ВТ с применением НОАК очень рационально, однако требует узаконивания в территории возможность стартового амбулаторного лечения пациентов с ВТ.

- Создание тромботических клиник.

Целесообразность подтверждена нашим опытом амбулаторной работы мультидисциплинарной бригады врачей. Всего наблюдали 139 пациентов (141 конечность) в течение 5 лет. В 55,8% случаев глубокий ВТ был выше щели коленного сустава. Уровень комплаентности пациентов – 92,1%. Прием ОАК через 1 год – 40%, через 5 лет – 23,1% (что в 2 раза выше прогноза). Через 5 лет «хорошая» реканализация глубоких вен зарегистрирована в 75,6% случаев, средняя – в 24,4%. Рецидив ВТ – 4 случая (2,8%). У 56 пациентов (58 случаев) было предпринято стартовое амбулаторное лечение глубоких ВТ. Сравнительные результаты с группой стартового госпитального лечения в этот же период времени (134 пациента, 135 случаев) свидетельствовал о схожей эффективности и безопасности амбулаторного старта.

- Организация сестринского патронажа.

Считаем, что данный принцип является пока делом будущего.

Таким образом, пути для совершенствования организационно - методических принципов оказания медицинской помощи пациентам с ВТЭО обозначены, осталось начать движение с реализацией намеченных принципов.

МЕНЯЕТСЯ ЛИ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОМЕЖНОСТНЫЙ ВЕНОЗНЫЙ РЕФЛЮКС ПРИ УДАЛЕНИИ СТВОЛА БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ?

Бурлева Е. П.¹, Бочегов В. С.², Фасхиев Р. Р.²

Кафедра общей хирургии ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ¹, МАУ «Городская клиническая больница № 40»², г. Екатеринбург, Россия

Перестройка гемодинамики в системе нижней полой вены при хронических состояниях, сопровождающихся развитием патологических рефлюксов, очень сложна. Одной из мало изученных проблем флебологии является взаимоотношение этих рефлюксов при варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК) и варикозной болезни вен таза (ВБВТ) и изменение таких отношений при коррекции гемодинамики в одном из бассейнов.

Цель работы.

Изучить перестройку венозных рефлюксов по промежностным венам после ликвидации патологического рефлюкса по стволу большой подкожной вены (БПВ).

Материалы и методы. В течение 2 лет (2013 – 2014 гг.) из числа пролеченных пациентов с ВБНК (n=455) зарегистрировано 13 (2,8 %) пациенток (средний возраст 48,38 лет), у которых при предоперационном ультразвуковом ангиосканировании (УЗАС) выявлены патологические рефлюксы по промежностным венам, впадающим в ствол БПВ.

Длительность ВБНК была от 3 до 25 лет. Все больные отнесены к клиническому классу С3 (по классификации CEAP). В 7 (53,8%) случаях варикозно расширенные вены (ВРВ) определялись на правой нижней конечности, а в 6 (46,2%) слева. Клиническая симптоматика у всех пациентов была характерной только для ВБНК, что соответствовало местному статусу. В данной группе больных признаки вульварного варикоза отсутствовали.

Двум пациенткам (15,4 %), на стороне поражения, ранее выполнена кроссэктомия в сочетании с компрессионной склеротерапией. Через 3 и 5 лет после проведенного лечения, у данных больных зарегистрирован рецидив ВБНК. У остальных (84,6%) хирургическое лечение в анамнезе отсутствовало.

Обследование пациенток проводилось при помощи аппарата Simens Acuson Antares с использованием линейного датчика (13—5 МГц), по стандартному протоколу в положении стоя. Патологическим считали рефлюкс свыше 0,5 сек. К промежностному относили рефлюкс из промежностных вен при проведении компрессионной пробы.

При УЗАС у девяти (69,2%) человек выявлен вертикальный рефлюкс через сафено – феморальное соустье (СФС), четырех (30,8 %) — рефлюкс через СФС отсутствовал. Рефлюкс по стволу БПВ распространялся до верхней трети голени – в 9 случаях (69,2 %), до нижней трети бедра – в 4 (30,8 %). У 9 (69,2%) пациентов рефлюкс был только по стволу БПВ, в 2 — (15,4%) как по стволу БПВ, так и по передне—латеральному притоку и 2 пациентов имели рефлюкс по подкожным венам задней поверхности бедра. Средний диаметр БПВ в зоне СФС $8,5 \pm 1,3$ мм.

У 12 (92,3 %) пациенток был выявлен рефлюкс из промежностных вен в ствол БПВ с разным уровнем впадения вен промежности ниже СФС: от 4 см до 11 см. В одном (7,7 %) случае рефлюкс из промежностных вен был в медиальный приток, который впадал в БПВ на 4 см, ниже СФС. Диаметр вен промежности у данных больных не превышал 3,0 мм.

Двое пациентов с ранее выполненной кроссэктомией, имели рефлюкс в ствол БПВ, начинающийся из промежностных вен ниже СФС на 6 см, а у 2 — с отсутствием рефлюкса в СФС вены промежности впадали в 8 и 6 см ниже СФС, давая рефлюкс по стволу БПВ.

Коррекция рефлюкса по стволу БПВ произведена в 3 (23 %) случаях путем кроссэктомии и короткого стриппинга, в 10 (77 %) – при применении ЭВЛК БПВ.

При выполнении кроссэктомии соустье с промежностными венами было лигировано всем больным.

Для проведения ЭВЛК нами использован одноволновой лазер (ЛСП – «ИРЭ – Полюс») и торцевой световод. Режим ЭВЛК: длина волны – 1560 нм, мощность — 12 Вт, ручная тракция. При ЭВЛК соустье с промежностными венами во всех случаях попадало в зону коагуляции.

В послеоперационном периоде с целью эластической компрессии использовали эластический трикотаж 2 класса компрессии с обычным регламентом его применения. Через 1 год всем пациентам выполнено контрольное УЗАС.

Результаты. У всех пациентов рефлюкс по СФС и стволу БПВ был устранен. В одиннадцати (84,6 %) случаях отмечено сохранение рефлюкса из промежностных вен, который распространялся у 7 (63,3 %) пациентов по подкожным венам внутренней поверхности бедра, у 4 (36,7 %) — задней поверхности бедра. Клинических проявлений и рецидива ВРВ у этих пациентов зарегистрировано не было.

Рефлюкс из промежностных вен отсутствовал у двух (15,4 %) больных, дооперационное соустье которых было со стволом БПВ (6 и 11 см ниже СФС).

За время наблюдения за всеми пациентами осложнений оперативного лечения выявлено не было.

Заключение. Через 1 год после ЭВЛК ствола БПВ у пациенток с ВБНК СЗ ХЗВ с наличием патологического рефлюкса по промежностным венам, впадавшим в ствол БПВ, при полноценной ликвидации рефлюкса по БПВ его сохранение по промежностным венам зарегистрировано в 84,6%. При этом зафиксировано формирование разных вариантов новых соустьев с подкожными венами бедра. В связи с этим данная категория пациентов требует динамического наблюдения и дополнительного обследования и лечения, т.к. является группой риска по рецидиву ВБНК.

СРАВНЕНИЕ 2-ГОДИЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВБНК, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОТКИЙ СТРИППИНГ ИЛИ ЭВЛК БПВ

Бурлева Е.П., Тюрин С.А., Смирнов О.А.

Кафедра общей хирургии ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет, муниципальное автономное учреждение ГКБ № 40, отделение сосудистой хирургии, МЦ «Олимп-мед» г. Екатеринбург, Россия

Цель исследования: Сравнить 2-х годовичные результаты лечения пациентов, перенесших кроссэктомию + короткий стриппинг большой подкожной вены (БПВ) или эндовазальную лазерную коагуляцию (ЭВЛК) ствола БПВ на бедре в сочетании с обработкой перфорантных вен (ПВ).

Материалы и методы: Материалом исследования послужила медицинская документация отделения сосудистой хирургии МАУ ГКБ № 40 и МЦ «Олмед» по 43 пациентам с ВБНК в системе БПВ класса С3 ХЗВ (СЕАР), получивших хирургическое лечение в течение 2012 – 2013 гг. Из общего числа изученных больных мужчины было 15 (34,9%) в возрасте от 38 до 73 лет (средний возраст - 54,8 лет). Женщин было 28 (65,1%), также с преобладанием трудоспособного возраста (32 - 77; средний возраст - 55,4 лет).

Было выделено 2 группы пациентов: 1 группа пациентов (n=23) имела в анамнезе кроссэктомия + короткий стриппинг ствола БПВ и обработку несостоятельных ПВ по показаниям (20 пациентов – 86,9%). Под коротким стриппингом понимали – удаление ствола БПВ до уровня верхней трети голени. Несостоятельные ПВ подвергались обработке только при параметрах их диаметра более 3,5 мм., и наличию рефлюкса при компрессионных пробах. Кроссэктомия выполнялась с обязательной перевязкой всех приустьевых притоков, в среднем перевязывали до 5 притоков. После флебэктомии склеротерапию (СТ) на бедре и голени не выполняли. Средний диаметр ствола БПВ в этой группе на уровне в/3 бедра (30 мм от сафено-фemorального соустья (СФС)) составил $8,4 \pm 1,2$ мм, на голени – $3,0 \pm 1,4$ мм. Преобладал распространенный рефлюкс по БПВ (18 пациентов – 78,2%), у 2 пациентов выявлен локальный рефлюкс – 8,6%, у 3 ограниченный – 13%. Субтотального и тотального рефлюксов выявлено не было.

2 группа (n=20) перенесли ЭВЛК ствола БПВ на бедре и обработку несостоятельных ПВ по показаниям (16 пациентов – 80%). Средний диаметр ствола БПВ в этой группе на уровне в/3 бедра составил $8,1 \pm 1,2$, на уровне голени $2,9 \pm 1,2$ мм. Преобладал также распространенный рефлюкс по БПВ (17 пациентов – 85%), у 3 пациентов выявлен ограниченный рефлюкс – 15%. Субтотального и тотального рефлюксов выявлено не было.

Для выполнения ЭВЛК использовался аппарат АЗОР-АЛМ с длиной волны 1,56 мкм и мощностью 15 Вт. ЭВЛК проводилась по стандартной методике. Всем пациентам после ЭВЛК выполнялась СТ притоков.

Клинически у пациентов двух групп в 100% случаев были жалобы на боли, отёки, наличие варикозных вен, тяжесть, судороги согласно уточненной шкале VCSS (2010).

Таким образом, пациенты в группах сравнимы по полу и возрасту, параметрам венозного русла (диаметры стволов БПВ, протяженность рефлюксов, % обработки ПВ) и по клинической симптоматике.

Режим использования эластической компрессии в обеих группах был стандартным.

В 1 группе длительность пребывания в стационаре составила 5 дней, 2 группа пациентов была амбулаторной.

В 2015 году (через 2 года) всем пациентам был проведен клинический осмотр и УЗДС вен нижних конечностей по стандартному протоколу в положении стоя и лёжа. При изучении клинических данных использовали уточненную шкалу VCSS (2010). При анализе данных УЗДС основное внимание уделяли наличию патологической культы БПВ, несостоятельного ствола БПВ на бедре, диаметру и патологическому рефлюксу ствола БПВ на голени, количеству несостоятельных ПВ и их диаметру.

Результаты: 1 группа. Клинически по уточненной шкале VCSS жалоб у всех пациентов выявлено не было. У всех пациентов выявлено отсутствие ствола БПВ на бедре. Патологическая культя БПВ с рефлюксом была обнаружена в 1 случае (4,3%). Рефлюкс по медиальному притоку зарегистрирован в 4 случаях (17,3%) (до операции данный рефлюкс не был зарегистрирован; в 1 случае он отходил от патологической культы БПВ, в 3 случаях из промежуточных вен) рефлюкса по латеральному протоку выявлено не было; рефлюкс по БПВ на голени – в 6 случаях (26%); (до операции его не было). Несостоятельность ПВ обнаружили у 11 пациентов (47,8%) – у 3 из них – дренирование в ствол БПВ на голени. Средний диаметр ПВ составил $4,5 \pm 0,8$ мм. У этих больных была обработка несостоятельных ПВ на операции.

2 группа: Клинически по уточненной шкале VCSS жалоб выявлено не было. У одного пациента выявлена полная реканализация ствола БПВ с рефлюксом по стволу (5%), при этом диаметр ствола БПВ после ЭВЛК уменьшился с 7,6 мм. до 4,4мм.

Патологическая культя БПВ не выявлена ни в одном случае. Рефлюкс по эпигастральному притоку зарегистрирован в 3 случаях (15%); рефлюкса по латеральному протоку выявлено не было; рефлюкс по БПВ на голени – в 5 случаях (25%) (до ЭВЛК данного рефлюкса не было); несостоятельность перфорантных вен обнаружили у 8 пациентов (40%) – у 3 из них – дрениро-

вание в ствол БПВ на голени. Средний диаметр ПВ составил $4,2 \pm 1,1$ мм. У этих больных была обработка несостоятельных ПВ на операции.

Заключение. При анализе клинической картины у всех пациентов двух групп выявлено отсутствие жалоб по уточненной шкале VCSS после хирургического лечения.

При анализе результатов перестройки венозного русла конечности после кроссэктомии + короткого стриппинга стола БПВ или ЭВЛК БПВ на бедре в сочетании в разобщением ПВ выявлено, что уже через 2 года регистрируются различные варианты перестройки венозного русла с несостоятельностью ПВ голени (зона Коккета) практически у половины пациентов. Частота регистрации патологических рефлюксов по стволу БПВ на голени 26 и 25% соответственно, при этом у данных пациентов была выявлена недостаточность ПВ на голени в зоне Коккета.

Таким образом результаты гемодинамической перестройки после хирургического лечения ВБНК в обеих группах были сравнимыми и не выявляли приоритета каждого метода в коррекции венозного русла. Однако, в связи с тем, что ЭВЛК – процедура амбулаторная, она условно является более выгодной с клинической точки зрения, т.к. позволяет осуществить раннюю реабилитацию пациента.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЧРЕЗКОЖНЫХ КРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Вакульчик К.А., Межонов Е.М., Шалаев С.В.

ГБОУ ВПО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень; ГБУЗ ТО «ОКБ №1», Тюмень, Россия

Цель: Изучить распространенность и влияние на прогноз нарушения почечной функции у больных с различными вариантами острого коронарного синдрома (ОКС) при проведении чрезкожных коронарных вмешательств (ЧКВ).

Материал и методы: В исследование включено 154 пациента, поступивших в отделение кардиологии с различными вариантами ОКС (нестабильная стенокардия – 41,6%, острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST – 33,1%, острый инфаркт миокарда без подъема сегмента ST – 25,3%), в возрасте 40-95 лет (средний возраст – $63,7 \pm 11,36$ лет), из них 98 (63,6%) мужчин.

Результаты: ЧКВ выполнено 90,9% пациентов с ОКС, среди пациентов с нестабильной стенокардией процент ЧКВ составил 92,2%, с инфарктом миокарда без подъема сегмента ST – 89,7%, с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST – 90,2% ($p=0,843$). Среди всех пациентов в 24,0% встречалась почечная дисфункция (снижение СКФ < 60 мл/мин), распространенность почечной дисфункции среди пациентов с различными вариантами ОКС была сопоставимой, так среди пациентов с нестабильной стенокардией у 26,6%, острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST – 23,6% случаев, острым инфарктом миокарда без подъема сегмента ST – 20,5% ($p=0,632$). Частота выполнения ЧКВ у пациентов с низкими значениями СКФ значительно ниже, чем в группе пациентов с нормальными значениями СКФ, так среди пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST при значениях СКФ от 29 до 15 мл/мин ЧКВ не выполнялись 66,7% (2 из 3 пациентов), в случае же снижения СКФ менее 15 мл/мин ЧКВ не выполнялось ($p<0,001$). Госпитальная летальность зарегистрирована у 3,2% пациентов (5 из 154 пациентов), при этом в группе пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST госпитальная летальность составила 7,8% (4 из 51 пациента), в группе с инфарктом миокарда без подъема сегмента ST – 2,6% (1 из 39 пациентов), в группе нестабильной стенокардии госпитальной летальности не зарегистрировано. Исходно низкие показатели СКФ ассоциировались с неблагоприятным прогнозом, при уровне СКФ от 30 до 44 мл/мин госпитальная летальность составила 40% (2 пациента из 5), при уровне СКФ от 15 до 29 мл/мин – 40% (2 пациента из 5), в то время как в группах с более высокими значениями СКФ случаи госпитальной летальности встречались значительно реже ($p=0,011$).

Частота развития острого почечного повреждения (ОПП), оцениваемая по повышению уровня креатинина плазмы по крайней мере на 26 мкмоль/л или более от исходного уровня за 48 часов, а так же повышение креатинина плазмы в 1,5 раза от базового уровня в течение неде-

ли, составила при нестабильной стенокардии 6,3%, остром инфаркте миокарда без подъема сегмента ST – 10,3%, остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST – 14,0% ($p=0,843$). ОПП 1 стадии встречалось у 8,5% пациентов с ОКС, на долю ОПП 2 и 3 стадии приходилось по 0,7% соответственно. Частота развития ОПП возрастала со снижением уровня СКФ при поступлении в стационар, при уровне СКФ от 60 до 89 мл/мин частота ОПП различных стадий зарегистрировано у 6,3% пациентов, при уровне СКФ от 45 до 59 мл/мин – 3,5%, при уровне СКФ от 30 до 44 мл/мин – 20%, при уровне СКФ от 15 до 29 мл/мин – 60% ($p=0,010$). Развитие ОПП ассоциировалось с увеличением госпитально летальности, достигая 100% при развитии ОПП 3 стадии ($p=0,001$). Частота развития ОПП также ассоциировалась со стадией острой сердечной недостаточности по Killip при поступлении, ОПП более часто встречалось при более высоких степенях острой сердечной недостаточности ($p=0,005$).

Заключение: Почечная дисфункция является независимым предиктором кардиоваскулярной заболеваемости и смертности и достаточно широко распространена среди больных ОКС. При выборе терапии больных острым коронарным синдромом с почечной дисфункцией необходимо комплексно оценивать пользу-риск и выбирать стратегию лечения, которая позволит минимизировать риски для пациента.

ВОЗМОЖНОСТИ ГИБРИДНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Вачев А.Н., Дмитриев О.В., Сухоруков В.В., Степанов М.Ю.

*ГБОУ ВПО «Самарский Государственный Медицинский Университет»,
г. Самара, Россия*

Существует группа пациентов с окклюзиями позвоночных артерий в 1 и 2 сегментах в сочетании со стенозами 4 сегмента позвоночных артерий и основной артерии, у которых длительная медикаментозная терапия не изменяет клиническое состояние. Все известные в литературе хирургические способы лечения не применимы у данной категории пациентов.

Цель: разработать новый способ гибридного хирургического лечения пациентов с окклюзиями позвоночных артерий в 1 и 2 сегментах в сочетании со стенозами 4 сегмента позвоночных артерий и основной артерии.

Материал и методы: В клинике факультетской хирургии находились на лечении 4 пациента с клиникой вертебрально-базиллярной недостаточности. У всех пациентов были выявлены сочетание окклюзии 1 и 2 сегментов позвоночных артерий со стенозами 4 сегмента позвоночной артерии и основной артерии.

Все эти пациенты до поступления в клинику получали полный курс медикаментозной терапии у невролога на протяжении более чем 1 года, который был без значимого клинического эффекта.

Всем пациентам было проведено обследование, которое включало осмотры неврологом, окулистом, ЛОР-врачом, кардиологом, сосудистым хирургом, ото- и психоневрологическое обследование, ультразвуковую доплерографию с цветным дуплексным картированием, транскраниальную доплерографию с функциональными пробами, МРТ – ангиографию, церебральную панангиографию.

После обсуждения было принято решение о выполнении данным пациентам гибридной операции. В гибридной операционной за период одного анестезиологического пособия пациентам выполнили доступ к бифуркации сонных артерий и вертикальной части 3 сегмента позвоночной артерии в промежутке С1-С2 поперечных отростков позвонков. На бедре выполнили забор участка большой подкожной вены для шунта. Сформировали аутовенозный шунт между 3 сегментом позвоночной артерии в промежутке поперечных отростков С1-С2 позвонков и общей сонной артерией ниже её бифуркации, провели через шунт рентгенпозитивный инструмент и выполнили ангиопластику и стентирование 4 сегмента позвоночной артерии и основной артерии.

У одного пациента при проведении ангиографии шунта был определен стеноз дистального анастомоза шунта с 3 сегментом позвоночной артерии. Выполнено стентирование дистальной части шунта. На момент окончания операции все шунты отчетливо функционировали.

Осмотр сосудистым хирургом, неврологом и ультразвуковое исследование прецеребральных артерий проводили на 10 сутки, через 3, 6 месяцев.

Результаты: За все время послеоперационного наблюдения шунт функционировал у всех больных. При динамических неврологических осмотрах у всех пациентов было отмечено стойкое клиническое улучшение, выражающееся в уменьшении или исчезновении статокординаторных, слуховых и зрительных расстройств.

Заключение: У пациентов клиникой ВБН с окклюзиями позвоночных артерий в 1 и 2 сегментах в сочетании со стенозами 4 сегмента позвоночных артерий и основной артерии возможно выполнение ревазуляризации головного мозга посредством нового способа гибридного лечения

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТРАКРАНИАЛЬНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С КЛИНИКОЙ ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Вачев А.Н., Сухоруков В.В., Дмитриев О.В., Головин Е.А., Степанов М.Ю.

*ГБОУ ВПО «Самарский Государственный Медицинский Университет»,
г. Самара, Россия*

До 10% ишемических инсультов в вертебрально-базиллярном бассейне (ВББ) развиваются вследствие атеросклеротического поражения интракраниальных артерий. Открытые методы хирургического лечения при этих поражениях внутричерепных сосудов невозможны, а медикаментозное лечение малоэффективно.

Цель исследования: Определить эффективность интракраниального стентирования у пациентов с клиникой вертебрально-базиллярной недостаточности в отдаленном периоде.

Материал и методы: В период с 2009 по 2014 г. год было оперировано 15 пациентов с верифицированными стенозами интракраниальных артерий вертебрально-базиллярного бассейна (ВББ).

Помимо остаточного постинсультного неврологического дефекта, все 15 пациентов с поражением ВББ имели клинику прогрессирующей вертебрально-базиллярной недостаточности (ВБН), а у 6 из них сохранялись частые транзиторные ишемические атаки (ТИА). У всех этих больных были выявлены стенозы в IV сегменте ПА, а у 6 из них стенозы ПА сочетались с поражением основной артерии. Наличие патологических изменений ПА в I и II сегментах, а также поражения каротидных артерий были исключены.

Всем этим пациентам до госпитализации более 6 месяцев проводилась медикаментозная терапия под наблюдением неврологов, которая к клиническому улучшению или стабилизации состояния не привела.

Методы дооперационного обследования включали нейровизуализацию (КТ, МРТ), УЗДГ, ТКДГ с функциональными пробами и панцеребральную ангиографию. Для определения предикторов технического успеха стентирования при анализе ангиограмм использовали классификацию интракраниальных стенозов по Mori с соавт.

После дообследования 4 больным была выполнена ангиопластика IV сегмента позвоночной артерии, 6 ангиопластика IV сегмента позвоночной артерии в сочетании со стентированием, 2 больным - изолированное стентирование основной артерии, 3 – сочетанное стентирование IV сегмента позвоночной артерии и основной артерии.

Сроки наблюдения за пациентами составили от 1 до 4 лет. Всем больным была выполнена контрольная ангиография. Критериями оценки состояния пациентов являлись: стабилизация клинического состояния, отсутствие ТИА и повторных ишемических инсультов за время наблюдения, ангиографический результат.

Ближайшие результаты: 12 пациентов выписаны с хорошим клиническим результатом – регресс клинических проявлений ВБН, у 2 клиника ВБН осталась без изменений. Хороший

ангиографический результат был достигнут у всех этих пациентов. 1 больной погиб после стентирования IV сегмента позвоночной артерии вследствие тромбоза стента.

Отдаленные результаты: В сроки до 4 лет рестенозов стентов у 11 больных отмечено не было, у них сохранялся хороший клинический эффект. Один больной погиб от онкологического заболевания через 15 месяцев после стентирования. 2 больных погибли от острого инфаркта миокарда в срок через 28 и 32 месяцев после стентирования.

Заключение: Больные с клиникой вертебрально-базиллярной недостаточности, обусловленной интракраниальным поражением при безуспешности консервативной терапии должны рассматриваться как кандидаты на интракраниальное стентирование.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ФОНЕ ВВЕДЕНИЯ АНТИОКСИДАНТОВ

Виноградов А.А., Андреева И.В., Авад Али Риядх

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия

Сахарный диабет (СД) является одной из актуальных медико-биологических проблем. В настоящее время СД приравнивается к «неинфекционной эпидемии XXI века» в связи с его большой распространенностью, а также с наиболее ранней из всех хронических заболеваний инвалидизацией больных и высокой смертностью. По летальности СД занимает 3-е место после сердечно-сосудистой патологии и онкологических заболеваний, забирая ежегодно более 300 тысяч жизней. Диабет опасен развитием вторичных осложнений. При СД наблюдается большой риск развития синдрома диабетической стопы, диабетических кардиомиопатий (ДКМП), энцефалопатии, ретинопатии и нефропатии.

Патологические процессы, вызванные эндогенной интоксикацией, сопровождаются инициацией свободнорадикальных процессов. Для СД свойственно развитие окислительного стресса. Это обуславливает актуальность исследований, направленных на изучение действия антиоксидантов при развитии СД. Однако на сегодняшний день недостаточно изучена роль веществ, содержащих селен, в повышении толерантности органов и систем организма к СД.

Цель исследования – изучить в эксперименте на животных влияние алкилселенонафтиридина (АСНР) на формирование ДКМП при моделировании стрептозотоцинового сахарного диабета (ССД).

Материал и методы. Исследование проведено в осенне-зимний период на 92 крысах самцах линии Wistar массой 220-280 г, которых содержали на стандартном рационе вивария. Часть животных (23 крысы) составили контрольную группу. У животных опытной группы (69 крысы) моделировали ССД. Все животные опытной группы были распределены в три подгруппы по 23 крысы в каждой. Животным первой подгруппы (1-ОПГ) ССД моделировали без введения АСНР (вещество под № 7498352 в справочнике Бейльштейна), животным второй подгруппы (2-ОПГ) АСНР начинали вводить на 21 сутки от начала эксперимента, а животным третьей подгруппы (3-ОПГ) АСНР начали вводить с первых суток эксперимента.

Для моделирования ССД животным опытной группы внутрибрюшинно натошак один раз в неделю вводили стрептозоточин (2-дезоксиметил-нитрозомочевина-глюкозопираноза, SIGMA США), разведенный в 0,5 мл 0,1М цитратного буфера, из расчета 25 мг/кг в течение 50 суток.

В сыворотке крови животных контрольной и опытной групп определяли: уровень глюкозы (Гл.) и фруктозамина (ФА); активность аминотрансфераз (АЛТ и АСТ) с вычислением коэффициента де Ритиса (АСТ/АЛТ); активность лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и щелочной фосфатазы (ЩФ); уровень общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ) и гликопротеидов высокой (ЛПВП), низкой (ЛПНП) и очень низкой (ЛПОНП) плотности; активность каталазы (АК) и уровень церулоплазмينا (ЦП). Проводили запись ЭКГ. Выполняли раздельное взвешивание желудочков сердца с определением уровня общей воды (УОВ) в миокарде правого (ПЖС) и левого (ЛЖС) желудочков сердца. Изучали гистоструктуру миокарда на срезах, окрашенных гематоксилином-основным фуксином-пикриновой кислотой (ГОФП).

Результаты. Через 60 суток у животных контрольной группы масса миокарда ЛЖС и правого ПЖС в перерасчете на 100 г массы животного повышалась на $7,62 \pm 5,64\%$ и $25,79 \pm 5,64\%$. При моделировании ССД без введения АСНР повышение было на $19,53 \pm 3,91\%$ и

78,29±4,30% соответственно, на фоне введения АСНР – на 11,61±5,79% и 36,20±14,01% соответственно. В миокарде ЛЖС и ПЖС УОВ у животных 2-ОПГ к 20-м суткам повышался на 1,0±0,27% и 0,2±0,05%, 40-м – на 1,5±0,48% и 1,01±0,4% и 60-м – на 1,81±0,018% и 1,13±0,003% соответственно. Поле начала введения АСНР в миокарде ЛЖС на 40-к сутки эксперимента УОВ повышался на 0,9±0,24% и 0,3±0,09%, а к 60-м суткам – понижался на 0,09±0,038%. Изменение массы миокарда практически не зависело от изменения УОВ.

При моделировании ССД без введения АСНР гистоструктура миокарда желудочков сердца характеризовалась появлением очагов ишемического поражения, геморрагической инфильтрации и венозного полнокровия. У животных при моделировании ССС на фоне введения АСНР гистоструктурные трансформации были выражены в меньшей степени.

На ЭКГ у животных с ССД были признаки дистрофических изменений в миокарде (синусовая тахикардия, понижение электрической активности сердца с деформацией зубцов Р и R, изменение продолжительности сегментов P-Q и S-T с выраженной депрессией сегмента S-T, который имел восходящую конфигурацию к положительному зубцу T). При моделировании ССД на фоне введения АСНР тенденция к изменению параметров ЭКГ сохранялась, но в меньшей степени выраженности.

У животных контрольной группы биохимические показатели колебались в больших пределах, и имели возрастные (экспозиционные) изменения, которые не выходили за пределы физиологической нормы. При моделировании ССД в сыворотке крови повышался уровень Гл. и ФА. Формировался окислительный стресс, который инициировал повышение, а с увеличением экспозиции эксперимента, – понижение АК и уровня ЦП. Повышалась активность ЛДГ и аминотрансфераз (в большей степени АСТ, что инициировало повышение АСТ/АЛТ). Изменялось соотношение липидного комплекса: понижался уровень ЛПВП на фоне повышения уровня ОХ, ТГ, ЛПНП и (ЛПОНП).

При моделировании ССД на фоне введения АСНР биохимические показатели после 60-суточной экспозиции эксперимента отличались от показателей, определенных у животных с моделью ССД без введения АСНР: понижался уровень Гл. и ФА на 12,6±0,04% и на 11,2±0,04%, АСТ/АЛТ – на 0,36±0,17 у.е. (на 30,2±0,03%), активность ЛДГ – на 15,28±4,20%, уровень ОХ и ТГ – на 11,4±0,121% и 19,24±0,172%, ЛПНП и ЛПОНП – на 17,70±0,160% и 17,98±% соответственно. Уровень ЛПВП повышался на 4,29±0,047%.

Развитие ССД сопровождалось окислительным стрессом, о чем свидетельствовали депрессия антиоксидантов, дислипидемия и тканевая деструкция.

Выводы. При развитии ССД формировались признаки ДКМП, что проявлялось гистоструктурными изменениями в миокарде, изменениями ЭКГ и биохимических показателей. Гистоструктурные изменения сопровождалось появлением более (1-ОПГ) или менее (2-ОПГ после 20-суточного эксперимента и 3-ОПГ) выраженных очагов ишемического поражения и венозного полнокровия в миокарде желудочков сердца и специфических изменений ЭКГ. Динамика биохимических исследований сыворотки крови выявила повышение коэффициента де Ритиса, активности ЛДГ, дисбаланс липидного комплекса и депрессию антиоксидантов. Введение АСНР при ССД оказывало позитивное влияние на морфофункциональные и биохимические показатели, которые имели отношение к анализу выраженности признаков ДКМП. Следует отметить, что введение АСНР не предотвращало, но понижало негативные последствия ССД.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И ОБМЕННЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИИ III – IV СТАДИИ.

Воронков Д.Е.¹, Йовбак В.М.², Воронкова О.А.²

*Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения Республики Крым
«Симферопольская городская клиническая больница №7 «*

*Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения Республики Крым
«Республиканская Клиническая Больница им. Н.А. Семашко»,
отделение сердечно-сосудистой хирургии, г. Симферополь, Россия.*

Введение: Коррекция микроциркуляторных и гипоксических нарушений при ДАП III – IV стадии включает весь комплекс методов экстракорпоральной детоксикации. Несмотря на достаточную эффективность, вышеперечисленные методы из-за выраженных водно - электролит-

ных нарушений, нестабильности гемодинамики у таких больных, развивающейся гипопроотеинемии имеют ограниченную возможность применения. Состояние высокого белкового катаболизма, наличие анемии в ряде случаев являются противопоказаниями для методов непрямого электрохимического окисления крови.

Вышеизложенные обстоятельства способствуют поиску использования фармакологической коррекции микроциркуляторных и гипоксических нарушений. С этой целью в настоящее время пристальное внимание уделяется использованию антигипоксантов, направленных на уменьшение степени свободнорадикального окисления и повышению мощности антиоксидантных систем организма, а также способствующих снижению уровня гипоксического воздействия и, тем самым, коррекцию микроциркуляторных нарушений.

Цитофлавин представляет собой сбалансированный комплекс из двух метаболитов (янтарная кислота, рибоксин) и двух коферментов-витаминов - рибофлавина-монопнуклеотида (витамин В2) и никотинамида (витамин РР).

В условиях гипоксии при резком снижении активности NAD- зависимых ферментов цикла Кребса, остро встает необходимость активации альтернативных NAD метаболитических потоков, и прежде всего окисляющего янтарную кислоту сукцинат-дегидрогеназного шунта. Для активации сукцинатдегидрогеназы, которая по своей структуре является железосернистым флавопротеином, используют кофермент - рибофлавина монопнуклеотид (FMN) - витамин В2.

У рибофлавина установлено прямое антигипоксическое действие, связанное с увеличением активности флавинредуктаз и восстановлением уровня макроэргов - АТФ и креатинфосфата и антиоксидантные свойства, обусловленные восстановлением окисленного глутатиона. Рибофлавин стимулирует утилизацию сукцината, активируя систему митохондриального транспорта дикарбоновых кислот цикла Кребса через глицерофосфатный «челночный» механизм, а янтарная кислота повышает трансмембранный потенциал, стимулируя транспорт рибофлавина через мембраны.

Рибофлавин является коферментом глутатионредуктазы и входит в состав дыхательных ферментов митохондрий, способных обеспечивать регенерацию НАД⁺.

Необходимо отметить, что при гипоксии для восстановления дыхательной цепи митохондрий необходима активация всех звеньев, как флавионат, так и никотинамидадениндинуклеотид (NAD)-зависимых путей. Введение одного из фрагментов NAD - никотинамида (НА) активирует NAD-зависимые ферменты клеток, в том числе антиоксидантные системы убихиноновых оксиредуктаз, защищающих мембраны клеток от разрушения радикальными частицами.

Никотинамид также является селективным ингибитором образующегося при ишемии фермента поли-АДФ-рибозилсинтетазы, приводящего к дисфункции внутриклеточных белков и последующему апоптозу клеток.

Таким образом, Цитофлавин обладает механизмами лечебного действия, которые делают его перспективным препаратом в интенсивной терапии ДАП III – IV стадии.

Материалы и методы: В основу работы положен анализ результатов лечения 350 больных, оперированных в хирургических отделениях 7 городской клинической больницы за период с 2006 – 2015 гг. Для анализа эффективности методов лечения больные были разделены на две группы: контрольную 150 пациента и основную 200 пациентов. Группы пациентов были сопоставимы тяжести состояния, возрастному и половому составу. Среди обследованных больных мужчин было 76 (64,96%), женщин - 41 (35,04%). Всем пациентам основной группы с целью коррекции нарушений микроциркуляции и обменных процессов применялся препарат Цитофлавин. Цитофлавин представляет собой сбалансированный комплекс из двух метаболитов (янтарная кислота, рибоксин) и двух коферментов-витаминов – рибофлавина-монопнуклеотида (витамин В2) и никотинамида (витамин РР).

Введение препарата производилось из расчета 150 мг/кг сутки, т.е. 10,0 разводилось на 200,0 NaCl внутривенно 2 раза в сутки. Нами выбран препарат цитофлавин, который хорошо зарекомендовал себя в кардиологии и неврологии, однако применение его при ДАП III – IV стадии в литературе мало освещено.

Результаты и их обсуждение: На 2-е сутки у пациентов основной группы отмечали снижение уровня лактата с $3,8 \pm 0,57$ до $2,54 \pm 0,47$ ммоль/л, (показатели нормы – $1,4 \pm 0,24$), что свидетельствовало о сохраняющихся метаболитических нарушениях, тогда как в контрольной группе уровень лактата продолжал оставаться высоким и его величина составила $3,52 \pm 0,48$ ммоль/л. На 4-е сутки продолжала сохраняться тенденция к снижению уровня лактата, и значе-

ния составили $2,15 \pm 0,47$ ммоль/л, тогда как в контрольной группе сохранялся повышенный уровень лактата, составивший $3,12 \pm 0,45$ ммоль/л. Принципы биохимической коррекции гипоксии тканей и ее последствий, таких как активация перекисного окисления липидов, дезинтоксикационные свойства препарата в медицине критических состояний и нормализации тканевого метаболизма свидетельствуют о перспективности их использования.

Летальность в основной группе составила 10% (20 пациентов), смерть которых наступила в результате прогрессирования сердечно – сосудистой и легочной патологии. В контрольной группе летальность составила 22 (33 пациентов).

Таким образом, использование Цитофлавина в послеоперационной интенсивной терапии ДАП III – IV приводит к более быстрому восстановлению тканевого метаболизма путем уменьшения гипоксии тканей за счет восстановления процессов утилизации кислорода тканями, уменьшения степени нарушений свободнорадикального окисления и степени эндогенной интоксикации.

Выводы:

1. Препаратом выбора, для коррекции нарушений метаболизма, микроциркуляции, причиной которого является гипоксия, является субстратный антигипоксикант Цитофлавин.
2. Использование в послеоперационный период комплексного антигипоксиканта Цитофлавина приводит к снижению глубины гипоксии тканей вследствие нормализации процессов утилизации кислорода тканями, уже пережившими гипоксию, восстановлению систем антиоксидантной и антиперекисной защиты, снижению активности процессов перекисного окисления, уровня эндотоксемии.
3. Данные исследования свидетельствуют о целесообразности включения в комплексное лечение ДАП III – IV Цитофлавина из расчета 150 мг/кг сутки, т.е. 10,0 на 200,0 5% NaCl, внутривенно 2 раза в сутки, с целью нормализации процессов биологического окисления и устранения эндогенной интоксикации.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ДОСТУПА ПРИ ТОРАКОФЕМОРАЛЬНОМ ШУНТИРОВАНИИ

Гасников А. В., Фадин Б. В.

*Областной центр сердца и сосудов им. М. С. Савичевского,
СОКБ №1., г. Екатеринбург, Россия*

В повседневной клинической практике нередко приходится сталкиваться с тяжелым поражением в аорто-подвздошной зоне, которое зачастую исключает использование инфраренального отдела аорты, как источника притока для реваскуляризации нижних конечностей. В такой ситуации шунтирование осуществляется от нижнегрудного отдела, которое традиционно выполняется из расширенной торакофренолюмботомии (ТФЛТ). Для минимизации операционной травмы торакофеморальное шунтирование (ТФШ) можно выполнить из комбинированного доступа.

Цель: демонстрация опыта проведения первых операций торакофеморального шунтирования из комбинированного доступа у больных с тяжелым поражением в аорто-подвздошной зоны.

Материалы и методы: в клинике выполнено 9 операций ТФШ из комбинированного доступа, все пациенты мужчины в возрасте от 43 до 63 лет; ср. 53,2. Первичными показаниями к ТФШ в наших наблюдениях были выраженные окклюзионно-стенотические изменения инфраренального отдела с кальцинозом и тяжелым язвенно-некротическим атероматозом аорты. Все пациенты обследованы с помощью мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ). Операции выполнены с использованием комбинированного доступа из двух отдельных разрезов, что исключало пересечение реберной дуги и диафрагмы. Пациента позиционировали на операционном столе на правом боку с оттянутой вверх левой рукой. Плечевой пояс располагали на 80° к операционному столу, между тазом и столом угол не превышал $40-30^{\circ}$. Сначала проводили ревизию бедренных артерий по стандартной методике. Далее выполняли комбинированный доступ к аорте: первым этапом - переднебоковую торакотомию в 8 межреберье, с установ-

кой ретрактора, отведением диафрагмы, левого легкого и мобилизацией нисходящего отдела грудной аорты; вторым этапом – параректальный забрюшинный доступ в проекции бифуркации аорты длиной 5 см. Последующие этапы заключались в следующем: пристеночное отжатие аорты в нижнегрудном отделе; формирование проксимального анастомоза между основной branшей бифуркационного протеза и нижнегрудным отделом аорты по типу «конец в бок»; формирование отверстия в диафрагме и тунелирование протеза вдоль аорты и подвздошных сосудов с помощью параректального доступа; дистальные анастомозы с бедренными артериями.

Результаты: летальности и послеоперационных осложнений не было. Во всех случаях купированы явления ишемии нижних конечностей, восстановлен магистральный кровоток, что подтверждено данными контрольной МСКТ. Все пациенты экстубированы в первые часы после операции, переведены из реанимации и активизированы на следующий день после хирургического вмешательства. В целом быстрая реабилитация позволила сократить период послеоперационного пребывания до 7-9 суток.

Обсуждение: внедрение малоинвазивных технологий в хирургии всегда актуально, особенно у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией. Используемая методика уменьшает травматичность операции за счет небольшого параректального доступа, отсутствия рассечения реберной дуги и диафрагмы, что в свою очередь снижает частоту повреждения селезенки, кровопотери, нагноения послеоперационной раны и образования диафрагмальной грыжи. ТФШ может быть выполнено из комбинированного доступа при желании хирурга и владении им данной техникой, к тому же, при необходимости всегда можно осуществить конверсию доступа в стандартную ТФЛТ.

Выводы: первый опыт проведенных операций дает основание полагать, что использование комбинированного доступа минимизирует операционную травму при ТФШ, ускоряет послеоперационную реабилитацию пациентов и является адекватной альтернативой стандартной ТФЛТ.

ВИБРАЦИОННАЯ ВНУТРИПРОСВЕТНАЯ РЕКАНАЛИЗАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ ПОВЕРХНОСТНОЙ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ: ПЕРВЫЙ ОПЫТ

Генералов М.И., Майстренко Д.Н., Олещук А.Н., Иванов А.С.

*ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» МЗ РФ,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Цель: оценить эффективность и безопасность устройства для вибрационной внутрипросветной реканализации хронических окклюзий артерий нижних конечностей.

Материалы и методы: в период с марта по сентябрь 2015 г. реваскуляризация поверхностной бедренной артерии (ПБА) осуществлены у 5 пациентов (4 мужчин и 1 женщины, средний возраст 60 лет). Все пациенты были с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, сопутствующего сахарного диабета не было. Выраженность ишемии нижних конечностей по R.Fontaine – А.В.Покровскому (1979 г.) соответствовала III ст.

Для оценки уровня и распространения сосудистого поражения на догоспитальном этапе выполнялась компьютерно-томографическая ангиография. Средняя протяженность окклюзии ПБА составила $186,3 \pm 34,4$ мм. Степень кальцификации артериальной стенки расценена как умеренная у всех пациентов. Проподимость дистального русла по R.Rutherford (1997 г.) составила 1-4 балла (2 и более условно проходимые артерии голени) в трех (60%) наблюдениях, 4,5-7 баллов (1 и более условно проходимые артерии голени) – у двух (40%) пациентов.

Для прохождения окклюзированных частей ПБА применено устройство Crosser Recanalization System (BARD, США) генерирующее высокочастотные (20кГц) электро-механические колебания, передающиеся на кончик реканализационного катетера, входящего в комплект прибора. Благодаря вибрации дистальной части катетера осуществляется внутрипросветное прохождение окклюзии, в том числе с участками кальциноза.

Результаты: система Crosser была успешно применена у всех пациентов. Среднее время прохождения окклюзии с выходом дистальной части катетера в истинный просвет артерии со-

ставило $4,1 \pm 1,1$ мин. Осложнений в виде перфорации или диссекции сосудистой стенки не было.

В дальнейшем всем пациентам были осуществлены баллонные ангиопластика и стентирование ПБА. На настоящий момент во всех наблюдениях сохраняется проходимость кровеносных сосудов нижних конечностей без признаков рестеноза в зонах операций.

Выводы: вибрационная внутрисосудистая реканализация хронических окклюзий ПБА с использованием системы Crosser представляется эффективной и достаточно безопасной методикой, которая может значительно упростить этап прохождения препятствий во время эндоваскулярного лечения пациентов с атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ КОНСТРУКЦИЙ С БИОАКТИВНЫМ ПОКРЫТИЕМ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОВЕРХНОСТНОЙ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ: ПЕРВЫЙ ОПЫТ

Генералов М.И., Олещук А.Н., Майстренко Д.Н., Иванов А.С., Жеребцов Ф.К.,
Овчинников И.В., Красильникова Л.А.

*ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» МЗ РФ,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Цель: оценить ближайшие результаты применения стентов с биоактивным покрытием на основе оксинитрид титана в лечении пациентов с атеросклеротическим поражением поверхностной бедренной артерии.

Материалы и методы: в период с января 2014 г. по декабрь 2015 г. эндоваскулярные вмешательства на поверхностной бедренной артерии (ПБА) осуществлены у 25 больных (16 мужчин и 9 женщин, средний возраст $61,3 \pm 9,2$ лет). Все пациенты были с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, сахарного диабета не было. По классификации TASC II имели место следующие типы поражений ПБА: тип А – 9 (36%) случаев, тип В и С – 7 (28%) и 9 (36%) наблюдений соответственно. Предварительно в зоне стеноза/окклюзии осуществлялась баллонная ангиопластика. Для имплантации использовали стенты с биоактивным покрытием на основе оксинитрид титана HeliFlex (Hexacath, Франция) диаметром от 6 до 8 мм, длиной от 50 до 200 мм.

До операции и через 7 сут после имплантации стента иммуноферментным методом определяли уровень оксида азота (NO) в крови ($N=24$ мкмоль/л), используя тест-системы Total NO/Nitrite/Nitrate (R&D Systems, США).

Оценку проходимости конструкции осуществляли по данным ультразвукового дуплексного сканирования проводимого в сроки 30 сут, 6 и 12 мес.

Результаты: осложнений во время операции и в раннем послеоперационном периоде не наблюдалось.

Улучшение лодыжечно-плечевого индекса отмечено у всех пациентов: среднее значение до лечения $0,4 \pm 0,3$, после стентирования – $1,1 \pm 0,2$.

Выявлена нормализация уровня NO крови: до операции средний показатель составил $18,9 \pm 2,3$ мкмоль/л, после операции – $28,9 \pm 4,1$ мкмоль/л.

Первичная проходимость эндоваскулярных конструкций составила:

- 30 сут – 100%;
- 6 мес – 92% (2 окклюзии);
- 12 мес – 88% (1 рестеноз, 2 окклюзия).

Пациентам с окклюзией или рестенозом было выполнено повторное эндоваскулярное вмешательство с восстановлением проходимости конструкции.

На настоящий момент у всех 25 пациентов сохраняется проходимость кровеносных сосудов нижних конечностей без признаков рестеноза в зонах операций.

Выводы: применение стентов с биоактивным покрытием на основе оксинитрид титана приводит к нормализации уровня NO крови, что может способствовать пролонгации периода функционирования эндоваскулярных конструкций.

Первые данные по первичной проходимости стентов этого типа позволяют надеяться на улучшение отдаленных результатов лечения пациентов с атеросклеротическим поражением ПБА.

РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

Голощапов-Аксенов Р.С., Воронкина М.В., Чернигина Т.П., Дышекова Д.М.,
Мирзахомдамов Ж.М., Докшочков Г.Р., Ситанов А.С., Лакунин К.Ю.

*Государственное автономное учреждение здравоохранения Московской области
«Центральная городская клиническая больница г. Реутов»*

Больные с острым коронарным синдромом, обусловленным стенозирующим или окклюзирующим поражением ствола левой коронарной артерии, относятся к категории высокого риска.

Цель: оценить эффективность и безопасность стентирования ствола левой коронарной артерии (СтЛКА) у больных с острым коронарным синдромом.

Материал и методы: за период с 2011 по декабрь 2015 года у 56 больных с острым коронарным синдромом при коронарографии диагностировали критическое стенозирование или окклюзию СтЛКА. Возраст больных составил от 44 до 68 лет ($62 \pm 6,7$ лет). У 6 пациентов выявлена острая окклюзия СтЛКА, у 7 пациентов - изолированный критический стеноз СтЛКА, у 25 пациентов - критические стенозы СтЛКА и передней нисходящей ветви ЛКА, у 18 пациентов - критические стенозы СтЛКА, передней нисходящей, огибающей ветвей ЛКА и правой коронарной артерии. Всем больным выполнили стентирование СтЛКА и критических стенозов ветвей левой коронарной артерии. Все вмешательства выполняли через правый лучевой доступ инструментами диаметром 6 френч. Для стентирования использовали коронарные стенты с лекарственным антипролиферативным покрытием. Двойную антиагрегантную терапию после стентирования ствола ЛКА назначали пожизненно. Результаты лечения оценивали по ангиографическим и клиническим критериям, данным велоэргометрии. Этапное стентирование критических сужений правой коронарной артерии после выполнения нагрузочного теста осуществляли через 1 месяц после экстренной операции. Период наблюдения за больными составил от 1 до 46 месяцев.

Результаты: непосредственная ангиографическая и клиническая эффективность стентирования СтЛКА и эпикардальных ветвей ЛКА составила 97%. Умерло 2 пациента с острой окклюзией СтЛКА и кардиогенным шоком. Остальные больные выписаны из стационара в сроки 12 – 14 суток после госпитализации. Оценка результатов лечения через 1 год проведена у 34 больных, через 2 и 3 года – у 26 больных. Остальные пациенты не наблюдались. Результаты нагрузочного теста свидетельствовали об отсутствии у больных стенокардии напряжения.

Заключение: стентирование ствола ЛКА и при необходимости магистральных эпикардальных ветвей ЛКА у больных с острым коронарным синдромом безопасно и эффективно. Необходимо дальнейшее наблюдение за больными для оценки отдаленных результатов стентирования ствола левой коронарной артерии.

РОЛЬ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В СНИЖЕНИИ СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Голощапов-Аксенов Р.С., Калитко И.М., Чернигина Т.П., Деркач В.В.

ООО «Клиника инновационной хирургии», Московская область, г. Реутов

Цель исследования: оценить роль государственно-частного партнерства в снижении смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Московской области.

Материал и методы: коронарографию и стентирование коронарных артерий в экстренном порядке в Московской области выполняют в 7 сосудистых центрах, открытых в 2013-2015

года в государственных больницах городов Мытищи, Реутов, Люберцы, Подольск, Егорьевск, Красногорск и Долгопрудный. Лечение больных финансируется из фонда обязательного медицинского страхования (ОМС) по разработанным и утвержденным региональным стандартам. По данным статистики в 2014-2015 годах 80% больных, госпитализирующихся в Московской области с диагнозом острый коронарный синдром, госпитализируются в сосудистые центры. В марте 2015 года в г. Клин открыто отделение рентгенохирургии на базе частной клиники (далее – Клиника) для оказания круглосуточной экстренной специализированной помощи больным с острым коронарным синдромом за счет средств ОМС.

Результаты: за 9 месяцев работы в отделение рентгенохирургии Клиники госпитализировали более 270 пациентов с диагнозом ОКС. Коронарографию выполнили всем больным, из них 202 – экстренную чрескожную коронарную ангиопластику. Госпитальная летальность – 0%. Рентгенэндоваскулярные операции на артериях нижних конечностей выполнили более 350 больным с критической ишемией. Сохранить опорную функцию нижней конечности удалось более 90% больным. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Клинском районе в 2015 году по сравнению с 2014 годом снизилась с 922 до 734,3 на 100 тыс. населения.

Заключение: тиражирование отделений рентгенохирургических методов диагностики и лечения позволяет приблизить эффективную помощь больным с острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями и снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Организация рентгенохирургических отделений в рамках государственно-частного партнерства снижает экономическую нагрузку на бюджет субъекта РФ.

ЭКСТРА-ИНТРАКРАНИАЛЬНОЕ ОБХОДНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ ПРИ ПАТОЛОГИИ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Гужин В.Э., Дубовой А.В.

ФГБУ «Федеральный Центр Нейрохирургии», г. Новосибирск, Россия

Цель: оценить возможность выполнения и эффективность функционирования высокопоточкового внеанатомического обходного аутоартериального шунта НСА-СМА (High-flow EC-IC bypass) при различной патологии внутренних сонных артерий с целью профилактики ишемических поражений головного мозга.

Материалы и методы: с января 2014 по декабрь 2015 в ФЦН Новосибирска выполнено 737 реконструкции при патологии брахиоцефальных артерий. В предоперационном периоде всем больным проводился комплекс обследований: ДС БЦА, ТКДГ, СКТ-ангиографии. При окклюзии ВСА пациентам проводилась КТ-перфузия головного мозга с нагрузочными пробами. На основании совокупного анализа данных всех обследований принимали решение о необходимости, возможности и типе операции. При определении показаний к вмешательству на бифуркации ВСА учитывали клинику, степень стеноза и характер атеросклеротической бляшки. Основное количество операций выполнено при атеросклеротических окклюзионно-стенотических поражениях бифуркации ОСА и ВСА – 627 вмешательств. Основным видом вмешательств являлись открытые операции на каротидной бифуркации. Операции включали в себя классическую и эверсионную эндартерэктомия, а так же протезирование ВСА. Всего выполнено 511 (81,5%) реконструктивных операций в различных модификациях. Ангиопластика и стентирование ВСА проведено в 41 (6,5%) случае. Экстра-интракраниальный микроанастомоз сформирован у 62 (9,9%) пациентов с симптомной окклюзией ВСА. Основным интерес представляли больные со «сложными» поражениями ВСА, когда имеющиеся в арсенале сосудистых хирургов операции были технически не выполнимы, или сопряжены с значительным риском периоперационных осложнений. По характеру патологии к категории «сложных» пациентов нами отнесено 13 человек с симптомным поражением ВСА. В 5 случаях имелась симптомная окклюзия обеих ВСА. В трех случаях патологическая извитость в сочетании с экстракраниальной аневризмой ВСА у входа в череп. Еще в трех случаях установлено наличие протяженной субокклюзии ВСА на всем экстракраниальном отделе, и в двух наблюдениях гемодинамически значимый стеноз устья ВСА в сочетании с стенозом интракраниального отдела ВСА. Операции проводились под общей анестезией. Первым этапом стандартным доступом выделялась бифур-

кация общей сонной артерии (ОСА). Параллельно производился забор лучевой артерии. В наших наблюдениях средняя длина шунта была 22,5 см. Диаметр в проксимальном отрезке составил от 2,5 до 3,4 мм, в дистальном отрезке – от 2,1 до 3,1 мм. После выполнения краниотомии выделялся М2 сегмент СМА, на него накладывались временные клипсы. Затем выполнялась продольная артериотомия М2 сегмента СМА, формировался дистальный анастомоз с дистальным отделом лучевой артерии по типу конец в бок. Клипсы с СМА снимались. Среднее время пережатия СМА составило от 35 до 44 минут. Шунт проводился в подкожном преаурикулярном тоннеле или под скуловой дугой в рану на шее. После пережатия НСА формировался проксимальный анастомоз по типу конец в бок между начальным отделом НСА и графтом. После снятия зажимов проводился контроль кровотока по шунту и СМА с помощью доплерографии, флуометрии и видеоангиографии с индоцианиновым зеленым (ICG-VA) с временным пережатием ВСА в области устья. При сохранении адекватного кровотока по интракраниальным артериям выполняли лигирование ВСА в устье и ушивание операционных ран. В первые сутки после вмешательства всем больным выполняли контроль МСКТ ангиографии экстра- и интракраниальных сосудов. В ближайшие часы после операции ВСА в экстракраниальном отделе тромбировалась до уровня отхождения глазничной артерии без развития неврологической симптоматики.

Результаты: В послеоперационном периоде произошло одно осложнение – ишемический инсульт в бассейне оперированной артерии в следствии тромбоза шунта, что составило 7,7%. Проприодимость шунта в ближайшем послеоперационном периоде сохранена в 92,3% случаев (12 шунтов из 13 сформированных). Катамнез отслежен у 12 больных в интервале от 1 до 24 месяцев. Из 12 функционирующих на момент выписки из стационара шунтов при контрольном обследовании (ДС БЦА и МСКТ ангиография) через 3, 6 и 12 месяцев функционировали 11 (91,7%). В одном наблюдении произошел тромбоз шунта без развития неврологической симптоматики. Повторных ОНМК и ТИА в отдаленном периоде не зарегистрировано.

Выводы: Мы считаем высокопотокное экстра-интракраниальное обходное аутоартериальное шунтирование (High-flow EC-IC bypass) перспективным методом оперативного лечения при гемодинамически значимых симптомных поражениях ВСА, когда имеющиеся в арсенале сосудистых хирургов стандартные операции не выполнимы, или сопряжены с значительным риском периоперационных осложнений (протяжённые стенозы, тандемные стенозы, стенозы интракраниального отдела ВСА). Несмотря на свою техническую сложность, эта операция позволяет избежать осложнений, присущих эндоваскулярным и открытым хирургическим вмешательствам при этой патологии. Дальнейшие исследования и внедрение метода высокопотокного внеанатомического обходного аутоартериального шунтирования НСА-СМА в практику позволит расширить возможности хирургов в лечении различной патологии экстра- и интракраниальных сосудов с целью профилактики ишемических поражений головного мозга.

ТРАНСКУТАННАЯ ЛАЗЕРНАЯ ПЕРФОРАЦИЯ С ФРАКЦИОННОЙ АУТОМИЕЛОТЕРАПИЕЙ – НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

**Гужина А.О., Гужин В.Э., Головнева Е.С., Кравченко Т.Г., Игнатъева Е.Н.,
Голощапова Ж.А.**

ГБУЗ ЦОСМП «Челябинский гос ударственный институт лазерной хирургии», Россия

Цель исследования: разработка и клиническое исследование нового способа лечения окклюзионных заболеваний нижних конечностей – транскутанной лазерной перфорации мягких тканей с фракционной аутомиелотерапией.

Материал и методы: С октября 2004г. по сентябрь 2015г. выполнено 273 операции лазерной перфорации мягких тканей с фракционной аутомиелотерапией 221 пациенту. Возраст больных от 47 до 77 лет. Из них мужчин – 189 (84%), женщин – 32 (16%). Причиной заболевания у 201 (91%) больных являлся облитерирующий атеросклероз, у 20 (9%) – тромбангит. Диагноз был подтвержден данными УЗДГ, ДС артерий, СКТ и ангиографии. По стадии ишемии

больные распределялись следующим образом: 2б ст. – 112 (50,6%) 3 ст. – 77 (34,8 %), 4 ст. – 32 (14,5 %).

Предлагаемый способ лечения представляет собой сочетание лазерной перфорации мягких тканей с воздействием на надкостницу конечности и клеточной терапии В дальнейшем используется часть аутоматериала, полученная из пунктата костного мозга, богатая биологически активными веществами и ангиогенными факторами роста с фракцией незрелых клеточных элементов. Полученная суспензия инъекционно вводится в зону лазерной перфорации тканей, проводимой с помощью диодного лазера (длина волны 980 нм).

Результаты: У всех пациентов наблюдалось уменьшение или исчезновение ишемических болей в покое и при ходьбе. Положительная динамика со стороны трофической язвы отмечалась на 2-3 сутки. Заживление язв в отдаленном периоде наступало через 3-8 недель после операции. В отдаленном периоде прослежены 154 пациента в сроки от 1 до 36 месяцев. При контрольном обследовании отмечено улучшение периферического кровообращения при инструментальной диагностике. Повторные оперативные вмешательства выполнены у 36 больных с хорошим эффектом. У 16 пациентов вмешательство выполнялось трижды с интервалом от 1 до 3 месяцев. При морфологическом исследовании биоптата мышц голени через месяц было выявлено увеличение количества сосудов мелкого и среднего калибра в 2-3 раза

Заключение: Непрямая реваскуляризация нижних конечностей способом транскутанной лазерной перфорации нижних конечностей с фракционной аутомиелотерапией является эффективным малотравматичным методом, который обеспечивает быстрое восстановление пациентов, расширяет перспективы лечения ишемических состояний нижних конечностей.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОТКРЫТОЙ, МЕЖДУНАРОДНОЙ, МНОГОЦЕНТРОВОЙ НАБЛЮДАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПО ОЦЕНКЕ БЕЗОПАСНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «НЕОВАСКУЛГЕН» У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Деев Р.В., Исаев А.А., Бозо И.Я., Ливанова А.А., Плакса И.Л.

ПАО «Институт стволовых клеток человека», г. Москва, Россия

Цель. Провести оценку безопасности и эффективности ангиогенной терапии препаратом «Неоваскулген» в составе комплексной консервативной терапии у больных с хронической ишемией нижних конечностей при облитерирующем атеросклерозе сосудов нижних конечностей в рамках открытой, международной, многоцентровой наблюдательной программы.

Материалы. Клиническое исследование было проведено на базе 35 клинических центров России и Украины с участием 332 пациентов с хронической ишемией нижних конечностей 2-3 стадии (по А.В.Покровскому-Фонтейну) на фоне облитерирующего атеросклероза, не подлежащих выполнению реваскуляризирующей операции вследствие характера поражения магистральных артерий. Больные были разделены на клиническую группу (n=223), получавшую в составе комплексного лечения курс терапии rCMV-VEGF, и контрольную (n=95), пациентам которой проводилась лишь стандартная консервативная терапия ХИНК. Продолжительность наблюдения составила 6 месяцев, в ходе которых пациенты проходили плановые исследования до лечения, на 3 и 6 месяцев после лечения. В качестве первичного критерия эффективности был использован показатель дистанции безболевого ходьбы (ДБХ), в качестве вторичных критериев применялись результаты инструментальных методов исследования: транскутанное напряжение кислорода (ТКНК) и лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ). На протяжении всего исследования проводилась регистрация развития нежелательных явлений. По окончании наблюдательной программы за 30 пациентами, получившими ангиогенную терапию, и 4 пациентами группы контроля было продолжено наблюдение в течение последующих 3,5 лет, на протяжении которых им проводились регулярные обследования (1 раз в год), с применением инструментальных и биохимических методов исследования.

Результаты. В клинической группе, включившей в себя 223 пациентов с ХИНК II-III стадией по А.В. Покровскому-Фонтейну на фоне облитерирующего атеросклероза, рост ДБХ определялся в ходе всего периода 6-месячного наблюдения. Увеличение показателя первичного

критерия эффективности уже в течение первых 3 месяцев составило 95% относительно исходных цифр. К концу же исследования средний показатель ДБХ составил $287,1 \pm 18,5$ м, свидетельствуя о его возрастании в течение всей наблюдательной программы в среднем на 156%. В группе контроля, напротив, отсутствовала положительная динамика: несмотря на проведение консервативной терапии, функциональное состояние пациентов не изменилось, что выражалось сохранением исходных показателей ДБХ. Таким образом, применение сопровождалось статистически значимым увеличением первичного критерия эффективности по сравнению с группой контроля.

При селективном анализе эффективности ангиогенной терапии в зависимости от исходной стадии заболевания при включении в наблюдательную программу наиболее выраженный относительный прирост ДБХ был отмечен при 3 стадии по А.В. Покровскому – 402%, что выражалось увеличением среднего показателя с $35,5 \pm 4,6$ м до $176,2 \pm 23,1$ м. Наименее выраженный относительный прирост определялся у пациентов с изначально более лёгкой 2А стадией заболевания, составив 118%. У больных 2Б стадией прирост ДБХ составил 129%, при этом абсолютное значение показателя увеличилось со $129,5 \pm 5,2$ до $296,7 \pm 19,2$ м. Таким образом, максимальный относительный прирост наблюдался при 3 стадии заболевания, максимальное абсолютное увеличение параметра отмечено у пациентов с 2А стадией по А.В. Покровскому.

В ходе отсроченного наблюдения у больных клинической группы ($n=30$) наблюдался рост ДБХ в течение трёх лет с достижением максимального показателя – 389 ± 34 м в конце третьего года. В результате к концу 4 года наблюдения после проведения курса терапевтического ангиогенеза среднее преодолеваемое расстояние увеличилось на 223% и составило 362 ± 34 м при среднем изначально показателе $112,5 \pm 14$ м. У пациентов контрольной группы ($n=4$), напротив, показатель ДБХ к концу четвёртого года наблюдения на фоне применения стандартной консервативной терапии сократился на 26% ($92,5 \pm 14$ м). Таким образом, различие между двумя группами по основному критерию эффективности, достигнув впервые уровня статистической достоверности через 3 месяца после применения препарата «Неоваскулген», продолжало увеличиваться ввиду значительного роста ДБХ в клинической группе, и достигло максимальной разницы к концу 3 года наблюдения ($p < 0,01$).

Вывод. Полученные данные соответствуют результатам 2Б-3 фазы регистрационного клинического исследования препарата «Неоваскулген», в ходе которого на аналогичной выборке пациентов с II-III стадией по А.В. Покровскому-Фонтейну было показано, что применение ангиогенной терапии сопровождается достоверным увеличением ДБХ в течение 6 месяцев на 110%. Таким образом, это позволяет утверждать, что применением препарата «Неоваскулген» в реальной клинической практике столь же эффективно, как было продемонстрировано в рамках КИ.

ПОРАЖЕНИЕ СИСТЕМЫ СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО КОМБИНИРОВАННОЙ КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Дрожжин Е.В., Зорькин А.А., Никитина Ю.В.

БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет», г. Сургут

Патология системы гемостаза является серьезным фактором, влияющим на течение периоперационного периода у больных с критической ишемией нижних конечностей (КИ) на фоне облитерирующего атеросклероза (ОАС). Литературные данные свидетельствуют о существенных отклонениях во всех звеньях системы свертывания-противосвертывания-фибринолиза, что существенно влияет на течение послеоперационного периода и непосредственные результаты реконструктивных операций. Дискоагуляция с проявлениями субклинических форм ДВС-синдрома при критической ишемии нижних конечностей сочетается с изменениями сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза, что закономерно при поражении эндотелия, характерного для как окклюзионных артериальных заболеваний, так и для феномена реперфузии. Комбинированное целенаправленное медикаментозное воздействие на эти патогенетические звенья КИ может улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения.

Цель исследования. Определить особенности нарушений в сосудисто-тромбоцитарном гемостазе у больных с КИ нижних конечностей после выполнения реконструктивных операций с целью проведения контролируемой профилактики тромбозов зон реконструкции.

Материал и методы. В исследование включены 108 пациентов отделения сосудистой хирургии БУ «Сургутская городская клиническая больница» с проявлениями КИ. Ишемия 3 ст. по А.В.Покровскому была у 50 больных, 4 ст. – у 58 больных. После проведения предоперационной подготовки, характер которой не отличался между группами, всем больным выполнялось бедренно-подколенное шунтирование ниже щели коленного сустава аутовеной (БПШ), в сочетании с некрэктомией и «малыми» ампутациями по индивидуальным показаниям. Параметры сосудисто-тромбоцитарного исследовались на 4-х канальном комбиагрегометре «90-2Д 590-Х» (CHRONO-LOG, США) на оптическом канале с использованием индукторов активации АДФ в концентрации 2,5 мМоль, 5 мМоль, 10 мМоль, адреналина в концентрации 5 мМоль, 10 мМоль. Контроль показателей проводился в динамике до операции, на 1, 3, 10 сутки послеоперационного периода. Все пациенты исходно длительно принимали аспирин. 56 из них назначена комбинация аспирина и клопидогрела (Плавикс). В качестве группы сравнения выступили пациенты с аналогичной патологией, оперированные в 2003-2007 годах, у которых коррекция антиагрегантной терапии не проводилась (62 больных).

Результаты. Количество тромбоцитов составило $218 \pm 42,7$, MPV $9,24 \pm 0,46$, PDW $39,3 \pm 1,23$, агрегация тромбоцитов с АДФ 5 ммоль/л $60,77 \pm 13,9$, с АДФ 10 ммоль/л $65,1 \pm 15,19$, с адреналином $32,36 \pm 21,8$ на старте терапии. На фоне приема аспирина до операции гиперагрегация тромбоцитов отмечена у 56 больных (52%), с сохранением этих изменений в раннем послеоперационном периоде. Учитывая существенную долю аспиринарезистентности, потребовалось дополнительное назначение дезагрегантных препаратов других фармакологических групп. Дополнительная коррекция агрегации тромбоцитов проводилась клопидогрелем (Плавикс) и тиклопидином (Тиклид) в терапевтических дозировках, что у 50 пациентов из 56 (89%) сопровождалась снижением показателей агрегации тромбоцитов до субнормальных значений в срок свыше 10 дней после назначения препаратов, различия в показателях агрегации были статистически значимы ($p < 0,01$). В раннем послеоперационном периоде наблюдался тренд к нормализации показателей сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, однако различия не имели статистической значимости, что вероятно связано с системными реперфузионными воздействиями на эндотелий в 1-2 сутки после выполненной сосудистой реконструкции и агрессивной медикаментозной интенсивной терапией. Частота тромбозов зон реконструкции в раннем послеоперационном периоде в исследуемой группе составила 28%, в группе сравнения – 41% ($P < 0,05$).

Выводы. У 52% больных с критической ишемией на фоне стандартной базисной терапии аспирином в раннем периоперационном периоде сохраняется гиперагрегация тромбоцитов. Переход на комбинированную антиагрегантную терапию клопидогрелем и/или тиклопидином позволяет к 10 суткам послеоперационного периода снизить исходные показатели агрегации тромбоцитов у 89% пациентов. Учитывая максимальный риск развития тромботических осложнений в зоне реконструкции в 1-2 сутки после операции, развитие реперфузионного синдрома с дополнительным поражением эндотелия, целесообразно решить организационный вопрос о мониторинге эффективности антиагрегантных препаратов и своевременном переводе пациента на комбинированный режим терапии на этапе предоперационной подготовки. Оптимизация антиагрегантной терапии у оперированных пациентов с синдромом критической ишемии позволяет снизить частоту тромбозов зон реконструкции при проведении БПШ на 13%.

СИНДРОМ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ – ВЕКТОРЫ В ЛЕЧЕНИИ И ВОЗМОЖНЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

Дрожжин Е.В., Зорькин А.А., Сидоркина О.Н., Калинина Е.В., Никитина Ю.В.

БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет», г. Сургут

Проблема критической ишемии (КИ) нижних конечностей на фоне облитерирующих заболеваний (ОЗ) сосудов является одним из наиболее актуальных вопросов. Согласно эпидемиологическим данным, при распространенности в России ОЗ сосудов нижних конечностей до 7%

(15-30% в популяционной группе старше 65 лет), ежегодный прирост пациентов с 3-4 стадией ишемии по классификации Фонтейна - А.В.Покровского составляет 500-1000 случаев в год на 1 млн. населения. В структуре ОЗ в России составляет 25-30% (Зудин А.М. и соавт., 2014), что сопровождается ежегодно проведением 10-12 тысяч вынужденных «высоких» ампутаций конечности. Многолетний опыт проведения оперативных вмешательств у этой категории больных, возможности обследования их на современном уровне позволяют критически анализировать и формулировать перспективные направления для улучшения непосредственных и отдаленных результатов лечения.

Клиническая практика демонстрирует два основных направления эволюции подходов к лечению больных с критической ишемией – развитие оперативной техники и совершенствование периоперационной медикаментозной поддержки, направленной на сохранение адекватного кровоснабжения конечности.

Широко распространены и активно применяются высокотехнологичные «bypass» операции, направленные на реваскуляризацию конечности на различных уровнях, включая дистальные сегменты. Совершенствуются протезный материал, техника хирургического вмешательства, интенсивная терапия периоперационного периода. Разрабатываются технологии протезирования имплантатами из новых инертных материалов, обладающих гипокоагуляционными свойствами. Акцент в наложении сосудистых анастомозов смещен в сторону прецизионной техники, в том числе с использованием микрохирургии для создания наиболее гемодинамически стабильных сосудистых соустьев. Особое внимание уделяется снижению травматичности выделения вены, разрушения ее клапанного аппарата при выполнении аутовенозного дистального шунтирования. К сожалению, до настоящего времени операции «bypass», особенно выполненные на уровне ниже щели коленного сустава, сопровождаются высокой частотой острых тромбозов, по нашим данным, до 20%. С технической точки зрения перспективно решение этой проблемы путем широкого внедрения эндоваскулярной хирургии и каркасного стентирования. Изолированные внутрисосудистые вмешательства имеют ряд ограничений в применении. Поэтому в последние годы традиционные шунтирующие операции, в том числе вмешательства многоступенчатой сосудистой реконструкции, активно дополняются техниками одномоментной установки сосудистых стентов, что является сутью гибридных хирургических технологий. Большие надежды также связаны с внедрением операции артериовенозного дистального шунтирования с использованием венозной системы стопы, лишенной клапанного аппарата.

Необходимо отметить, что при критической ишемии в настоящее время ангиохирурги делают все возрастающий акцент не на формальном восстановлении магистрального сосудистого кровотока, а на улучшении качества жизни пациентов, что может достигаться и менее травматичными методами, в частности различными вариантами ангиопластик, высокотехнологичными методиками эндоваскулярной дезоблитерации и тромбэктомии, вмешательствами, направленными на формирование коллатеральной неососудистой сети. Большое значение придается методам физиотерапии и ЛФК, направленным на улучшение коллатерального кровотока и повышения резистентности пораженной конечности к ишемии. Серьезные перспективы имеют методы клеточной терапии стволовыми клетками и применение факторов роста, хотя об эффективности этих технологий говорить еще преждевременно.

Развитие осложнений раннего периоперационного периода ухудшает непосредственные и отдаленные результаты лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей. Наиболее опасными из этих осложнений являются острые тромбозы шунтов и зон анастомозов и, реже, послеоперационные кровотечения. Развитие их сопровождается необходимостью проведения вынужденных повторных операций, в том числе реконструктивного характера, что отражается на длительности госпитализации, исходах, стоимости лечения и качестве жизни в отдаленном периоде. Считается, что неудачи при реконструкциях сосудистого русла конечностей у больных с критической ишемией зависят в основном от гемодинамических условий в зоне шунтов и анастомозов, а также от состояния системы гемостаза. Первая причина обусловлена чаще всего неконтролируемым уровнем периферического сосудистого сопротивления, что не обеспечивает должного градиента давлений в зоне шунта, сопровождается снижением минутного кровотока и создает условия для активации тромбообразования. Реже этот процесс связан с техническими дефектами наложения сосудистого анастомоза. Надежды, что смещение акцентов в сторону малоинвазивных, эндоваскулярных и гибридных хирургических технологий кардинально изменит ситуацию, к сожалению, не оправдались. Оклюзия стента встречается при-

мерно с той же частотой, что и окклюзия шунта, что выводит проблему в плоскость необходимости поиска мер системного воздействия на систему кровообращения и крови.

Нарушения в системе гемостаза играют ведущую роль в развитии осложнений реконструктивных операций на сосудах. Агрегация, тромбоз, фибринолиз – базовые процессы, лежащие в основе гомеостаза организма, формирования защитных и репаративных процессов, в том числе иммунных и ангиопластических, что в конечном итоге обеспечивает достаточные микроциркуляцию, тканевой газообмен и регенерацию при выполнении магистральных сосудистых реконструкций. Агрегация, тромбоз, антитромбоз и фибринолиз находятся в состоянии постоянного взаимодействия и равновесия, что обеспечивает жидкое состояние крови. Огромное значение в этом процессе имеет стабильное состояние эндотелия сосудов. Именно нестабильность эндотелиальной выстилки создает условия для запуска механизмов острого тромбоза шунта/стента, а также формирует в отдаленный послеоперационный период условия для увеличения периферического сопротивления и снижения скорости кровотока, окклюзии неососула и прогрессирования критической ишемии конечности вплоть до ее гангрены.

Наши исследования изменений в системе гемостаза у больных с критической ишемией нижних конечностей показали наличие грубых изменений во всех звеньях системы коагуляции-антикоагуляции-фибринолиза. Отмечаются агрегационные нарушения тромбоцитов, примерно у 50% больных без динамики на фоне приема аспирина. У каждого пятого больного регистрируется лабораторный дефицит естественных антикоагулянтов, прежде всего антитромбина III, иногда в сочетании с дефицитом протеинов С и S. Это создает условия не только для недостаточной эффективности стандартной гепаринотерапии, но и предпосылки для возникновения на ее фоне так называемых «рикошетных тромбозов». По данным тромбоэластографии чаще всего имеются признаки структурной гиперкоагуляции, сохраняющиеся как при назначении нефракционированного, так и низкомолекулярных гепаринов. У ряда пациентов имеются грубые отклонения в показателях фибринолитической системы – «крах» фибринолитического потенциала при одномоментном существенном увеличении количества РФМК и D-димеров, что обосновывает целесообразность применения у них системной или регионарной фибринолитической терапии, особенно при диагностированном остром тромбозе шунта/стента. У всех больных лабораторные признаки ДВС-синдрома регистрируются на догоспитальном этапе и не имеют существенной динамики улучшения на фоне стандартной терапии гепаринами, дезагрегантами и непрямые антикоагулянтами. Все это требует пересмотра лечебной программы в виде проведения комбинированной дезагрегантной и антикоагулянтной терапии. Целесообразно обоснованное лабораторными тестами сочетание дезагрегантов различного механизма действия, например аспирина с клопидогрелем и тиклопидином, нефракционированного и низкомолекулярного гепаринов, гирудоподобных препаратов, имеющих принципиально иную точку приложения в реализации коагуляционного каскада, коррекция гипергомоцистеинемии. Подобный подход на практике сопровождается, по нашим данным, снижением частоты острого тромбоза шунта после реконструктивных операций на 10-13%.

Таким образом, характеризуя в целом описанные выше изменения, можно говорить о дискоагуляции, субклинически протекающем ДВС-синдроме, течение которого, как правило, усугубляется оперативным вмешательством. Применение современных методов лабораторной диагностики и мониторинга параметров системы гемостаза, прежде всего динамической агрегатометрии, коагулометрии и тромбоэластографии в качестве так называемых «прикроватных тестов», позволяет выйти на принципиально новый уровень медикаментозной коррекции дискоагуляции у пациентов с облитерирующими заболеваниями сосудов нижних конечностей в стадии критической ишемии – целенаправленной, «точной» коррекции дискоагуляции в режиме «реального времени». Появление новых лекарственных средств – рекомбинантных и полученных естественным путем изолированных факторов свертывающей и противосвертывающей системы делает эту перспективу реальностью.

Практика показала, что проведение реваскуляризирующих операций при КИ часто требует активной поддержки методами экстракорпоральной детоксикации, так как в ходе реперфузии большого массива ишемизированных тканей в раннем послеоперационном периоде создаются предпосылки для формирования дополнительного повреждения эндотелия, системной воспалительной реакции с исходом в полиорганную недостаточность. Широкое применение в комплексной терапии методов экстракорпоральной гемокоррекции, прежде всего плазмафереза (в т.ч. высокообъемного с технологией плазмозамены), оказывает в периоперационном периоде

нормализующее действие на механизмы свертывания-противосвертывания-фибринолиза. Это в большинстве случаев улучшает гемодинамику в оперированной конечности.

В комплексе системной терапии большое значение мы придаем агрессивной коррекции показателей гемодинамики для достижения ремоделирования сердечной функции и улучшения кровотока, а также нормализации гликемического статуса пациента. Несомненно полезным видим применение нетрадиционных методов воздействия на кровоток и систему гемостаза (ГБО, озонотерапия, применение пайлер-света), неплохо зарекомендовавших себя в нашей клинике. Профилактика развития инфекционных осложнений должна осуществляться с учетом мониторинга актуальной микрофлоры и профиля ее резистентности.

Таким образом, проблема периоперационного ведения пациентов с синдромом КИ на настоящем этапе не может считаться успешно решенной и требует комплексного подхода, основанного на современных высоких технологиях хирургии, микрохирургии, лабораторной диагностики, биотехнологий, генной инженерии и других областей медицины и техники.

РОЛЬ КЛИНИЧЕСКИХ, ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ И БИОХИМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ГРУПП РИСКА ОСТРЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Дюба Д.Ш., Иваненко А.А.

«Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», г. Донецк, ДНР

Цель. Изучение клинических проявлений мультифокального атеросклероза у больных в их взаимосвязи с гемодинамическими и биохимическими нарушениями с последующим выделением групп риска острых церебральных осложнений.

Материалы и методы. В исследование включены 126 больных с распространенным атеросклерозом и сочетанным поражением нескольких сосудистых регионов, мужчины и женщины (от 45 до 69 лет).

Из исследования были исключены больные с поражением интракраниальных сосудов, а также с тяжелой соматической патологией.

Комплекс обследований включал общеклинические методы, ультразвуковое исследование, селективную коронарографию, аортографию с визуализацией сонных, почечных и подвздошных артерий. У всех больных проводили биохимические методы исследования: определение липидограммы (общего холестерина, холестерина низкой плотности, холестерина очень низкой плотности и триглицеридов), показателей свертывающей системы (АДФ-агрегации тромбоцитов, растворимые фибрин-мономерные комплексы и активированное частичное тромбопластиновое время); уровня гомоцистеина; С-реактивного протеина; показателей перекисного окисления липидов (каталаза, малоновый диальдегид восстановленный глутатион, глутатионпероксидаза) и проводилась статистическая обработка данных.

Результаты исследования. У 88 пациентов было диагностировано поражение брахиоцефальных артерий, аорты и магистральных артерий нижних конечностей, у 68 – гемодинамически значимые изменения в брахиоцефальных и коронарных артериях, у 24 – изменения коронарных артерий, аорты и магистральных артерий нижних конечностей, в 13 случаях – поражение всех трех артериальных бассейнов. Ишемический инсульт перенесли 23,8 % больных, транзиторные ишемические атаки – 47,6 %. При клинико-неврологическом обследовании по шкале NIHSS исходный средний балл в группе больных составил в $13,13 \pm 1,91$. В группе больных с поражениями брахиоцефальных артерий (89 пациентов) у 47 больных наблюдалось гемодинамически значимое изолированное поражение одной артерии (у 38 – в каротидном бассейне, у 9 – в вертебробазиллярном), у 50 – поражение двух артерий (двухстороннее поражение каротидного бассейна – 29, каротидного и вертебробазиллярного бассейнов – у 15 пациентов, двухстороннее поражение вертебробазиллярного бассейна – у 6 пациентов), у 12 пациентов – трех или четырех брахиоцефальных артерий.

У 38% пациентов наблюдали сочетанное поражение венечных и подвздошных артерий. У этих больных, кроме клинических проявлений ИБС, отмечали симптомы облитерирующего атеросклероза нижних конечностей. У 47 больных, использован внутрисосудистый временный

шунт. Всем пациентам выполнены поэтапные реконструкции. Предпочтение отдавали первичной реваскуляризации мозга с учетом возможной нестабильности центральной гемодинамики при выполнении аортокоронарного шунтирования (АКШ).

В клинике было выполнено 58 операций на аорто- бедренном и бедренно-подколенном сегменте, 8 одномоментных и 30 поэтапных реконструкций у больных с сочетанным поражением брахиоцефальных артерий и коронарных артерий аорты, а также магистральных артерий нижних конечностей. Проведено 5 одномоментных операций. В целом в группе обследованных больных увеличение С-РП было в 71,5% случаев. Уровень С-реактивного белка в обследованной группе больных (N=126) находился в пределах от 4,44 до 16,58 мг/мл ($9,13 \pm 0,5$ мг/мл). При клинико- неврологическом обследовании по шкале NIHSS исходный средний балл в группе больных составил $13,13 \pm 1,91$. Общий холестерин крови в группе больных был $7,83 \pm 0,75$ ммоль/л, холестерин липопротеидов низкой плотности $4,91 \pm 0,64$ ммоль/л, холестерин липопротеидов очень низкой плотности $1,47 \pm 0,12$ ммоль/л, уровень С-реактивного протеина ($9,13 \pm 0,5$ мг/мл). Было выявлено угнетение антиоксидантной системы (восстановленный глутатион $822,34 \pm 61,98$ ммоль/л) и активация процессов перекисного окисления липидов (малоновый диальдегид $2,29 \pm 0,08$ ммоль/л). Уровень гомоцистеина в исследуемой группе составил $14,14 \pm 0,47$ ммоль/л. До операции все пациенты не имели значимых изменений свертывающей системы, за исключением некоторого повышения АДФ агрегации тромбоцитов ($21,89 \pm 2,58\%$). Проведенный корреляционный анализ позволил сделать следующие выводы.

Выводы. У больных с мультифокальным атеросклерозом артерий повышена концентрация С-реактивного протеина в сыворотке крови, что ассоциируется нестабильностью атеросклеротической бляшки. Высокая концентрация С-реактивного протеина отражает наличие воспаления в атеросклеротических бляшках и выступает в роли маркера ранимых, склонных к разрыву бляшек, а также ассоциируется с наличием церебральных осложнений, формирующихся по механизму атеротромбоза.

Для больных с симптомным мультифокальным атеросклерозом характерно повышение исходных показателей липопротеидов низкой плотности, АДФ агрегации тромбоцитов, активация системного воспалительного ответа и уровня гомоцистеина, снижение восстановленного глутатиона, что является дополнительным показанием к проведению оперативного вмешательства и в дальнейшем в послеоперационном периоде проведению мониторинга этих показателей.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И ПОСЛЕДУЮЩЕГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВОЗВРАТНОЙ СТЕНОКАРДИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧКВ ПО ПОВОДУ ОКС, С ОСТАТОЧНЫМИ СТЕНОЗАМИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Жданова Е.А., Миронов В.А., Нечаева О.А., Кузнецова А.Ю.

*ГБУЗ Челябинская областная клиническая больница,
ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия.*

Смертность от ишемической болезни сердца в России за период с 2010г по 2014г снизилась с 418,6 до 342,3 на 100000 населения (т.е. на 18%), в то время как количество стентирований за этот период возросло с 47772 до 122336 случаев в год (т.е. на 250%) (Л.А. Бокерия, Р.Г. Гудкова Сердечно-сосудистая хирургия. 2014 год. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения). Недостаточное снижение смертности, несмотря на значительное увеличение количества интервенционных вмешательств может быть связано с неполной реваскуляризацией, а также с неправильным выбором сосуда, подвергнутого стентированию (без учета функциональной значимости стеноза). Эти же факторы, вероятно, вызывают возвратную стенокардию у пациентов, перенесших острый коронарный синдром и стентирование.

Цель исследования: оценить эффективность интервенционного вмешательства и последующего медикаментозного лечения в предупреждении возникновения возвратной стенокардии у пациентов перенесших ЧКВ по поводу ОКС, с остаточными стенозами коронарных артерий.

Задачи исследования: оценить эффективность медикаментозной коррекции АД, оценить достигнутый функциональный класс стенокардии и хронической сердечной недостаточности, оценить динамику остаточных стенозов по данным коронароангиографии у пациентов перенесших ЧКВ по поводу ОКС, с остаточными стенозами коронарных артерий.

Материалы и методы: В ходе исследования проанализировано 1250 историй болезни пациентов, выписанных из отделения кардиологии №2 ЧОКБ в период с января 2014г по август 2015г.

Критерии включения в исследование: пациенты, перенесшие ОКС, которым было выполнено стентирование одного коронарного сосуда и имеющие стеноз 50 и более % еще в одном или двух коронарных сосудах (одно или двухсосудистое поражение). Пациенты, перенесшие ОКС, имеющие по данным КАГ стеноз 50 и более % одного или двух коронарных сосудов, не подвергшиеся стентированию (одно или двухсосудистое поражение).

Критерии исключения из программы: пациенты с многососудистым поражением коронарного русла, пациенты с тяжелой сопутствующей патологией, при которой риск реваскуляризации превышает пользу, отсутствие технической возможности проведения ЧКВ в условиях ЧОКБ при имеющейся коронарной анатомии (направлены в ФЦССХ г. Челябинск), отказ от участия в исследовании. Согласно критериям включения и исключения было отобрано 126 пациентов. В ЛПУ по месту прикрепления пациентов были разосланы информационные письма с перечнем необходимых исследований и датой явки на консультативный прием. В ходе программы, в условиях консультативной поликлиники ЧОКБ осмотр проведен 65 пациентам. 61 пациент на осмотр не явились.

Осмотр проводился согласно рекомендациям по диспансерному наблюдению больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями («Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Чазов Е.И., 2014г). В ходе осмотра оценивалась совокупная эффективность проведенного ЧКВ и медикаментозного сечения по таким параметрам как: приверженность медикаментозному лечению, соответствие назначенного медикаментозного лечения современным рекомендациям, эффективность контроля артериального давления (АД), оценка болевого синдрома в грудной клетке, оценка стадии и функционального класса хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Результаты: Приверженность медикаментозному лечению: 80% пациентов принимают регулярно лекарственные препараты, назначенные лечащим врачом, 40% из них получают адекватную медикаментозную терапию, в соответствии с действующими рекомендациями.

Эффективность контроля АД: Целевой уровень АД достигнут у 54% пациентов, АГ 1 степени 18%, АГ 2 степени 28%. Болевой синдром в грудной клетке: 24% осмотренных пациентов отрицают болевой синдром в грудной клетке, 8% описывают несердечные боли в грудной клетке (не связанные с ишемией миокарда, воспроизводимые при пальпации, акте дыхания, изменении положения тела), 15% описывают атипичную стенокардию (микрососудистая, вазоспастическая), 10% стенокардия напряжения 1 функциональный класс (фк), 22% стенокардия напряжения 2 фк, 6% стенокардия напряжения 3 фк, 15% (10 пациентов) на момент осмотра имели клинику нестабильной стенокардии. Стадия ХСН: ХСН 1 ст 91%, ХСН 2а ст 9%. Функциональный класс ХСН: ХСН 1 фк 29%, ХСН 2 фк 57%, ХСН 3 фк 14%. Пациенты с клиникой нестабильной стенокардии (10 человек) в экстренном порядке госпитализированы в кардиологические отделения ЧОКБ, всем пациентам проведена КАГ (оценка в динамике, предыдущая КАГ выполнялась 6-18 месяцев назад по поводу ОКС): у 3-х пациентов выявлено увеличение имеющихся ранее стенозов с 50 до 80-90%; у 2-х пациентов выявлены рестенозы стентов, установленных в предыдущую госпитализацию, до 60-70%; у 3-х пациентов сохранились имеющиеся ранее стенозы коронарных артерий 70-90%; у 2-х пациентов сохранились имеющиеся ранее стенозы не более 50%, с учетом данных КАГ и клиники нестабильной стенокардии 8 пациентам из 10 госпитализированных произведено стентирование. Остальные пациенты со стабильной стенокардией и безболевой ишемией миокарда направлены на дообследование: велоэргометрию, сцинтиграфию миокарда с нагрузкой для решения вопроса о необходимости повторной КАГ и реваскуляризации остаточных стенозов., в настоящее время проводится анализ полученных результатов.

Выводы:

1) Не более 40% пациентов исследуемой группы получает адекватную медикаментозную терапию в соответствии с действующими рекомендациями.

2) В исследуемой группе выявлена большая доля пациентов (15%) с клиникой нестабильной стенокардии коронарной анатомией высокого риска, что демонстрирует несвоевременное направление на повторную КАГ и реваскуляризацию миокарда, низкую эффективность медикаментозного лечения.

3) Возвратная стенокардия у 5 пациентов из 10 была связана с прогрессированием поражения коронарного русла (увеличение имеющихся ранее стенозов, рестенозы в стентах), у 3-х пациентов обусловлена незавершенной ранеереваскуляризацией (имеющиеся ранее стенозы более 50%, которые не были вовремя подвергнуты стентированию), у 2-х пациентов сохраняются имеющиеся ранее стенозы не более 50%, стентирование этим пациентам в острый период не проведено, но, учитывая развернутую клинику стенокардии, после стабилизации состояния, необходимо предпринять попытку верификации ишемии в зоне кровоснабжения стенозированного сосуда, например, с помощью сцинтиграфии миокарда, и в случае обнаружения ишемии, несмотря на ангиографически небольшой процент стенозирования, решить вопрос о проведении стентирования в плановом порядке. Таким образом, можно предположить, что сохраняющаяся высокая смертность от ишемической болезни сердца и возврат клиники стенокардии после стентирования обусловлены неполной реваскуляризацией миокарда, неправильно выбранным сосудом для интервенционного вмешательства, в совокупности с неадекватно подобранной медикаментозной терапией. Для преодоления этих факторов необходимо внедрение системы поэтапной реабилитации пациентов перенесших ОКС, в ходе которой будет обеспечена более полная реваскуляризация, динамическое наблюдение за имеющимися остаточными стенозами, коррекция медикаментозной терапии.

ХИРУРГИЯ ВЕТВЕЙ БРЮШНОЙ АОРТЫ

Заваруев А.В.^{1,2}, Головачёв Д.С.²

¹ - ГБОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск, Россия.

² - ГАУЗ АО Амурская областная клиническая больница, г. Благовещенск, Россия.

Хронические поражения чревного ствола и мезентериальных артерий неминуемо приводят к синдрому хронической абдоминальной ишемии и опасны возможностью развития острой ишемии и инфаркта кишечника, который ведет к летальному исходу в 90% случаев. Частота развития вазоренальной гипертензии, обусловленной поражением одной или двух почечных артерий, составляет 5-10% от всех видов гипертоний, а в 20-30% является резистентной к медикаментозному лечению, злокачественной и быстро прогрессирующей. Это обосновывает необходимость хирургической коррекции кровотока.

Материал и методы. Исследованию подверглись 12 больных с хроническими поражениями парных и непарных ветвей брюшной аорты. Пациенты проходили обследование и лечение на базе отделения сосудистой хирургии Амурской областной клинической больницы в 2014-2015 гг. У 7 больных (58,3%) выявлено поражение непарных ветвей: верхняя брыжеечная артерия (57,1%), чревный ствол (42,8%). В 41,7% (5 человек) выявлено поражение почечных артерий: одностороннее (60%), двухстороннее (40%). Сочетанного поражения непарных и парных ветвей нам не встретилось. Средний возраст больных составил 63,6±6,9. Женщин было 10 (83,3%), мужчин 2 (16,7%).

Результаты и обсуждение. В одном случае причиной стеноза чревного ствола стал синдром Данбара, во всех остальных случаях поражение ветвей абдоминальной аорты было обусловлено атеросклерозом. Полных окклюзий не встретилось ни у одного пациента. Степень стеноза варьировала в диапазоне 50-90%. Стенотические поражения во всех случаях локализовались в проксимальных сегментах артерий. Синдром хронической абдоминальной ишемии при стенозах чревного ствола и верхней брыжеечной артерии, а также синдром вазоренальной гипертензии разной степени выраженности при стенозах почечных артерий отмечен у всех пациентов. Оперированы все больные. У 11 человек предпринято эндоваскулярное вмешательство. Пациент с экстравазальной компрессией чревного ствола оперирован открытым путем – удалена гипертрофированная нейрофиброзная ткань чревного сплетения и протезирован сам чревный ствол дакроновым протезом. Во всех случаях эндоваскулярного вмешательства использовались

баллоннорасширяемые стенты Nitrosamprus. Осложнений во время операции не наблюдалось. Стентирование в 100% имело технический и ангиографический успех. Осложнений в раннем послеоперационном периоде мы также не наблюдали. Пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии с регрессом предоперационной клинической симптоматики. Единственным отдаленным зарегистрированным осложнением стал рестеноз зоны стентирования верхней брыжеечной артерии через год после операции. В данной ситуации выполнена баллонная ангиопластика с положительным результатом.

Выводы. Атеросклероз является несомненным лидером в развитии хронических поражений непарных и парных ветвей брюшной аорты, чаще встречающихся у женщин. Эндovasкулярные методы коррекции хронических стенотических поражений ветвей абдоминальной аорты являются высокоэффективными, позволяющими в полной мере восстановить магистральный кровоток и приводящие к стойкому регрессу симптомов хронической абдоминальной ишемии и вазоренальной гипертензии.

ХИРУРГИЯ ХЕМОДЕКТОМ ШЕИ

Заваруев А.В.^{1,2}, Мазуренко А.А.^{2,1}

¹ - ГБОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск, Россия.

² - ГАУЗ АО Амурская областная клиническая больница, г. Благовещенск, Россия.

Необходимость реконструктивных операций на внутренней сонной артерии возникает у 29,6% первичных и у 48,2% повторно оперированных больных с хемодектомами шеи различной локализации. Ошибки при первичной диагностике хемодектом шеи достигают 90%. Таким образом, до 50% больных с хемодектомами шеи первично оперируются в неквалифицированных стационарах с ошибочным диагнозом, в результате чего резко ухудшаются условия для выполнения радикальных вмешательств, которые чаще всего заканчиваются перевязкой сонных артерий и закономерным развитием острого нарушения мозгового кровообращения. Попытки удаления хемодектомы могут заканчиваться только ее ревизией в 66% случаев, у 7,7-9,4% больных вмешательства носят нерадикальный характер, а в 21,8% опухоль признается нерезектабельной. Кровопотеря во время таких операций может превышать 2 литра.

Материал и методы. Исследованию подверглись 8 больных с хемодектомами шеи, проходивших обследование и лечение на базе отделения сосудистой хирургии Амурской областной клинической больницы в 2014-2015 гг. В 75% случаев хемодектомы были каротидными, ещё в 25% вагальными. Средний возраст больных составил 46,8±11,3. Соотношение женщин и мужчин было 3:1 соответственно. Метастазирования процесса выявлено не было. Двусторонняя локализация хемодектом имела место у 2 (25%) пациентов.

Результаты и обсуждение. Среди отмеченных симптомов заболевания были: наличие опухолевидного образования в области шеи (87,5%), головная боль (75%), дискомфорт в горле и при глотании (25%). Всем больным до операции в обязательном порядке выполнялось ультразвуковое триплексное сканирование и мультиспиральная компьютерная томоангиография брахиоцефальных артерий. По данным исследования, согласно классификации Shamblyn W.R. et al. (1971 г.), пациенты с хемодектомами разделены следующим путем: 1 тип – 1 пациент, 2 тип – 4 пациента, 3 тип – 2 пациента. Диагноз вагальной параганглиомы устанавливали интраоперационно. В 2-х случаях каротидные хемодектомы имели двухстороннюю локализацию, в одном из них пациентка отказалась от оперативного пособия в нашем регионе. Таким образом, было оперировано 7 человек. В двух случаях выполнено двухэтапное оперативное лечение. У пациентки с двухсторонней локализацией каротидной хемодектомы интервал между операциями составил 2 месяца. У другой пациентки с хемодектомой больших размеров (3 тип) первым этапом решено было выполнить эндovasкулярную эмболизацию опухоли металлическими спиралями и затем через двое суток удаление самого новообразования. Параганглиомы первого и второго типов удалось удалить без резекции сонных артерий. Удаление опухолей 3 типа всегда сопровождалось резекцией каротидных артерий – в одном случае с протезированием внутренней сонной артерии, во втором случае с лигированием наружной сонной артерии и реанастомозом внутренней сонной артерии в общую. По гистологическому строению 88,9% хемодектом имели альвео-

лярный тип строения, в 11,1% аденоподобный. Морфологические критерии злокачественности выявлены в 2-х случаях. У пациента после протезирования внутренней сонной артерии в первые сутки после операции зарегистрирован ишемический инсульт в ипсилатеральном полушарии. Проведено консервативное восстановительное лечение с положительной динамикой в виде регресса неврологической симптоматики. Другим осложнением после операции явилось желудочно-кишечное кровотечение, также потребовавшее только консервативного лечения. Ещё в одном случае у пациентки после удаления второй хемодектомы развился стойкий парез и отек гортани, в связи с чем возникла необходимость в наложении временной трахеостомы. В 3 случаях возникали преходящие парезы черепно-мозговых нервов и голосовых связок. Пациентка, оперированная в другом регионе, получила осложнение в виде тяжелого инвалидизирующего ишемического инсульта на стороне операции.

Выводы. Хемодектомы шеи чаще встречаются у женщин среднего возраста. При подозрении на параганглиому шеи необходимо провести ультразвуковое триплексное сканирование и мультиспиральную компьютерную томоангиографию брахиоцефальных артерий. Радикальное удаление хемодектом 3 типа возможно лишь в сочетании с резекцией сонных артерий и последующим восстановлением магистрального кровотока. Удаление хемодектом шеи всегда сопряжено с большими трудностями и осложненным послеоперационным периодом. Эндovasкулярная эмболизация артерии, питающей хемодектому с последующим её удалением, приводит к существенному снижению операционной кровопотери.

ХИРУРГИЯ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ПРИ УДАЛЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

**Зотов С.П., Бычковских В.А., Уфимцев М.С., Щербаков А.В., Никитин А.Р.,
Турчанинов А.Ю., Муравьев Д.В., Конашов А.Г.**

*Отделения сосудистой хирургии и урологии ГКБ № 8,
Кафедра факультетской хирургии ЮУГМУ, отделение урологии ДКБ,
Отделение анестезиологии-реанимации ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России,
г. Челябинск, Россия*

Опухоли забрюшинных локализаций имеют ряд важных особенностей: зачастую поздняя и несвоевременная диагностика, особенности взаимоотношений топографо-анатомических структур забрюшинного пространства, вовлеченность в опухолевый конгломерат крупных сосудов. Это определяет сложность хирургических вмешательств в данном регионе и требует участия, как онколога, так и сосудистого хирурга, а также слаженной работы реанимационно-анестезиологической службы.

Цель исследования: Показать особенности и эффективность реконструктивных операций на нижней полой вене в онкологической практике.

Материалы и методы: В период с 2006 по 2015 годы в различных медицинских учреждениях города Челябинска было прооперировано 37 пациентов с опухолями забрюшинной локализации и вовлечением в процесс НПВ. Ни одно оперативное вмешательство не носило эксплоративный характер. Среди больных преобладали лица мужского пола (81%), среди гистологических форм опухолей чаще всего встречался почечноклеточный рак с опухолевым тромбозом НПВ.

Результаты: Резекция НПВ выполнялась в случае субтотального или тотального вовлечения НПВ в опухолевый процесс, а также при первичной лейомиосаркоме НПВ. В 70% случаев выполнено ушивание стенки НПВ непрерывным швом, в 30% случаях выполнена реконструкция НПВ: в двух случаях протезирован инфраренальный участок НПВ, в двух случаях выполнено протезирование супраренального участка, в двух случаях протезированы НПВ и левая почечная вена и в одном случае нами использовалась заплатка из твердой мозговой оболочки. При линейном протезировании НПВ в одном случае использовался аортальный гомографт, в 5 случаях для реконструкции НПВ применялись протезы из полтетрафторэтилена (ПТФЭ) различного диаметра. В 10 случаях, при распространении опухолевого тромбоза НПВ до уровня основных печеночных вен или выше нами использовалась методика экстракорпорального ве-

но-венозного шунтирования. В послеоперационном периоде умерло 2 пациента из 23 (9,7%). Ни в одном случае нами не отмечено развития тромбоза НПВ после проведенного вмешательства.

Выводы: Вращание опухоли забрюшинного пространства в НПВ не является противопоказанием к оперативному лечению. Восстановление целостности НПВ после радикального удаления образования и резекции участка НПВ может быть обеспечена различными вариантами пластических операций, включая линейное протезирование протезом из ПТФЭ или аортальным гомографтом, пластику заплатой.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ: ЛЕЙОМИОСАРКОМА НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ У ДВУХ ПАЦИЕНТОК

**Зотов С.П., Пышкин С.А., Уфимцев М.С., Щербаков А.В., Никитин А.Р., Сафуанов А.Х.,
Мальшев М.Ю., Муравьев Д.В., Конашов А.Г.**

*Отделения сосудистой хирургии и урологии, «ЦХП и ПЖ», ГКБ № 8,
ООО «Центр хирургии сердца» г. Челябинск, Россия*

Лейомиосаркома нижней полой вены – это редко встречающаяся опухоль нижней полой вены. Впервые данные о лейомиосаркоме нижней полой вены упоминаются в работе немецкого врача L.Perl (1871), который обнаружил опухоль при вскрытии. Первый опыт хирургического лечения данной патологии появляется лишь спустя 60 лет в работе E.Melchior'a. На сегодняшний день в литературе описано чуть больше 300 случаев наблюдения данного заболевания. Наибольшим опытом обладают Hollednbeck (25 пациентов за 20 лет) и Kieffer (22 пациента за 20 лет). В большинстве случаев, работы, посвященные ЛейНПВ, являются обзорами единичных клинических случаев (ввиду редкости и уникальности рассматриваемой проблемы). Мы представляем наш опыт хирургического лечения и последующего наблюдения 2х пациенток с Лейомиосаркомой нижней полой вены: одной из них на момент поступления исполнилось 34 года, второй 47лет. Это соответствует данным мировой литературы (в основном патология встречается у женщин на 4-6 декадах жизни). Пациентки дообследованы (общеклиническое дообследование, каваграфия, МСКТ, МРТ) и оперированы. В обоих случаях выполнено удаление опухоли забрюшинного пространства с резекцией участка НПВ. В первом случае резекция НПВ сопровождалась левосторонней гемигепатэктомией. Резецированный участок НПВ пластирован в первом случае аортоальным гомографтом, во втором случае выполнено протезирование НПВ и правой почечной вены протезом из ПТФЭ. В послеоперационном периоде проводилась антикоагулянтная терапия по стандартной схеме. Время наблюдения первой пациентки составляет 5 лет, второй пациентки – 1 год.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН В УСЛОВИЯХ ГКБ № 8

Зотов С.П., Щербаков А.В., Кугеев А.Ф., Уфимцев М.С., Семашко Т.В., Косарев М.О.

Отделение хирургии сосудов, ГКБ № 8, г. Челябинск, Россия.

Введение: Варикозное расширение вен – одно из самых распространенных заболеваний периферических сосудов, которым страдают более половины взрослого населения современных мегаполисов. Проявления этой болезни характеризуется широким спектром снижения качества жизни, начиная от эстетической проблемы и заканчивая тяжким недугом в виде трофических нарушений. Высокая травматичность открытых хирургических вмешательств при варикозном расширении вен нижних конечностей побудили современный мир к разработке и внедрению инновационных методов лечения, таких как эндовазальные методики - радиочастотная облитерация и эндовенозная лазерная коагуляция. Метод радиочастотной облитерации магистральных стволов варикозно расширенных вен заключается в интравазальном термолизе, осуществляемом при помощи системы Closure Vein Treatment System (VNUS). Дозированное термическое

воздействие вызывает повреждение белков сосудистой стенки, не нарушая целостность последней.

Цель работы: Показать динамику применения малоинвазивных методик лечения варикозного расширения вен на примере ОХС ГКБ №8.

Материалы и методы: Данная методика применяется в отделении хирургии сосудов ГКБ №8 (г. Челябинск) с 2013 года. Всего за период существования отделения было проведено более 7000 операций по поводу варикозного расширения вен нижних конечностей. За 2013 год выполнено 51 эндовазальное вмешательство, при этом число открытых операций составляло 195, что в процентном соотношении составляет (20,7% к 79,3% соответственно). В 2014 году число миниинвазивных процедур возросло и составляло 176 к 105 открытым процедурам (62,6% к 37,4%) За 2015 год радиочастотных облитераций выполнено 166, открытые операции - 115 (59% к 41%).

Выводы: Новая методика безоперационного лечения варикозного расширения вен нижних конечностей уверенно заняла лидирующую позицию по отношению к стандартному открытому хирургическому лечению. РЧА выгодно отличается от открытого оперативного лечения значительно меньшей травматичностью, отсутствием необходимости в анестезиологическом пособии, отсутствием гнойных осложнений со стороны раны, уменьшением сроков госпитализации и ранней реабилитацией пациентов.

РОЛЬ РАННЕЙ КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ СОСУДИСТОГО ДОСТУПА У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Зотов С.П., Щербаков А.В., Уфимцев М.С., Кугеев А.Ф., Семашко Т.В.

Отделение хирургии сосудов, МУЗ ГКБ №8, г. Челябинск, Россия

Актуальность. В настоящее время значительно выросло количество пациентов, получающих лечение программным гемодиализом. Для поддержания жизни больных с ХБП методом гемодиализа требуется пристальное внимание за состоянием сосудистого доступа. Качество диализа во многом определяется адекватным сосудистым доступом (СД). Но длительное его существование может приводить к специфическим осложнениям, требующих проведения повторных реконструктивных операций. Количество, сложность и объем таких вмешательств постоянно растут. Но, к сожалению, не так часто удается вовремя выяснить причины осложнений для ранней коррекции сосудистого доступа.

Материалы и методы. В период с ноября 1993г. по март 2015г. произведено 194 вмешательств по поводу различных осложнений ранее сформированного сосудистого доступа (СД). По поводу тромбоза СД выполнено 177 операций. В 96 случаях произведена тромбэктомия из нативной АВФ, в 44 случаях – из имплантированного протеза. Выполнено 13 операций по формированию нового соустья выше стеноза области анастомоза или тромбированного аневризматически расширенного сегмента АВФ (при сохраненном просвете артериализованной подкожной вены). В 22 случаях была произведена замена участка венозного сегмента СД на фрагмент протеза или имплантации дополнительной вставки к ранее имплантированному протезу из-за развившегося продленного стеноза. В 2-х случаях иссечен локальный стеноз с анастомозом «конец в конец». В отделении выполнено 11 операций по поводу кровотечения из сосудистого доступа. В 2 случаях оно развилось из раны после формирования первичного доступа на предплечье и было остановлено тщательным гемостазом. В 9 случаях кровотечение возникло после или во время выполнения программного гемодиализа. У 3 больных был ушит дефект аутовенозного трансплантата, у 3 пациентов произведена замена части имплантированного протеза, у 2-х - прошивание дефектов артериализованной подкожной вены, у одной больной произведено закрытие сосудистого доступа с формированием новой артериовенозной фистулы. Выполнено 6 операций по поводу инфицирования протеза при неэффективности местной и общей противовоспалительной терапии. У двух больных в раннем послеоперационном периоде была заменена заведомо инфицированная центральная часть протеза с формированием нового анастомоза с артерией, у 4 пациентов выполнено полное иссечение протеза с созданием нового сосудистого доступа. Оперативные пособия в отделении с 1997г. проводятся с использованием пре-

цизионной техники и микрохирургического сосудистого инструментария. Постоянно проводится интраоперационная антибиотикопрофилактика, а если необходимо – кратковременная антибиотикотерапия.

Выводы. Необходима четкая взаимосвязь ангиохирургов, врачей отделений гемодиализа и пациентов в том числе для своевременного выявления и устранения причин неадекватного функционирования сосудистого доступа. Также мы считаем, что надо постоянно проводить обучение среднего медицинского персонала для адекватной пункции СД.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ СТЕНОЗЕ ВСА В СОЧЕТАНИИ С ОККЛЮЗИЕЙ КОНТРАТЕРАЛЬНОЙ СТОРОНЫ

**Зотов С.П., Щербаков А.В., Уфимцев М.С., Косарев М.О., Семашко Т.В.,
Муравьев Д.В., Конашов А.Г.**

Отделения сосудистой хирургии ГКБ № 8, г. Челябинск

Ежегодно в мире ОНМК переносят около 6 млн человек; в России более 500 тысяч, при этом повторно переносят инсульт около 100 тыс. человек. Большая часть ОНМК носят ишемический характер, среди которых около 70% обусловлены поражением экстракраниальных БЦА. Особую группу больных представляют пациенты с окклюзией одной из внутренних сонных артерий и гемодинамически значимым стенозом противоположной стороны.

Цель исследования: Показать опыт использования временного внутрипросветного шунта при реконструкции стеноза ВСА, сочетающегося с окклюзией противоположной стороны.

Материалы и методы: За период с 2006 по 2015 годы в ОХС ГКБ №8 было выполнено более 700 реконструкций внутренних сонных артерий. Оперативное вмешательство выполнялось при выявленном гемодинамически значимом сужении просвета внутренних сонных артерий. У 39 пациентов была зарегистрирована окклюзия одной из внутренних сонных артерий в сочетании с гемодинамически значимым стенозом контрлатеральной стороны. Диагноз подтверждался сочетанием исследований УЗДС ВДА + ЦАГ (МСКТ БЦА). Все пациенты были оперированы, 27 пациентам выполнена каротидная ЭАЭ, 7 - протезирование ВСА, 5 - резекция ВСА с низведением (имелось сочетание стеноза ВСА с извитостью). В абсолютном большинстве случаев (33) нами устанавливался временный внутрипросветный шунт (использовался шунт модификации Pruitt-Inahara). В 6 случаях принято решение воздержаться от установки шунта. Критерием этому служил удовлетворительный ретроградный кровоток (выполнялось прямое измерение АД в пересеченной ВСА, разница ретроградного кровотока ВСА и САД составляла менее 40мм рт ст). Использование ВВШ позволяло сократить общее время пережатия ВСА до 6,7 минуты в среднем. Среднее время работы ВВШ составило 29 минут. При этом интраоперационный инсульт отмечен у одного пациента, что составило 2,5% от общего числа прооперированных больных.

Выводы: При наработке опыта, установка ВВШ становится безопасной процедурой. При этом она надежно защищает пациента от осложнений в виде интраоперационного острого нарушения мозгового кровообращения, вследствие гипоперфузии головного мозга. Что особенно важно у пациентов при стенозе ВСА в сочетании с окклюзией контрлатеральной стороны.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА В ХИРУРГИИ РАЗРЫВОВ АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ

Иваненко А.А., Пшеничный В.Н., Гайдаш Л.Л., Дюба Д.Ш., Розин Ю.А.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, г. Донецк, ДНР

Разрывы аневризм брюшной аорты – один из наиболее сложных и драматических разделов сосудистой хирургии. Послеоперационная летальность остаётся высокой, достигая 60 – 90%, а многие вопросы хирургической тактики до конца не решены.

Цель исследования: на основе собственного опыта лечения разорвавшихся аневризм брюшной аорты поделиться некоторыми тактическими и техническими особенностями, направленными на снижение риска операции и улучшение её результатов.

Материал и методы: в Донецком сосудистом центре за период 1995 – 2015 гг. оперировано 190 больных с разрывом аневризмы брюшной аорты в возрасте от 37 до 83 лет. Средний возраст – 67,9 года. Мужчин было 168, женщин – 22, соотношение 8:1. 92,6% больных страдали различными сопутствующими заболеваниями, среди которых наиболее частыми были гипертоническая болезнь (66,8%) и ИБС (61,2%). В состоянии геморрагического шока поступило 108 (56,8%) больных. Сроки госпитализации от момента заболевания колебались от 3 часов до 3 месяцев. 49% больных поступили в срок свыше 24 часов и 14,1% - свыше 7 дней. Больным выполнены следующие операции: протезирование аорты - 61, аорто-подвздошное протезирование (АПП) - 39, аорто-подвздошно-бедренное протезирование (АПБП) - 13, аорто-бедренное протезирование (АБП) - 73, другие - 4.

Результаты операций: умерло после операций 89 (46,8%) больных. Причинами летальных исходов были: массивная дооперационная и интраоперационная кровопотеря - 56, острая сердечно-сосудистая недостаточность - 8, пневмония - 6, полиорганная недостаточность - 6, осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта - 8, другие причины - 5.

Обсуждение: Основной причиной смерти больных с разрывом аневризмы является массивная дооперационная и интраоперационная кровопотеря. Остальные причины тоже в той или иной степени связаны с нею. На первый фактор мы повлиять не можем, поэтому все усилия оперирующих хирургов и анестезиолога должны быть направлены на предупреждение кровотечения и снижение кровопотери во время операции. Анализ показал, что наиболее частыми причинами интраоперационных кровотечений были: локализация разрыва у верхнего полюса аневризмы, повреждение вен (левой почечной, нижней полой, подвздошных и поясничных), нарушение свёртываемости крови (ДВС-синдром) вследствие массивной дооперационной кровопотери. Как известно, ключом и первым этапом операции при разрыве аневризмы аорты считается быстрое выделение аорты над аневризмой и наложение зажима на неё. В большинстве случаев мы так и поступаем, особенно при продолжающемся кровотечении из разрыва. Но при локализации разрыва у верхнего полюса, если в момент операции кровотечения нет, то при попытке выделить аорту над аневризмой оно, как правило, возникает из-за ликвидации тампонирующего эффекта гематомы. Профузное кровотечение резко усложняет все последующие этапы операции. Поэтому, если по данным УЗИ или по преимущественному расположению гематомы предполагаем разрыв у верхнего полюса, и кровотечения в момент операции отсутствует, начинаем операцию с выделения подвздошных артерий и бифуркации аорты и определяемся с методом операции. Если предполагается аорто-бедренное протезирование, то после выделения бифуркации аорты выделяем бедренные артерии, затем переднюю стенку аневризмы и в последнюю очередь аорту над аневризмой. При возникновении кровотечения из разрыва остаётся только пережать аорту, т.к. вся предварительная работа по выделению сосудов уже выполнена, на них легко наложить клеммы. При аневризматической трансформации подвздошных артерий, что встречается у трети больных, ретроградный кровоток из них можно прекратить, предварительно введя в них катетеры Фолея через бедренные артерии. При больших затруднениях в наложении зажима на аорту прижимаем её рукой к позвоночнику, быстро вскрываем аневризму, вводим катетер Фолея в аорту, раздуваем его и фиксируем в этом положении, перекрывая таким образом центральный кровоток. При этом, как правило, прикрываются и устья почечных артерий, поэтому время наложения проксимального анастомоза ограничено 30 – 40 минутами. При распространении аневризмы на подвздошные артерии или сочетании с большой аневризмой подвздошной артерии целесообразно расширить доступ перпендикулярно вправо или влево с пересечением прямой мышцы живота. При наличии технических условий, аневризму подвздошной артерии можно выключить, лигировав в устье общую и дистальнее аневризмы – наружную (или общую бедренную) артерии.

Мерами, предупреждающими повреждения вен, считаем выделение только передней и боковых стенок аневризмы, аорты и подвздошных артерий, без выделения задних стенок, осторожное выделение левой почечной вены с пересечением яичковой (яичниковой) и надпочечниковой вен при субренальных аневризмах, внутримешковое протезирование. Повреждение левой почечной вены обычно случается при высоких субренальных или юкстаренальных аневризмах, когда в условиях профузного кровотечения приходится практически вслепую накладывать зажим

на аорту. Иногда для доступа к аорте приходится левую почечную вену пересечь. С такой ситуацией мы встретились трижды. В одном случае вену сшили, в двух других – перевязали без каких-либо отрицательных последствий для больного. Так что в безвыходных ситуациях возможен такой вариант. При повреждении других вен использовали тефлоновые прокладки, сальник, другие близлежащие ткани. При повреждении общей подвздошной вены для доступа к ней однажды пересекли подвздошную артерию, т.к. предполагалось аорто-бедренное протезирование.

Другими мерами снижения интраоперационной кровопотери являются: использование непромокаемых протезов, реинфузия крови аппаратом Cell Saver, обеспечение операции достаточным количеством консервированной крови, свежзамороженной плазмы, кровезаместителей и гемостатических препаратов, выполнение операции наиболее квалифицированной бригадой хирургов и анестезиологов в условиях сосудистого центра и высококвалифицированной реанимации. По хирургическим канонам больные с разрывом аневризмы аорты считаются нетранспортабельными, однако, попытки оперировать их в районах в условиях общехирургических отделений сопровождались почти 100-процентной летальностью. Наш опыт транспортировки 81 больного из районов области убедил нас, что при стабильной гемодинамике эти больные транспортабельны. Ни один больной в дороге не умер. В период шока больные нетранспортабельны, поэтому рекомендуем на местах проводить противошоковые мероприятия и после стабилизации гемодинамики транспортировать их в сосудистый центр. Вопрос о транспортабельности решает приглашенный на консультацию сосудистый хирург. 19-ти больным в районе была выполнена лапаротомия с подозрением на острый живот или внутрибрюшное кровотечение. После выведения из наркоза их также транспортировали в сосудистый центр. Операцию считаем показанной всем больным, дожившим до операционного стола. Наиболее опасный период для больного – период вводного наркоза. По данным В.Л. Леменёва и соавт.(2004) в этот период погибло 19,9% больных. Поэтому рекомендуем перед операцией проводить надёжную премедикацию или доставлять больных в операционную в состоянии наркозного сна.

Выводы: основной причиной неблагоприятных исходов при разрыве аневризмы брюшной аорты является массивная дооперационная и интраоперационная кровопотеря.

Ряд тактических и технических приёмов позволяют уменьшить интраоперационную кровопотерю и таким образом улучшить результаты лечения этой тяжёлой категории больных.

ДИНАМИКА МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОСТРОМ ИЛИ ОФЕМОРАЛЬНОМ ФЛЕБОТРОМБОЗЕ ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ И ОБРАТИМОЙ АГРЕГАЦИИ ЭРИТРОЦИТОВ

Ивченко О.А., Ивченко А.О., Семичев М.А., Беляев А.Н., Савельев И.О., Шведов А.Н.

Сибирский Государственный Медицинский Университет, г. Томск, Россия

Цель исследования изучение морфофункционального состояния эритроцитов капиллярной крови поражённой конечности при остром илиофemorальном флеботромбозе и выявление степени коррекции его комплексной терапией. Исследование проведено у 20 здоровых добровольцев и 70 больных с острым илиофemorальным флеботромбозом. Возраст больных колебался от 18 до 74 лет. Из них - 49 женщин и 21 мужчин. Для определения обратимой агрегации эритроцитов (ОАЭ) использован фотометрический метод в микрокувете по Р.Т. Тухватуллин. В основу определения прочности эритроцитарных агрегатов положен принцип прочности агрегатов, характеризующийся величиной напряжения сдвига, необходимой для полной дезагрегации эритроцитов. Степень дезагрегации контролируется фотометрированием и микроскопированием. Поверхностную архитектуру эритроцитов в периферической крови изучали методом сканирующей электронной микроскопии. Образцы готовили по методике Г.И. Козинца. Выделено 9 различных типов эритроцитов (дискоцит, дискоцит с одним выростом, дискоцит с гребнем, дискоцит с множественными выростами, эритроциты в виде «тутовой ягоды», куполообразные эритроциты, сферические эритроциты, эритроцит в виде спущенного мяча, дегенеративно изменённые эритроциты). Полученные образцы изучали в сканирующем микроскопе «IEM-100» со сканирующей приставкой AIED 4D (Япония).

Данные исследований свидетельствуют о значительном усилении ОАЭ у больных с острым илиофemorальным флeботромбозом ($I_0=45,2\pm 11,4B$; $I_d=105,3\pm 17,3$). Характерной особенностью заболевания служило значительное увеличение как минимальной (I_0 , $N=12,7\pm 3,65B$), так и максимальной (I_d , $N=48,8\pm 7,9B$) прочности агрегатов эритроцитов. Отмечено после комплексной коррекции статистически достоверное снижение как I_0 , так и I_d , что указывало на изменение реологии крови в сторону нормализации.

Результаты электронно-микроскопического исследования периферической крови здоровых добровольцев и больных с острым илиофemorальным флeботромбозом представлены в таблице №1.

Отмечается четкое перераспределение клеток в отдельных морфологических группах. На этом фоне более чем в 2 раза возрастало количество эллипсоидных и имеющих плоский диск эритроцитов. Увеличились более чем в 5 раз дегенеративные формы эритроцитов, более чем в 2 раза возрастало количество сферических форм. На фоне сниженного общего количества дискоцитов возрастало число переходных форм эритроцитов, способных к обратной трансформации. Содержание куполообразных и дегенеративно измененных форм эритроцитов возрастало пропорционально стадии патологического состояния системы регуляции агрегатного состояния крови (РАСК). Данные анализа эритроцитов условно здоровой ноги больного также претерпевали изменения, но они были незначительны и статистически недостоверны (таблица №1).

Таблица №1

Характеристика морфологических форм эритроцитов здоровых добровольцев и больных с острым илиофemorальным флeботромбозом по данным электронной сканирующей микроскопии

| показатели формы эритроцитов (%) | здоровые n=20 | больные n=70 здоровая нога | больные n=70 больная нога |
|----------------------------------|---------------|----------------------------|---------------------------|
| дискоциты | 80,71±0,52 | 79,12±0,37 | 70,13±0,35 (13,1%) |
| эллипсоидные эр. | 1,53±0,14 | 1,68±0,15 | 2,71±0,12 |
| плоский диск | 1,03±0,12 | 1,18±0,13 | 2,12±0,11 |
| эритроциты с одним выростом | 4,97±0,17 | 4,83±0,14 | 4,46±0,31 |
| эр. с гребнем | 4,65±0,29 | 4,53±0,31 | 3,75±0,24 |
| эр. с множ. выростами | 1,78±0,16 | 1,85±0,21 | 2,51±0,18 |
| сферические эр. | 1,87±0,10 | 2,12±0,11 | 4,63±0,12 |
| эр. в виде «тутовой ягоды» | 0,60±0,04 | 0,71±0,08 | 1,43±0,59 |
| куполообразные эр. | 1,7±10,07 | 1,83±0,09 | 2,72±0,08 |
| дегенеративные формы | 0,48±0,05 | 0,56±0,08 | 2,67±0,12 |
| эр. в виде спущенного мяча | 0,58±0,07 | 0,63±0,07 | 1,34±0,9 |

Заключение.

1. Острый илиофemorальный флeботромбоз приводит к усилению агрегации эритроцитов с появлением большого количества дегенеративных форм.
2. Комплексная консервативная терапия вызывает снижение агрегационной активности и приводит к увеличению количества дискоцитов.

**РЕЗУЛЬТАТЫ НЕПРЯМЫХ МЕТОДОВ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ
В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

**Йовбак В.М., Береговая Н.М., Воронкова О.А., Потапенков М.А., Алексанян Г.М.,
Алтынников А.С., Воронков Д.Е.**

*Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения Республики Крым
«Республиканская Клиническая Больница им. Н.А. Семашко», отделение сосудистой хирургии,
г. Симферополь, Россия.*

Введение: Нестандартные реваскуляризирующие операции применяются у больных с окклюзионными заболеваниями артерий нижних конечностей при невозможности проведения

прямых реваскуляризирующих методов лечения. Наиболее известные методы непрямой реваскуляризации – реваскуляризирующая остеотрепанация костей голени и стопы по Зусмановичу Ф.Н. (1998 г.), аутомиелотрансплантация в мягкие ткани голени, туннелирование мышечной ткани поражённой конечности по Коровину А.Я. (2014 г.)

Материалы и методы: под нашим наблюдением за период с 1995 по 2015 годы находилось 115 человек, из них с облитерирующим атеросклерозом – 75 (65%) человек, с эндартериитом – 25 (21%), с диабетической ангиопатией в сочетании с облитерирующим атеросклерозом подколенно-берцовых сегментов – 15 (13%), мужчин 75 (65%), женщин 40 (35%) человек.

Все больные имели хроническую артериальную недостаточность ПБ-III ст. по классификации Фонтейна-Покровского. Непрямая реваскуляризация выполнялась после этапов санации очагов гнойно-некротического поражения дистальных отделов стоп.

В группе больных облитерирующим атеросклерозом 55(73%) больным выполнена непрягая реваскуляризация после ранее выполненных реконструктивных операций на бедренно-подколенном сегменте, у 20 (26%) больных в связи с невозможностью выполнения реконструктивных операций из-за отсутствия путей оттока в подколенно-берцовом сегменте.

В группе больных с эндартериитом в 2-х случаях (8%) операция выполнена после неэффективных прямых методов реваскуляризации в бедренно-подколенном сегменте, в 23 –х случаях (92%) непрягая реваскуляризация являлась единственно возможным методом хирургического лечения, из них у 10 (43%) больных непрягая реваскуляризация сочеталась с поясничной симпатэктомией.

В группе больных с диабетической ангиопатией в сочетании с облитерирующим атеросклерозом подколенно-берцовых сегментов проводились экономных ампутации стопы в сочетании с непрягой реваскуляризацией и инфузиями препаратов группы простагландинов F1.

Реваскуляризирующая остеотрепанация проводилась по модифицированной методике Зусмановича Ф.Н. Остеотрепанацию выполняли при помощи ортопедических спиц. Из одного доступа выполнялось наложение 3-4 трепанационных отверстий. Операция выполнена 5 (6.6%) больным с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей. Остальным пациентам выполнялась аутомиелотрансплантация в ткани голени и стопы. Аутомиелотрансплантация в ткани голени и стопы выполнялась по стандартной методике.

Результаты и их обсуждение: применение вышеописанных методик у всех больных снизило клинические проявления заболеваний и улучшило микроциркуляцию.

У пациентов уменьшился болевой синдром, увеличилась дистанция безболевого ходьбы, у всех больных уменьшились трофические нарушения, в виде локализации их в дистальных фалангах пальцев стоп, отсутствию прогрессирования некробиотических изменений в тканях. Высоких ампутаций в раннем послеоперационном периоде не было ни у одного больного. Средняя длительность стационарного лечения составляла 12/+ 0.2 койко-дня. Осложнений в раннем послеоперационном периоде не было. При сроках наблюдения пациентов до 5 лет высокие ампутации конечностей выполнены 25 (33.3%) больным с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, 12 (48%) больным с эндартериитом, 2 больным с диабетической ангиопатией.

Выводы: 1. По нашему мнению наилучшие результаты лечения больных с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей с ХАН ПБ-III стадии имеет аутомиелотрансплантация в сочетании с поясничной симпатэктомией.

2. При диабетической ангиопатии сосудов нижних конечностей сочетание аутомиелотрансплантации и внутривенных инфузий простагландинов F1.

3. У больных с эндартериитом результаты непрягих методов реваскуляризации были наилучшими.

**АНГИОАРХИТЕКТОНИКА «ПУТЕЙ ОТТОКА» У ПАЦИЕНТОВ
С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИЕЙ АРТЕРИЙ НИЖЕ
ПАХОВОЙ СВЯЗКИ, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
И КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ**

Казаков А.Ю., Герасин А.Ю.

Кафедра сердечно-сосудистой хирургии Медицинский университет, г. Тверь, РФ

Цель работы: Изучить особенности поражения артерий голени и стопы у больных с атеросклеротической окклюзией бедренно-подколенного сегмента, III-IV степени ишемии, и сахарным диабетом 2 типа, влияющие на тактику хирургического лечения.

Материал и методы: Состояние дистального артериального русла изучено у 96 больных с атеросклеротическим поражением магистральных артерий ниже паховой связки. Проведено комплексное обследование магистральных артерий нижних конечностей на основании дигитальной ангиографии, ультразвуковой доплерографии, ультразвукового дуплексного сканирования. III степень хронической ишемии нижних конечностей наблюдалась у 38 человек (39,5,3%), IV степень – у 58 (60,4%).

Результаты: Выявлено, что у всех обследованных пациентов в той или иной степени тяжести имеет место поражение берцовых артерий. Поражение тиббио-перонеального ствола преимущественно в виде стенозирующего процесса имеет место в 59,3%. Наиболее часто регистрируется поражение передней большеберцовой артерии в 88,5% и задней большеберцовой артерии – 90,6% с наличием тяжелого окклюзионного поражения у более половины пациентов. Малоберцовая артерия имеет окклюзионно-стенотическое поражение в 64,5% случаев. Только у 46,8% больных диагностирована проходимая подколенная артерия. Оценивали состояние межберцовых анастомозов в нижней трети голени, которые играют значительную роль в коллатеральном кровообращении стопы. Функционирование их регистрировалось у 79,2% больных. Состоятельная плантарная дуга диагностирована у 81,2% пациентов.

Выводы: У пациентов с атеросклеротической окклюзией бедренно-подколенного сегмента, критической ишемией и наличием сахарного диабета 2 типа регистрируется тяжелое поражение магистральных артерий голени, при наличии проходимости их в нижней трети. В коллатеральном кровоснабжении стопы существенную роль играют дистальные межберцовые анастомозы. Выбор оптимального вида реконструктивной операции необходимо проводить на основании комплексной оценки следующих факторов: анатомических вариантов поражения берцовых артерий, состояния межберцовых анастомозов и артерий стопы.

**ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ
БРАДИАРИТМИЯМИ, ПРИ НАЛИЧИИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО
АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ**

Казаков А.Ю., Нефедов В.И., Соколова Н.Ю.
ГБУЗ ОКБ, г. Тверь, Россия

Цель. Выработать оптимальную тактику хирургического лечения больных с хроническими брадиаритмиями, при наличии мультифокального атеросклеротического поражения.

МЕТОДЫ. Обследовано 160 больных с хроническими брадиаритмиями (АВ блокада у 102, синдром слабости синусового узла (СССУ) – у 58, средний возраст 58,6±6,2 лет). Имплантация однокамерного электрокардиостимулятора (ЭКС) выполнена у 52, двухкамерного – у 108 пациентов. Проводился УЗДГ, УЗДС брахиоцефальных и артерий нижних конечностей, эхокардиография. У 56 человек с ИБС 3–4 функционального класса выполнялась коронарография.

Результаты. У 69 (43,1%) пациентов с брадиаритмиями выявлено атеросклеротическое поражение внутренней сонной артерии (ВСА). Стеноз более 70% - у 17 (24,6%) больных, стеноз 40–50 % - у 26 (37,7%), стеноз до 30% был у 20 (28,9%), утолщение комплекса интима-медиа у 6 (8,7%). У 6 больных выявлены по КТ проявления перенесенного ишемического инсульта. По данным коронарографии у 6 (10,7%) больных было однососудистое, у 29 (51,8%) двухсосуди-

стое, у 16 (28,6%) - трехсосудистое поражение коронарных артерий. Лишь у 5 пациентов (8,9%) из обследованных значимого поражения коронарных артерий не выявлено. По данным УЗДС у 42 (26,25%) имело место поражение магистральных артерий нижних конечностей. Поражение аорто-подвздошного сегмента- у 13 (8,1%), бедренно-подколенного – у 28 (17,5%) и артерий подколенно-берцового сегмента- у 16 (10%). ПБ степень хронической ишемии нижних конечностей наблюдалась у большинства обследованных- 34 (81%), III степень - у 8 человек (19%). У больных с I-II ФК ИБС в сроки от 1 недели до 1 мес. после имплантации ЭКС проведены реконструктивные операции на сонных артериях: каротидная эндартерэктомия-9 человек (у 7- по эверсионной, у 2- по “классической” методике), стентирование общей и внутренней сонной артерии- 5 больных. При наличии ИБС 3-4 ФК и наличии одно-двухсосудистого поражения коронарного русла первым этапом выполняли коронарное стентирование (9 пациентов). Проведение коронарной ангиопластики позволило в короткие сроки ($0,8 \pm 0,4$ мес) выполнить второй этап – реконструкцию брахиоцефальных артерий. Каротидная эндартерэктомия проводилась под регионарной анестезией. При наличии трехсосудистого поражения коронарных артерий первым этапом выполнялась каротидная эндартерэктомия (у 3 пациентов), а далее в сроки 1-2 мес у 6 пациентов выполнено коронарное шунтирование. Третьим этапом выполнялась реваскуляризация нижних конечностей.

Выводы. При планировании тактики хирургического лечения больных с брадиаритмиями следует принимать во внимание наличие ведущего клинически значимого синдрома: имплантацию электрокардиостимулятора с последующим проведением каротидной эндартерэктомии, проведение реконструкции артерий нижних конечностей. При выявлении у пациента тяжелых форм ИБС необходимо решение вопроса о реваскуляризации миокарда.

ИЗМЕНЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ И ИХ ДИНАМИКА ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Казakov Ю.И., Евстифеева Е.А., Филиппченкова С.И., Иванова О.В.

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ МЗРФ, Россия

Патологическая деформация внутренних сонных артерий одно из заболеваний, сопровождающееся недостаточностью мозгового кровообращения и приводящее к развитию хронической сосудисто-мозговой недостаточности и с этим – нарушению когнитивных функций.

Нами произведена оценка когнитивных функций по монреальской шкале (MoCa-test) у 54 пациентов. По ее результатам лишь у одного пациента балл оказался в пределах нормы (пациент с III степенью ХСМН), у остальных был ниже признанных нормативных значений.

По результатам MoCA –Test (норма 26 баллов из 30), у пациентов с III степенью ХСМН средний балл составил $24,4 \pm 1,5$, при IV степенью ХСМН $19,9 \pm 1$.

Согласно монреальской шкале тесты были разделены на группы, оценивающие когнитивные функции по следующим функциям: исполнительные навыки, название, внимание, речь, абстракция, память, ориентация - выполнена их детальная оценка, при которой пациенты группы с III и IV степенями ХСМН сравнивались между собой и с максимальным количеством баллов в каждой группе тестов.

Исполнительные навыки страдали у пациентов обеих групп средний балл $4,7 \pm 0,28$ у пациентов с III и $3,7 \pm 0,32$ с IV степенями ХСМН из 5, у пациентов второй группы ($p < 0,05$), достоверно ниже нормы. По тестам группы « название» снижение балла в обеих группах были незначительны $2,9 \pm 0,17$ и $2,6 \pm 0,21$ из 3. Снижение внимания в обеих группах было значительно снижено $4,1 \pm 0,9$ и $2,6 \pm 0,4$ из 6 при III и IV степенях соответственно, причем различия были статистически достоверны ($p < 0,05$) как между группами, так и в сравнении с нормой. Количество баллов, характеризующих речь достоверно было ниже нормы ($p < 0,05$) у пациентов с IV степенью $1,4 \pm 0,3$, а вот у пациентов с III степенью достоверно не отличалось $2,3 \pm 0,4$ из 3. Абстракция в обеих группах нарушена незначительно $1,6 \pm 0,2$ и $1,4 \pm 0,38$ из 2. Память страдала в обеих группах, различия были достоверно значимы ($p < 0,05$), причем у пациентов с IV степенью ХСМН нарушения были более явными, однако при сравнении групп между собой, стати-

стически недостоверны ($p > 0,05$) $3,1 \pm 0,5$ и $2,6 \pm 0,34$ из 5 при III и IV степенях соответственно. Ориентация была нарушена в обеих группах незначительно $5,8 \pm 0,18$ и $5,3 \pm 0,24$.

Всем пациентам выполнены реконструктивные операции, после которых вновь произведена оценка когнитивных функций у 51 наблюдаемого.

По монреальской шкале у 26 пациентов с III степенью ХСМН наблюдалось повышение балла до нормы (26 и более) и лишь у одного пациента с IV степенью.

По результатам MoCA –Test (норма 26 баллов из 30), у пациентов с III степенью ХСМН средний балл составил $27,3 \pm 1,9$, при IV степени ХСМН $21,2 \pm 2,4$.

Достоверно значимые отличия выявлены при сравнении пациентов с III и IV степенями, а так же в группе с III степенью до и после оперативного вмешательства.

Через 3 месяца после оперативного вмешательства исполнительные навыки страдали у пациентов с III степенью ХСМН, но были близки к значению нормы, а вот у пациентов IV степени были достоверно ниже ($p < 0,05$) были незначительны $2,95 \pm 0,17$ и $2,6 \pm 0,21$ из 3. Снижение внимания наблюдалось в обеих группах, однако при III степени ХСМН недостоверно $4,7 \pm 0,09$ а при IV – степени отличался значительно $2,8 \pm 0,23$, различия были статистически достоверны ($p < 0,05$) как между группами, так и в сравнении с нормой. Количество баллов, характеризующих речь достоверно было ниже нормы ($p < 0,05$) у пациентов с IV степенью $1,5 \pm 0,28$, а вот у пациентов с III степенью достоверно приблизилось к норме $2,7 \pm 0,09$ из 3. Абстракция в обеих группах страдала незначительно $1,93 \pm 0,02$ и $1,6 \pm 0,24$ из 2. Память страдала в обеих группах, при III степени $4,1 \pm 0,08$ – достоверно значимых отличий от нормы не было а вот при IV- $2,7 \pm 0,12$ различия были достоверно значимы ($p < 0,05$), Ориентация была нарушена в обеих группах незначительно $5,9 \pm 0,06$ и $5,5 \pm 0,12$.

Таким образом выявлено, что до оперативного вмешательства у пациентов с III степенью ХСМН снижение балла по MoCA –Test было преимущественно за счет тестов, характеризующих память и внимание, а у пациентов с IV степенью данные функции страдали еще больше, а так же значимо нарушались исполнительные навыки и речь.

При сравнении результатов до и после операции выявлено достоверно значимое улучшение внимания и памяти у пациентов с III степенью ХСМН, хотя общее снижение балла по исследованию были в основном по этим параметрам. У пациентов с IV степенью достоверно значимого улучшения ни по одному параметру не выявлено, хотя общее повышение балла по монреальской шкале имеется.

Выводы: Патологическая деформация внутренних сонных артерий приводит к дефициту когнитивных функций по данным монреальской шкалы. Проведение реконструктивных операций приводит к их улучшению, особенно у пациентов не переносивших ишемический инсульт.

ГИБРИДНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ МНОГОУРОВНЕВОМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Калинин А.А., Кутырев О.Е., Ермилов Е.В., Сахаров А.Б., Тер-Акопян А.В., Носенко Е.М.

ФГБУ ЦКБ с поликлиникой УДП РФ, г. Москва, Россия

Цель работы: Хроническая ишемия нижних конечностей является одной из распространенных проблем сосудистой хирургии. Лечение этих пациентов занимает особое место в сосудистой хирургии, особенно при критической ишемии нижних конечностей. В арсенал лечения пациентов с заболеваниями сосудов входят открытые и эндоваскулярные оперативные вмешательства, при этом преимущества последнего метода являются очевидными: малая травматичность, ранняя активизация пациентов, способность выполнить операции у пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Однако при распространенном поражении артерий нижних конечностей все чаще стали выполняться сочетанные, так называемые, «гибридные операции», заключающиеся в одномоментном использовании открытых артериальных реконструктивных операций с эндоваскулярными процедурами (стентирование, баллонная ангиопластика и т.д).

Материалы и методы: С января 2013 по январь 2016 года на базе отделения сосудистой хирургии ФГБУ ЦКБ УДП РФ было выполнено 39 гибридных оперативных вмешательств. Операции выполнялись в операционной с использованием специализированной С-дуги Siemens Arcadis

Avantic. Средний возраст пациентов составил $67 \pm 5,6$ лет. По степени ишемии пациенты распределились следующим образом: 14 пациентов имели 2Б степень, 19 пациентов 3 степень и 6 пациентов 4 степень ишемии по А.В. Покровскому. У 37 пациентов выполнили стентирование подвздошных артерий с артериальной реконструкцией на нижних конечностях: в 9 случаях бедренно-глубокобедренное шунтирование, в 21 случае выполнено бедренно-подколенное шунтирование, в 7 случаях пластика бедренных артерий с использованием заплаты. Еще одному больному выполнена резекция аневризмы дистального анастомоза АББШ с баллонной ангиопластикой и стентированием почечной артерии. В одном случае у пациента с ожирением 2 ст. и окклюзией ОПА была предпринята попытка реканализации подвздошной артерии. В связи с неэффективностью восстановления кровотока этому пациенту выполнено аорто-бедренное шунтирование.

Результаты: У всех пациентов течение послеоперационного периода протекало без осложнений. Наблюдалось полное купирование явлений ишемии нижних конечностей. По данным контрольного ДС артерий н/конечностей отмечалось восстановление магистрального кровотока по реконструированным артериям. Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии.

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОЙ АОРТЫ

Калинин А.А., Кутырев О.Е., Ермилов Е.В., Сахаров А.Б., Тер-Акопян А.В., Носенко Е.М.

ФГБУ ЦКБ с поликлиникой УДП РФ, г. Москва, Россия

Актуальность работы: Несмотря на то, что первое в мире эндопротезирование аневризмы аорты было выполнено нашим соотечественником Н.Л.Володосем, еще в 1986 году, данная методика, в первую очередь, стала активно выполняться за рубежом. По данным Европейского Сосудистого и Эндоваскулярного Мониторинга (EVEN) в Европейских странах на долю эндопротезирования аневризмы аорты в 2009 г приходилось до 31%, при этом в таких странах Европы, как Германия, Италия, Франция, Англия в последние 2-3 года этот показатель достиг 70-80%. Отдельно следует подчеркнуть увеличение числа эндопротезирования аневризмы брюшной аорты у пациентов с выраженной сопутствующей патологией, когда выполнение открытой операции ставится под сомнение. В России в 2012 году соотношение открытых и эндоваскулярных операций при аневризме аорты составил 21%, при этом общее количество выполненных операций по поводу аневризмы аорты в десятки раз меньше по сравнению с количеством выполненных операций в США и странах Европы. Однако следует подчеркнуть неуклонный рост эндоваскулярных вмешательств при аневризме аорты в нашей стране. Так, при сравнении с 2010 годом отмечается увеличение количества эндопротезирований с 184 в 2010 до 329 в 2015, при этом соотношение открытых операций и эндопротезирований 12,2 и 21% соответственно. С каждым годом стент-графты и доставляющие устройства совершенствуются. Это позволяет проводить эндопротезирование более сложных аневризм, увеличиваются показания к лечению этой патологии. В частности, благодаря появлению в конструкции графтов элементов супраренальной фиксации, уменьшились длина шейки аневризмы (до 2,0 см) и ее ангуляция (до 75°).

Материалы и методы: эндопротезирование было выполнено у 10 пациентов с аневризмой брюшной аорты, 9 мужчин и лишь одной женщине. Средний возраст пациентов составил $74,2 \pm 6,4$ лет, при этом максимальный возраст 84 года, а наименьший составил 64 года. В проведении открытой операции этим пациентам было отказано или было сопряжено с крайне высоким операционным риском. Основным противопоказанием открытой операции была сопутствующая патология. На первом месте у всех 10 пациентов в анамнезе была ИБС, причем у 6 из них выявлен постинфарктный кардиосклероз и СН 2-3 ФК, при этом один пациент в анамнезе (2002 г) перенес АКШ, с декомпенсацией коронарного кровообращения на момент выявления аневризмы аорты. Из другой сопутствующей патологии был онкологический процесс у 3 пациентов: оперированный рак желудка у одного, предстательной железы у другого пациента и у третьего пациента в анамнезе было выполнено удаление менингиомы головного мозга. Тяжелая дыхательная недостаточность отмечена у 4 пациентов с аневризмой брюшной аорты. У двух пациентов было ожирение 3 ст с наличием сахарного диабета (тяжелого течения) у одного из них. Всем пациентам до операции были выполнены МСКТ, ДС брюшной аорты, подвздошных артерий и артерий нижних конечностей, на основании чего был проведен анализ возможности выполнения эндопротезирования. Всем пациен-

там было выполнено бифуркационное эндопротезирование Excluder фирмы GORE- у 5 пациентов и Endurant II фирмы MEDTRONIC у 5 пациентов. Операция выполнялась под эпидуральной анестезией с подготовкой пациента к возможной конверсии при осложненном течении эндопротезирования.

Результаты: У всех пациентов был проведен анализ раннего и отдаленного послеоперационного периода, который включал МСКТ и ДС зоны реконструкции перед выпиской (через 7 дней, а также через 1 месяц, 6 месяцев и год после операции). Максимальный срок наблюдения составил 3 года. Контрольная МСКТ и данные ДС в эти сроки не выявили к-либо изменений со стороны операции.

КОНЦЕНТРАЦИЯ МАРКЕРОВ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Калинин Р.Е., Сучков И.А., Пшенников А.С., Мжаванадзе Н.Д., Камаев А.А., Исаков С.А.

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия.

Цель: Оценить изменение концентрации матриксных металлопротеиназ (ММП-9, ММП-1) и тканевого ингибитора металлопротеиназ-1 (ТИМП-1), а также ионов магния (Mg^{2+}) как показателей дисплазии соединительной ткани, у пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей.

Методы: В исследование включено 110 человек. В основную группу вошли 90 пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей, которые были разделены на три подгруппы. Из них 30 пациентов (I группа) – с варикозной болезнью С2-С3 клинических классов, 30 пациентов (II группа) – с варикозной болезнью С4 клинического класса и 30 пациентов (III группа) имеющих трофические язвы (варикозная болезнь С5-С6 клинических классов). Контрольная группа - 20 здоровых добровольцев. Исследовались образцы периферической крови. Сыворотку получали центрифугированием при 3000 об./мин в течение 15 мин. Содержание в сыворотке крови ММП-9, ММП-1 и ТИМП-1 определяли с помощью лабораторных наборов Bender MedSystems методом количественного твердофазного иммуноферментного анализа. Концентрацию Mg^{2+} определяли колориметрическим методом. Основные и контрольная группы сопоставимы по полу и возрасту.

Результаты и их обсуждение: Дефицит магния приводит к увеличению числа дисфункциональных молекул тРНК, таким образом, снижая и замедляя общую скорость белкового синтеза. Следовательно, дефицит магния в соединительной ткани приводит к замедлению синтеза всех структурных молекул (включая протеогликаны, гликозаминогликаны, коллагены и эластин). Поскольку синтез структурных молекул, столь необходимых для восстановления соединительной ткани, замедляется, то процессы восстановления также тормозятся, и это приводит к ухудшению механических характеристик ткани. Магний способствует снижению уровня активности матриксных металлопротеиназ. Соответственно, дефицит магния может приводить к увеличению суммарной активности ММП и более агрессивной деградации коллагеновых волокон, что также ухудшает механическую прочность соединительной ткани. У пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей наблюдается снижение концентрации Mg^{2+} ($0,6 \pm 0,16$ ммоль/л при норме концентрации магния в сыворотке крови в соответствии с рекомендациями ВОЗ – $0,75-1,26$ ммоль/л). Минимальных значений она достигает у пациентов с С4-С6 классами заболевания ($0,52 \pm 0,09$ ммоль/л). В контрольной группе среднее значение концентрации Mg^{2+} составило $0,88 \pm 0,07$ ммоль/л. По данным исследования у 40 (71,4%) больных с варикозной болезнью нижних конечностей выявлены клинические признаки дисплазии соединительной ткани различной степени выраженности. Установлено, что у пациентов основной группы средний уровень ММП-9 в среднем в 2,5 раза выше по сравнению с контролем ($11,3 \pm 3,86$ нг/мл в основной группе и $4,5 \pm 1,32$ нг/мл в контрольной группе). Наибольший уровень ММП-9 наблюдается у пациентов с варикозной болезнью класса С5 ($14,5 \pm 1,7$ нг/мл). У пациентов с варикозной болезнью наблюдается повышение концентрации ММП-1 по сравнению с группой контроля ($7,4 \pm 1,76$ нг/мл и $4,8 \pm 1,23$ нг/мл соответственно). Необходимым условием функционирования физиологических процессов является поддержание равновесия между активностью ММП-1 и

их ингибиторами. ТИМП-1, известный как ингибитор коллагеназы фибробластов, является важным компонентом внеклеточного матрикса, его основная биологическая роль – поддержание баланса ММП-1 и ММП-9 в физиологических и патологических условиях. При варикозной болезни наблюдается дисбаланс между ММП и ТИМП в сочетании с прерыванием коллагеновых волокон, потерей эластина, а также пролиферацией, реорганизацией и миграцией гладкомышечных клеток в интиму. В стенках варикозно-расширенных вен гладкомышечные клетки теряют дифференцировку и способность к взаимодействию. Все эти факторы вносят вклад в дилатацию вен, релаксацию стенки и потерю венозного статуса. У больных с варикозным расширением подкожных вен нижних конечностей средняя концентрация ТИМП-1 составила $220,8 \pm 21,1$ нг/мл и имела тенденцию к повышению по сравнению с группой контроля ($154,2 \pm 14,3$ нг/мл).

Выводы:

1. Наибольший уровень матриксных металлопротеиназ отмечается у пациентов с кожными изменениями и трофическими язвами.
2. У пациентов с хронической венозной недостаточностью отмечается дефицит ионов магния.

**ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ
С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ
ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

Калинин Р.Е.¹, Грязнов С.В.^{1,2}

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия (1)

ГБУ РО «Областной клинический кардиологический диспансер», отделение сосудистой хирургии г. Рязань, Россия (2)

В работе представлены два метода оценки функции эндотелия: компьютерный анализ объемной пульсовой волны с помощью фотоплетизмографа «Эльдар» с вычислением показателя функции эндотелия (ПФЭ) и синхронное определение уровня оксида азота при лечении ХВН, осложненной трофическими язвами.

В исследование вошли 80 пациентов, представленных в двух группах, с варикозной болезнью (40) и реканализованной формой посттромбофлебитической болезни (40) с трофическими язвами (С5-С6 классы по СЕАР). В качестве метода стимуляции функции эндотелия в первой группе проводился предоперационный курс пневмокомпрессии (ППК), флебэктомия. Во второй группе в дополнение проводилось дозированное сужение бедренной вены по П.Г. Швальбу. Предположительно все вмешательства были направлены на стимуляцию функции эндотелия, что могло повлиять на заживление трофической язвы. Измерялся базальный уровень показателя функции эндотелия (ПФЭ) по данным фотоплетизмографа (V1) и реальным биохимическим показателям содержания оксида азота в крови (V1(NO)). Те же измерения проводились по окончании ППК (V2, V2(NO)) и в послеоперационном периоде (V3, V3 (NO)) на 8-ые сутки после операции.

Динамика содержания оксида азота (NO) (мкмоль/л) представлена в таблице (мкмоль/л, $p < 0,05$):

| | ПТФС С5-С6 | ВРВ С5-С6 |
|---------|------------------|------------------|
| V1 (NO) | $73,47 \pm 0,77$ | $81,68 \pm 0,72$ |
| V2(NO) | $75,51 \pm 0,38$ | $86,05 \pm 0,84$ |
| V3(NO) | $88,46 \pm 0,68$ | $87,45 \pm 0,78$ |

Динамика показателя функции эндотелия (ПФЭ) представлена в таблице (%), $p < 0,05$):

| | ПТФС С5-С6 | ВРВ С5-С6 |
|----|---------------|-----------------|
| V1 | $-3 \pm 0,28$ | $-8,5 \pm 0,57$ |
| V2 | $-1 \pm 0,31$ | $-2,5 \pm 0,54$ |
| V3 | $3 \pm 0,69$ | $2 \pm 0,65$ |

Анализируя результаты компьютерной фотоплетизмографии с вычислением показателя функции эндотелия (ПФЭ) и одновременного определения уровня оксида азота у пациентов при лечении ХВН, осложненной трофическими язвами, мы попытались выявить общие закономерности в виде:

1. На фоне проводимой предоперационной подготовки и последующего оперативного лечения ПФЭ и содержание NO повышаются в обеих группах.

2. Компьютерная фотоплетизмография с расчетом интегрального ПФЭ может использоваться для контроля эффективности проводимого лечения на амбулаторном этапе у данной категории пациентов.

К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖГИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Калинин Р.Е.¹, Грязнов С.В.^{1,2}, Никифоров А.А.¹, Камаев А.А.¹, Швальб А.П.³

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия (1)

ГБУ РО «Областной клинический кардиологический диспансер», отделение сосудистой хирургии г. Рязань, Россия (2)

ГБУ РО «Бюро судебно-медицинской экспертизы, г. Рязань (3)

Целью исследования было изучить частоту встречаемости генотипов полиморфного маркера гена эндотелина-1 (EDN1 Lys198Asn) и синтазы окиси азота (NOS3 C786T) у пациентов с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей и установить возможную связь со степенью хронической венозной недостаточности. В работу включено 240 пациентов с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей. При этом основные группы I и II (160 человек) составили пациенты с трофическими язвами на фоне варикозной болезни и посттромбофлебитического синдрома соответственно (ХВН III степени, С6 класс). В качестве контрольной группы для оценки распределения генотипов исследуемых полиморфизмов в популяции обследовано 80 пациентов без трофической язвы (ХВН I-II степени, С2-С4 классы), сопоставимых по полу и возрасту с основной группой.

Материалом для молекулярно-генетического анализа служили образцы ДНК, выделенные из периферической венозной крови. Для исследования выбрана точка мутации эндотелина-1 (EDN1) в позиции 198 (Lys>Asn) и эндотелиальной синтазы окиси азота (NOS3) в позиции 786 (C>T).

В работе использовались стандартные наборы праймеров научно-производственной фирмы «Литех»- «SNP» (Москва). Визуализация продуктов амплификации выполнена с помощью электрофореза в 3% агарозном геле с добавлением бромистого этидия, проходящем в ультрафиолетовом свете.

Результаты исследования и их обсуждение. По данным распределения распространенности генотипов гена EDN1 Lys198Asn у больных с хронической венозной недостаточностью III степени (С6) получены достоверные различия с контрольной группой (табл.1).

Таблица 1.

Распределение генотипов EDN1 (Lys198Asn)

| Генотип | Группа I (n=80) | Группа II (n=80) | Группа III (n=40) | Группа IV (n=40) |
|---------|--------------------|---------------------|----------------------|---------------------|
| Lys/Lys | 48(60%) | 32(40%) | 29(72,5%) | 21(52,5%) |
| Lys/Asn | 24(30%) | 36(45%) | 9(22,5%) | 16(40%) |
| Asn/Asn | 8(10%) | 12(15%) | 2(5%) | 3(7,5%) |

При этом у пациентов с трофическими язвами (группы I и II) генотип Asn/Asn обнаруживался чаще в 2 раза по сравнению с контрольными группами (III и IV), как по нозологии (ВРВ/ПТФС), так и в целом (С6/С2-4). При ПТФС генотип Asn/Asn встречался в 1,5 раза чаще, чем при варикозной болезни, как в основной (группа II/группа I), так и контрольной группах (группа IV/группа III), (p<0,05).

Оценивая частоту аллельных вариантов гена EDN1 Lys198Asn выявлено, что хроническая венозная недостаточность, осложненная трофическими язвами, сопровождается более редким обнаружением аллели Lys (при ПТФС - 0,63, при варикозной болезни – 0,75, $p < 0,05$) (табл.2).

Таблица 2.

Частота аллельных вариантов в гене EDN1 полиморфизма Lys198Asn

| Аллель | Группа I (n=80) | Группа II (n=80) | Группа III (n=40) | Группа IV (n=40) |
|--------|--------------------|---------------------|----------------------|---------------------|
| Lys | 0,75 | 0,63 | 0,84 | 0,73 |
| Asn | 0,25 | 0,37 | 0,16 | 0,27 |

Распределение генотипов NOS3 (C786T) представлены в табл.3.

Таблица 3.

Распределение генотипов NOS3 (C786T)

| Генотип | Группа I (n=80) | Группа II (n=80) | Группа III (n=40) | Группа IV (n=40) |
|---------|--------------------|---------------------|----------------------|---------------------|
| C/C | 12(15%) | 8(10%) | 12(30%) | 12(30%) |
| C/T | 32(40%) | 40(50%) | 20(50%) | 24(60%) |
| T/T | 36(45%) | 32(40%) | 8(20%) | 4(10%) |

Согласно полученным данным, частота генотипов T/T в группах I и II была выше, чем в группах III и IV в 2,25 и 4 раза соответственно. Тяжёлые трофические нарушения характеризовались достоверно частым обнаружением генотипа T/T в сравнении не только с группой контроля по нозологии, но и при сравнении групп III и IV ($p < 0,05$).

Оценивая частоту аллельных вариантов гена NOS3 (C786T) выявлено, что хроническая венозная недостаточность, осложненная трофическими язвами, сопровождается более частым обнаружением аллеля T (и при ПТФС, и при варикозной болезни - 0,65, $p < 0,05$) (табл.4).

Таблица 4.

Частота аллельных вариантов в гене NOS3 полиморфизма C786T

| Аллель | Группа I (n=80) | Группа II (n=80) | Группа III (n=40) | Группа IV (n=40) |
|--------|--------------------|---------------------|----------------------|---------------------|
| C | 0,35 | 0,35 | 0,55 | 0,6 |
| T | 0,65 | 0,65 | 0,45 | 0,4 |

Таким образом, определение полиморфизма генов молекул, характеризующих дисфункцию эндотелия, при хронической венозной недостаточности нижних конечностей дает возможность осуществлять как индивидуальный прогноз, так и расширить перечень хорошо известных предикторов тяжести её течения.

ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Калинин Р.Е., Сучков И.А., Мжаванадзе Н.Д., Крылов А.А.

*ГБОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова Минздрава России, г. Рязань, Россия*

Цель работы: оценить параметры выживаемости и сохранения конечности у больных облитерирующим атеросклерозом на фоне сахарного диабета, которым проводился курс консервативной терапии согласно национальным рекомендациям по ведению пациентов с сосудистой артериальной патологией.

Материалы и методы: Для получения данных об отдаленных результатах был произведен анализ медицинских карт больных, находившихся на консервативном лечении с 2013 по 2015 гг. Все больные имели IV стадию заболевания по классификации Покровского-Фонтейна, сахарный диабет II типа. Данной группе пациентов проводился курс консервативной терапии по

причине невозможности выполнения хирургического вмешательства (отсутствие адекватного периферического русла по данным УЗДС/ангиографии, дистальный тип поражения сосудистого русла, тяжелая сопутствующая патология, отказ пациентов от предложенного оперативного лечения).

В исследование были включены данные 40 пациентов (18 мужчин в возрасте от 55 до 77 лет и 22 женщины в возрасте от 50 до 86 лет). Средний возраст пациентов составил — 61 год.

Результаты: За период с 2013 по 2015 год количество госпитализированных больных с данной патологией имело тенденцию к увеличению от 10 человек в 2013, до 16 случаев в 2015 г. Из 40 наблюдаемых больных ампутации были выполнены у 25 человек (62,5%), при этом ампутации обеих нижних конечностей были выполнены у 4 человек (10%). Из всех ампутаций только 3 (12%) ограничились стопой, а в 22 случаях (88%) выполнялась ампутация бедра. Кроме того 3 больных отказались от ампутации нижней конечности (7,5%).

В течение первых 6 месяцев после установления диагноза и прохождения курса консервативной терапии выполнено 14 (56%) ампутаций, в течение года -10 ампутаций (40%) и более одного года - 1случай (4%).

Пациенты, которым ампутация выполнялась через 6 месяцев и более после установления диагноза проходили повторные курсы терапии.

Общая смертность за 3 года составила 10 человек (25%). При этом в 6 случаях больным была выполнена ампутация и смерть наступила в отдаленном периоде, а в 2 случаях смерть наступила в ближайшем послеоперационном периоде.

В 2 случаях (20%) смерть наступила в течение полугода с момента госпитализации, в течении года – 4 летальных исхода (40%) и более одного года так же в 4 случаях (40%).

Из всей наблюдаемой группы, 10 человек (25%) продолжают проходить регулярные курсы консервативной терапии и имеют сохраненные нижние конечности.

В 4 случаях (10%) в состав консервативной терапии включались производные простагландинов, при этом в данной группе не было выявлено значимых отклонений критериев сохранности конечности и выживаемости в отдаленном периоде.

Выводы:

При отсутствии возможностей для оперативного вмешательства, стандартной консервативной терапии в большинстве случаев (62,5%) недостаточно для сдерживания развития заболевания и сохранения нижних конечностей в отдаленном периоде. Летальность в течении 3-х лет составила – 25%.

Сочетание облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей с сахарным диабетом характеризуется менее выраженным болевым синдромом при наличии трофических изменений (диабетическая нейропатия), что позволяет проводить консервативную терапию достаточно долго.

Необходима более широкая и комплексная терапия, включающая в себя помимо антиагрегантной, капилляростабилизирующей, ангиопротективной, сосудорасширяющей терапии, так же стимуляцию ангиогенеза.

КРАТКОСРОЧНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЛОКАЛЬНОГО ТРАНСФЕРА ГЕННОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОНСТРУКЦИИ НА ОСНОВЕ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА ИЗОФОРМЫ VEGF165 У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА И САХАРНОГО ДИАБЕТА

Калинин Р.Е.¹, Сучков И.А.¹, Мжаванадзе Н.Д.¹, Крылов А.А.¹, Плакса И.Л.², Деев Р.В.²

1 - ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России

2 - ПАО «ИСКЧ», г. Москва, Россия

Введение: многочисленные исследования в сфере сосудистой биологии направлены на поиск оптимальных методов лечения пациентов с осложненными формами заболеваний периферических артерий. Крупные биотехнологические компании Южной Кореи и Франции в настоящее время изучают применение геннотерапевтических конструкций на основе фактора

роста гепатоцитов HGF и фактора роста тромбоцитов PDGF-BB в лечении критической ишемии конечностей у пациентов с сахарным диабетом. Параллельно западным коллегам, российские специалисты исследуют возможности использования геннотерапевтического ангиогенеза для улучшения перфузии ишемизированных тканей у больных с далеко зашедшими стадиями заболеваний периферических артерий.

Цель: цель данной работы - оценить краткосрочные эффективность и безопасность локального трансфера геннотерапевтической конструкции на основе сосудистого эндотелиального фактора роста изоформы VEGF165 у пациентов с осложненными формами периферического атеросклероза и сахарного диабета.

Материалы и методы: в период с 2014 по 2015гг. в исследование включены 30 пациентов с критической ишемией нижних конечностей (III-IV стадия заболевания по А.В.Покровскому-Фонтейну) и сахарным диабетом 2 типа. Средний возраст пациентов составил 64 ± 7.37 лет. Среди больных было 36.7% женщин и 63.3% мужчин. Тяжелый инсулин-зависимый сахарный диабет имел место у 43.3% пациентов; у оставшихся контроль гликемии осуществлялся при помощи пероральных сахароснижающих препаратов. Больные были разделены на 2 группы по 15 пациентов в каждой в зависимости от выбранной командой сосудистых и эндоваскулярных хирургов, а также решения пациента, тактики лечения: консервативной, либо хирургической (открытые и/или эндоваскулярные вмешательства). Степень и уровень поражения сосудов нижних конечностей, тяжесть сахарного диабета были сопоставимы между группами. У всех пациентов имело место выраженное поражение дистального артериального русла. Среди пациентов консервативной группы у всех пациентов отмечались ограниченные некрозы на стопе, в среднем 2.49 кв.см; у 80% больных хирургической группы имели место некрозы на стопе площадью в среднем 3.24 кв.см. В составе комплексного лечения всем 30 пациентам вводилась плазмидная конструкция на основе VEGF165 («Неоваскулген») в режиме и дозировке, предписанных производителем. В течение первых 3х месяцев после выписки из стационара оценивались следующие параметры эффективности и безопасности проведенного лечения: побочные реакции, сохранность конечности и летальность, уменьшение зоны некроза, переход в менее тяжелую стадию заболевания.

Результаты: побочных реакций после введения геннотерапевтического препарата на основе VEGF165 не отмечалось. За 3 месяца наблюдений летальных случаев не отмечено. В течение 3х месяцев после проведенного лечения сохранность конечности составила 100% у оперированных пациентов и 93.3% у пациентов консервативной группы (ампутация голени у пациентки на фоне прогрессирования некроза на стопе). Уменьшение зоны некроза отмечено у 66.7% пациентов консервативной группы, причем у 46.7% отмечалось полное заживление некрозов. Положительная динамика в отношении уменьшения зон некрозов в группе оперированных больных к 3м месяцам наблюдения отмечена у 54.5% обследованных больных, у 27.3% - полное заживление некрозов. Переход в менее тяжелую стадию заболевания составил 40% больных среди консервативной группы и 27.3% среди пациентов, кому проводилось хирургическое лечение.

Выводы: в краткосрочном периоде локальный трансфер геннотерапевтической конструкции на VEGF165 у пациентов с осложненными формами периферического атеросклероза и сахарного диабета является безопасным и эффективным. Требуются долгосрочные наблюдения с оценкой показателей сохранности конечности, летальности, а также оценкой макро- и микрогемодинамических показателей перфузии нижних конечностей для определения оптимальных показаний к проведению генной терапии у пациентов с далеко зашедшими стадиями заболеваний периферических артерий.

АЛЬТЕРНАТИВА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АДРЕНАЛЭКТОМИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАДПОЧЕЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА

Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Сахибоев Д.П.

Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент, Узбекистан.

Ухудшение течение артериальной гипертензии (АГ) у большинства больных с эссенциальной артериальной гипертензией обусловлено гиперфункцией надпочечников, поэтому адре-

налектомию или рентгенэндоваскулярная деструкция надпочечников позволит получить гипотензивный эффект.

В данной работе приведен анализ результатов лечения 158 больных АГ оперированных за последние 5 лет. У этих больных гормональные исследования выявили гиперфункцию надпочечников. Всем больным было выполнено ультразвуковое сканирование почек, надпочечников, дуплексное сканирование брюшной аорты и почечных артерий, МСКТ надпочечников и по показанием произведены МСКТ – ангиография или брюшная аортография. В результате были исключены заболевания паренхимы почек и почечных артерий. Средний возраст больных составил $42,3 \pm 1,2$ лет. У всех больных длительная гипотензивная терапия была неэффективна. Средние цифры АД составили: систолическое - $198 \pm 12,3$ мм рт ст и диастолическое $113 \pm 9,4$ мм рт ст. Больные разделены на две группы: 66 больным выполнена лапароскопическая адреналэктомия, при которой показаний к операции явились гормонально-активные опухоли размерами от 3 до 8 см, 92 больным рентгенэндоваскулярная деструкция надпочечника, при этом показанием к операции явилось опухоли до 2 см.

I группе у 64(96,9%) больных отмечался гладкий послеоперационный период. Частота осложнений составила 4,1% (у 2 больных). В одном случае во время правосторонней адреналэктомии наблюдалось кровотечение из центральной вены надпочечника в связи с чем, потребовалась конверсия и успешно произведена открытая адреналэктомия. В другом случае в конце вмешательства отмечено ранение селезенки, остановить кровотечение лапароскопически не удалось, в связи с чем была произведена лапароскопическая спленэктомия. У 55 (83,3%) больных артериальное давление нормализовалось, у 11(16,7%) больных оно значительно снизилось. Больные наблюдались в течении 5 лет, у 5 (7,5%) больных в течении 1 года отмечен рецидив гипертензии, а у 1(2,05%) АД было рефрактерно к медикаментозному лечению. У остальных больных сохранился гипотензивный эффект.

Во II группе у 91(98,9%) больного отмечена гладкий после операционный период, у одного больного в послеоперационном периоде диагностировано кровотечение в забрюшинное пространство в результате разрыва центральной вены левого надпочечника.

У 72(78,3%) больных II группы АД нормализовалось, у 20(21,7%) больных оно значительно снизилось и стало контролируемым. В период пятилетнего наблюдения, рецидив артериальной гипертензии отмечен у 21(22,8%) больного, 2(2,1%) больных перенесли инсульт и у 6(6,5%) больных развилась ХПН. У остальных больных сохранился гипотензивный эффект.

Таким образом, сравнение показало, что в сроки до пяти лет положительные результаты после рентгенохирургической деструкции надпочечника и после лапароскопической адреналэктомии практически идентичны. Применение рентгеноэндоваскулярных оперативных вмешательств у больных с тяжелым и злокачественным течением АГ надпочечникового генеза при опухолях менее 2 см, рефрактерной или слабо поддающейся консервативной терапии, являются обоснованным.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Каримов Ш.И., Суннагов Р.Д., Ирнazarов А.А., Асраров У.А., Рахманов С.У., Хасанов В.Р., Джафаров С.М.

*Кафедра госпитальной и факультетской хирургии лечебного факультета
Ташкентская Медицинская Академия, г.Ташкент, Узбекистан*

Цель работы. Улучшение результатов лечения больных с критической ишемией нижних конечностей (КИНК) путем совершенствования диагностики и хирургической тактики.

Материал и методы. За период с 2014 по 2015г., в отделении сосудистой хирургии II-клиники Ташкентской Медицинской Академии, на стационарном лечении находились 79 больных (мужчин 58, женщин 21) с КИНК. У 14 (17,7%) пациентов с КИНК была выявлена ишемическая болезнь сердца (ИБС). У 65 (82,2%) пациентов выявлены сочетанные поражения сонных артерий (СА) и артерий нижних конечностей (АНК). Из них у 47 (59,4%) пациентов была выяв-

лена ИБС (7,9% больных ранее перенесли инфаркт миокарда). При определении тактики лечения важную роль представляла возможность эндоваскулярной коррекции.

Результаты. У 19 (24%) больных со стенозом СА при КИНК удалось добиться регресса, у 12 (63,1%) произведена установка катетера для длительной внутриартериальной катетерной терапии, после чего выполняли каротидную эндартерэктомию. Из них 9 (47,3%) больным на 7 сутки выполнены реконструктивные операции на АНК. 5 (26,3%) пациентом после каротидной эндартерэктомии выполнены эндоваскулярные вмешательства. 1 (1,2%) пациенту произведена высокая ампутация конечности из-за прогрессирования ишемии. У 1 (1,2%) больного развился острый инфаркт миокарда с летальным исходом.

Выбор одномоментной тактики был основан на невозможности купирования КИНК и невозможности проведения интервенционных вмешательств или их неэффективности. Симультантные операции у больных со стенозом СА при КИНК произведены у 4 (5%) больных. Осложнений не наблюдалось.

У 22 (27,8%) пациентов с поражениями СА и АНК первым этапом выполнены эндоваскулярные вмешательства по поводу КИНК, из них 5 (6,3%) больным произведены гибридные вмешательства. В 1 (1,2%) случае выполнена высокая ампутация с летальным исходом, и у 1 (1,3%) пациента ампутация по Шарпу.

Открытые вмешательства при КИНК первым этапом выполнены у 16 (20%) больных. В 4 (5%) случаях выполнены паллиативные вмешательства (торакоскопическая симпатэктомия). Из них у 1 (1,2%) произведена высокая ампутация конечности из-за прогрессирования ишемии.

У 6 (7,5%) пациентов с поражениями коронарных артерий (КА) и АНК первым этапом произведено стентирование КА и вторым этапом реконструкция АНК. У 2 (2,5%) больных первым этапом произведено открытое вмешательство на АНК, у 6 (7,5%) пациентов - эндоваскулярные вмешательства.

Эффективность вмешательств определяли на основании улучшения кровотока в нижних конечностях. Исходно ЛПИ у пациентов составлял $0,27 \pm 0,04$, на 3-4-е сутки после вмешательств на АНК, ЛПИ увеличился до $0,53 \pm 0,3$ ($p < 0,05$).

Вывод. Тактика лечения больных с КИНК должна зависеть от поражений других артериальных бассейнов. Приоритетом при выборе метода оперативных вмешательств должны быть эндоваскулярные вмешательства в связи низким операционным риском. У больных с КИНК необходим комплексный подход в диагностике и лечении столь тяжелой категории пациентов. Это позволяет определить оптимальную хирургическую тактику индивидуально для каждого больного.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИБРИДНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Каримов Ш.И., Суннатов Р.Д., Ирнazarов А.А., Асраров У.А., Рахманов С.У., Хасанов В.Р., Джафаров С.М.

*Кафедра госпитальной и факультетской хирургии лечебного факультета
Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан*

Цель работы. Улучшение результатов лечения больных с критической ишемией нижних конечностей (КИНК) путем применения гибридных оперативных вмешательств.

Материал и методы. За период с 2013 по 2015г., в отделении сосудистой хирургии II клиники ТМА находились на стационарном лечении 23 больных (мужчин 17, женщин 6) с КИНК, в возрасте $62 \pm 4,7$ лет. У 9 пациентов диагностирована хроническая ишемия нижних конечностей III стадия, у 14 больных - IV стадия по классификации Покровского А.В. Средняя продолжительность заболевания $8 \pm 2,8$ лет.

При определении тактики лечения важную роль представляла многоэтажность поражения и тяжесть сопутствующей патологии. Приведенные факторы значительно ограничивали выполнение объемных реконструктивных вмешательств на артериях нижних конечностей. Учитывая это, нами применена реконструкция бедренной артерии с ангиопластикой подвздошных артерий 8 (34,7%) больным, реконструкция бедренной артерии с ангиопластикой и стентированием

подвздошных артерий у 6 (26%) пациентов. У 9 (39,1%) больных реконструкция бедренной артерии сочеталась с ангиопластикой подколенной артерий и артерий голени.

Результаты. Показателями результатов гибридных оперативных вмешательств были регресс или отсутствие болей в покое, увеличение дистанции безболевого ходьбы, грануляционное покрытие язв и увеличением показателей регионарного систолического давления (РСД) и лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ).

После гибридных вмешательств на подвздошно-бедренном сегменте клинического улучшения в виде купирования болей в покое, грануляционного покрытия язв, первичного заживления ран после малых ампутаций при IV степени ишемии нижних конечностей удалось добиться у 12 (52,1%) пациентов. Еще у 2 (8,6%) больных отмечены удовлетворительные результаты лечения после реконструктивной операции в виде отсутствия болей в покое, отказа от наркотических анальгетиков, однако имелось появление болей при физической нагрузке. Высоких ампутаций в группе не потребовалось. При выполнении гибридных операций с ангиопластикой артерий голени удовлетворительные результаты достигнуты у 9 (39,1%) пациентов, из них у 1 (4,3%) больного выполнена ампутация на уровне бедра в связи с нарастанием ишемии. Исходно ЛПИ у этих пациентов составлял $0,26 \pm 0,04$, на 3-4-е сутки после вмешательств он увеличился до $0,53 \pm 0,2$ ($p < 0,05$).

В раннем послеоперационном периоде у 1 (4,3%) пациента в связи с тяжелыми сопутствующими заболеваниями (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет) развился инфаркт миокарда с летальным исходом. У 1 (4,3%) больного диагностирован тромбоз места реконструкции. Впоследствии данному больному выполнена высокая ампутация. Купирование клинических симптомов КИНК в виде снижения функционального класса ишемии нижних конечностей до Па - Пб степени, отмечено у 18 (78,2%) больных. Средний срок отдаленного наблюдения 10 ± 2 месяцев.

Вывод. Применение гибридных хирургических вмешательств при КИНК в сочетании с адекватной антиагрегантной терапией является эффективным современным методом хирургического лечения больных с многоэтажным окклюзионно-стенотическим поражением артерий нижних конечностей, которое приводит к регрессу ишемии и увеличивает срок сохранности конечности.

ВЛИЯНИЕ КАРОТИДНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ И РЕГРЕСС НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА

Каримов Ш.И., Суннатов Р.Д., Ирназаров А.А., Юлбарисов А.А., Алиджанов Х.К.,
Муминов Р.Т., Абдуллаев Ж.С.

*Кафедра факультетской и госпитальной хирургии лечебного факультета,
Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования: Оптимизировать показания к оперативному лечению больных с патологической деформацией (ПД) внутренней сонной артерии (ВСА) путём изучения скоростных показателей кровотока при различных видах извитостей и оценки изменения когнитивных функций, психологический статус и качество жизни в послеоперационном периоде.

Материал и методы: Обследовано 118 больных с ПД ВСА, находившихся на стационарном лечении в отделении хирургической ангионеврологии 2-клиники ТМА с 2012 по 2015 годы. Мужчин было 48 (40,7%), женщин – 70 (59,3%). Их возраст колебался от 27 до 59 лет (средний возраст составил $47,05 \pm 7,9$ лет). В соответствии с классификацией А.В. Покровского (1979) у больных имелась клиника хронической сосудисто-мозговой недостаточности (ХСМН) различной тяжести: транзиторные ишемические атаки (ТИА) отмечены у 16 (13,6%) пациентов, дисциркуляторная энцефалопатия (III степень ХСМН) – у 54 (45,7%) больных, а 48 (40,7%) больных перенесли ишемический инсульт (IV степень ХСМН). Необходимо отметить, что у 37 (77,1%) больных из 48 (100%) перенесших ишемический инсульт патологическая деформация сочеталась со стенозами ВСА.

Диагностическая программа включала оценку неврологических симптомов больного, дуплексное исследование, КТ-ангиографию или МР-ангиографию брахиоцефальных артерий.

Для оценки неврологических симптомов учитывали такие показатели как: нарушение чувствительности, нарушение зрения, шум в ушах и в голове, утомляемость, снижение работоспособности и памяти. У больных перенесших ОНМК оценивали объем движений, мышечную силу и темпа движений по общепринятым стандартным методикам (адаптированная шкала MRC в баллах). Легкий гемипарез соответствовал 4-5 баллам, умеренный – 3-4 баллам, тяжелый – 0-2 баллам. 34 пациентам проводилась оценка когнитивных функций по Монреальской шкале оценки когнитивных функций (MoCA-Test) и «тест с расстановкой чисел».

У 45 (38,1%) пациентов были односторонние поражение ВСА, у 67 (56,8%) – билатеральные, у 6 (5,1%) – были поражены общие сонные артерии. У 27 (22,9%) больных выявлено патологическая извитость не только сонных, но и позвоночных артерий. Выявлены следующие варианты извитостей: в 78 случаях – перегибы под острым углом (кинкинг), в 26 – петле- и спиралеобразные извитости (койлинг), в 10 – двойные перегибы ВСА, и в 4 случаях наблюдалась сочетание различных вариантов извитостей.

Результаты: При изучении показателей кровотока было выявлено, что у больных с кинкингом в зоне предизвитости линейная скорость кровотока (ЛСК) составляла $68,5 \pm 14,2$ см/сек, в области наибольшей деформации $188,2 \pm 13,8$ см/сек, в зоне постизвитости $93 \pm 21,1$ см/сек. У больных с койлингом в зоне предизвитости ЛСК была $60 \pm 11,7$ см/сек, в начале извитости $87,2 \pm 19,7$, в области наибольшей деформации $168 \pm 13,5$ см/сек, в зоне постизвитости $48,9 \pm 17,1$ см/сек, ближе к основанию черепа $49,3 \pm 12,7$ см/сек.

Анализ результатов MoCA-Test показал, что до оперативного вмешательства у пациентов III степень ХСМН $23 \pm 2,5$ балла; у пациентов IV степень ХСМН $18 \pm 1,5$ балла. По методике расстановки чисел у всех исследуемых результат оказался ниже нормы.

Все пациенты прооперированы с хорошим клиническим эффектом. Устранена патологическая деформация, восстановлен ламинарный кровоток. Произведены следующие виды операций: 85 (72%) резекций ВСА с редрессацией и с реимплантацией в ОСА с формированием широкого анастомоза, в 24 случаях дополнительно потребовалось выполнить эндартерэктомию из общей и наружной сонной артерий; 6 (5,1%) резекций ОСА с анастомозом «конец в конец»; 6 (5,1%) резекций ВСА с аутовенозным протезированием; 5 (4,2%) резекций ВСА с протезированием протезом «Gortex»; 16 (13,6%) резекций ВСА с анастомозом «конец в конец».

После выполнения реконструктивных операций оценивали динамику неврологических симптомов и гемодинамические изменения на 8-10-е сутки, через 1 и 3 месяцев, а также через год.

У 16 (100%) больных II стадией ХСМН были исходные жалобы на нарушения чувствительности в виде ощущения онемения, ползания мурашек, покалывания, возникающие на ограниченных участках кожи конечностей и лица, у 4 больного при запрокидывании головы назад появлялась затемнение перед глазами, временная утрата зрения, фотопсия. После хирургического лечения у всех больных полностью исчезли симптомы нарушения чувствительности. Пациенты с нарушением зрения при перемене положения шеи жалоб не предъявляли. В течение отдаленного периода повторных эпизодов ТИА и прогрессирования ХСМН в оперированном бассейне не наблюдалось.

Из 54 (100%) больных III стадией ХСМН у 37 (68,5%) были жалобы на головную боль, локализирующуюся в височной и теменной области на стороне поражения и ощущения “тяжелой головы”, у всех больных была повышенная утомляемость и снижение работоспособности. В послеоперационном периоде (до 1 года) у 25 (46,3%) больных отмечалось клиническое улучшение в виде отсутствия жалоб на головные боли, утомляемости и снижения памяти, у 12 (22,2%) они сохранялись.

В соответствие со шкалой MRC из 48 (100%) больных с IV стадией ХСМН у 31 (64,6%) был гемипарез легкой степени, у 11 (22,9%) умеренный гемипарез и у 6 (12,5%) больных имелся гемипарез тяжелой степени. Анализ ближайших послеоперационных результатов показал, что у 22 больных с легкой степенью гемипареза через 3 месяца после операции отмечается полное восстановление двигательных нарушений и нарушений чувствительности. В группе больных с умеренным гемипарезом из 11 больных у 5 в сроки до 6 месяцев после хирургического лечения отмечалось восстановление неврологического дефицита, и их можно было отнести в группу больных с легким гемипарезом, полного восстановления неврологической симптоматики.

ки у данной категории больных не наблюдалось. У 1 больного из категории больных с гемипарезом тяжелой степени отмечается уменьшение степени гемипареза до умеренного, у 5 регресса не отмечено.

Выводы: Выполнение реконструктивных операций у пациентов с ПД ВСА является эффективным лечебным мероприятием в плане обратного развития неврологических симптомов и дает стойкий клинический эффект в отдаленном периоде после операции, и приводит к улучшению когнитивных функций. Регресс неврологического дефицита после реконструкции СА зависит от вида патологической деформации, времени после прошедшего ишемического инсульта, исходной степени неврологического дефицита и сроков выполнения каротидной реконструкции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СОСУДИСТО-МОЗГОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Каримов Ш.И., Суннатов Р.Д., Ирнazarов А.А., Юлбарисов А.А., Ахматов А.М., Муминов Р.Т., Ганиев Д.А., Алиджанов Х.К., Асраров У.А.

*Кафедра госпитальной и факультетской хирургии лечебного факультета
Ташкентская Медицинская Академия, г.Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования: Улучшение результатов лечения больных с хронической сосудисто-мозговой недостаточностью (ХСМН) путём усовершенствования различных методов диагностики и выбора адекватной хирургической тактики.

Материал и методы: В отделении хирургической ангионеврологии 2-клиники Ташкентской Медицинской Академии в 2005-2015 годах оперированы 2458 больных с ХСМН. Им выполнены 2690 каротидных реконструкций (у 232 больных поэтапно выполнены операции с обеих сторон). Причиной ХСМН в 1694 (62,9%) случаях было атеросклеротическое поражение брахиоцефальных артерий (БЦА), в 23 (0,8%) случаев экстравазальная компрессия внутренней сонной артерии (ВСА). В то же время отмечена высокая частота патологической деформации сонных артерий, наблюдавшаяся в 484 (18%) случаях, а её сочетание со стенозом отмечено в 565 (21%) случаях. У 53 (1,9%) больных причиной окклюзионного процесса был неспецифический аортоартериит.

Из 2458 больных включенных в наше исследование 1937 (72%) были мужского, 753 (28%) – женского пола. Их возраст колебался от 24 до 90 лет, в среднем $57,7 \pm 6,9$ лет. Большинство больных были трудоспособного возраста.

Диагностический алгоритм обследования включал в себя клиническое обследование больных с определением неврологического статуса, дуплексное сканирование с определением степени стеноза и скорости кровотока, характера и эмбологенности бляшек, транскраниальную доплерографию с определением толерантности головного мозга к ишемии, эхокардиографию, компьютерную томографию головного мозга, мультиспиральную компьютерно-томографическую или магнитно-резонансную ангиографию и рентгеноконтрастную ангиографию.

Результаты: В соответствии классификации А.В. Покровского (1978) асимптомное течение (I стадия ХСМН) заболевания наблюдалось у 188 (6,9%) больных, транзиторные ишемические атаки (ТИА) – у 482 (17,9%), дисциркуляторная энцефалопатия – у 753 (27,9%), а 1267 (47%) больных ранее перенесли ишемический инсульт.

Проведенное обследование выявило изолированное поражение одной сонной артерии в 480 (17,8%) случаях, двухстороннее – в 968 (35,9%), а множественные поражение сонных и позвоночных артерий – в 1210 (45%).

При выборе метода реконструкции сонных артерий мы учитывали характер поражения, в частности, степень и протяженность окклюдированного процесса и степень толерантности головного мозга. При двухсторонних критических стенозах, контрлатеральной окклюзии ВСА, в случаях последствий перенесенного ИИ и низкой толерантности головного мозга к ишемии в 218 (8,1%) применялся временный шунт. Среднее время ишемии с использованием временного шунта было 6 ± 3 минуты. У больных с тяжелой сопутствующей патологией, низкой фракцией сердечного выброса каротидные реконструкции выполняли под регионарной анестезией, что дало возможность избежать кардиальных и неврологических осложнений.

Выполнены следующие виды оперативных вмешательств: классическая каротидная эн-дартерэктомия (КЭАЭ) в 1120 (41,6%) случаев, эверсионная КЭАЭ – 753 (28%), резекция ВСА с редрессацией и реимплантацией в старое устье – 388 (14,4%), резекция ВСА с анастомозом по типу «конец в конец» – 24 (0,9%), резекция и перевязка ВСА + эндартерэктомия из общей и наружной сонных артерий с наложением расширяющей заплаты – 310 (11,5%), протезирование ВСА – 20 (0,7%), резекция общей сонной артерии (ОСА) с редрессацией ОСА и ВСА – 18, резекция ОСА с протезированием – 7, резекция ОСА с анастомозом конец в конец – 5, подключично-сонное шунтирование – 7, сонно-подключичное шунтирование – 3, аорто-сонное шунтирование – 3, резекция аневризмы анастомоза – 2, периартериальная симпатэктомия – 9 и удаленные хемотомы – 21 случаев.

У 2527 (93,9%) больных послеоперационный период протекал гладко. Осложненное течение раннего послеоперационного периода отмечено у 163 больных. Неврологические осложнения – ишемический инсульт наблюдались у 43 (1,6%) больных. Из них у 25 (0,9%) больных ОНМК явился причиной летального исхода. У 53 (1,9%) больных отмечалось кровотечение из послеоперационной раны. Все они успешно повторно оперированы. У 51 (1,8%) больных выявлены последствия повреждения черепно-мозговых нервов. Острый инфаркт миокарда развился у 16 (0,6%) больных и явился причиной смерти у 10 (0,37%).

Следовательно, на 2690 операций на БЦА частота периоперационных ОНМК составила 1,6%, а летальность после них – 0,9%. Общая послеоперационная летальность составила 1,3%. Большинство указанных осложнений отмечено в начальный период работы отделения, с накоплением опыта количество осложнений и летальности значительно уменьшилось. Необходимо отметить, что регресс неврологического дефицита наблюдался даже при восстановлении кровотока через наружную сонную артерию.

Выводы: Все пациенты, перенесшие инсульт, ТИА или страдающие вертебробазиллярными нарушениями, больные, у которых выслушивается систолический шум в проекции БЦА, имеется разница артериального давления на верхних конечностях более 20 мм рт.ст., а также все пациенты старше 50 лет с прочими сосудистыми поражениями (ИБС, артериальная гипертензия, аневризмы аорты, хроническая ишемия нижних конечностей) должны в обязательном порядке пройти комплексное инструментальное обследования для выявления или исключения поражений БЦА.

При подтверждении диагноза больные обязательно должны быть направлены и осмотрены ангиохирургом для решения вопроса о лечебной тактике. При этом врач любой специальности должен знать, что ишемический инсульт – это лишь осложнение какой либо патологии.

Следует также отметить и то, что без устранения причины, приведшей однажды к инсульту или ТИА, вероятность последующих ишемических повреждений мозга остается очень высокой и сохраняется постоянно. Выполнение реконструктивных операций на сонных артериях в первую очередь позволяет предупредить предстоящий ишемический инсульт, а также приводит к регрессу неврологического дефицита у больных с ОНМК.

При двухсторонних поражениях сонных артерий, после перенесенного ИИ, а также при низкой толерантности головного мозга к ишемии целесообразно широкое применение временного шунта. Данная тактика значительно снижает риск интраоперационного инсульта и способствует раннему пробуждению больного после наркоза.

У больных с тяжелой сопутствующей патологией применение регионарной анестезии позволяет избежать такие осложнения как интраоперационный инсульт и инфаркт миокарда.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Каримов Ш.И., Суннатов Р.Д., Юлбарисов А.А., Алиджанов Х.К., Муминов Р.Т., Ганиев Д.А., Абдуллаев Ж.С.

*Кафедра факультетской и госпитальной хирургии лечебного факультета,
Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с патологической деформацией (ПД) сонных артерий (СА) путём применения различных методов диагностики и выбора адекватной хирургической тактики.

Материал и методы: В отделении хирургической ангионеврологии 2-клиники ТМА с 2006 по сентябрь 2015 года оперированы 2540 больных с хронической сосудисто-мозговой недостаточностью (ХСМН). В 1980 (78%) случаев поражение было обусловлено атеросклерозом, в 480 (18,9%) случаев – различными вариантами патологических извитостей, в 55 (2,1%) – неспецифическим аортоартериитом и в 25 (1%) случаев экстравазальной компрессией сонных артерий. Возраст больных с ПД СА колебался от 24 до 65 лет, в среднем $51,4 \pm 7,7$ лет, большинство больных были трудоспособного возраста.

Среди больных с различными вариантами патологических извитостей ($n=480$) в 184 (38,3%) случаях выявлено одностороннее поражение внутренней сонной артерии (ВСА), в 269 (56,1%) случаях – билатеральное поражение, в 27 (5,6%) – были поражены общие сонные артерии. У 117 (24,4%) больных выявлено патологическая извитость не только сонных, но и позвоночных артерий. Выявлены следующие варианты извитостей: в 98 (20,4%) случаях – С и S-образные изгибы, в 247 (51,5%) – перегибы под острым углом (кинкинг), в 76 (15,8%) – петле- и спиралеобразные извитости (койлинг), в 38 (7,9%) – двойные перегибы ВСА, и в 21 (4,4%) случаях наблюдалась сочетание различных вариантов извитостей.

Диагностический алгоритм обследования включал в себя клиническое обследование больных с определением неврологического статуса, ультразвуковую доплерографию, дуплексное сканирование (ДС), транскраниальную доплерографию, эхокардиографию, компьютерную томографию головного мозга, компьютерно-томографическую ангиографию (КТА).

Для оценки неврологических симптомов учитывали показатели нарушения координации, чувствительности, а также нарушение зрения, шум в ушах и в голове, утомляемость, снижение работоспособности и памяти. У больных перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) оценивали объем движений, мышечную силу и темпа движений по общепринятым стандартным методикам (адаптированная шкала MRC в баллах). При этом легкий гемипарез соответствовал 4-5 баллам, умеренный – 3-4 баллам, тяжелый – 0-2 баллам.

Результаты: В соответствии классификации А.В. Покровского (1979) асимптомное течение (I стадия ХСМН) заболевания наблюдалось у 10 (2,1%) больных, транзиторные ишемические атаки (ТИА) – у 69 (14,4%), дисциркуляторная энцефалопатия – у 148 (30,8%), а 253 (52,7%) больных ранее перенесли ишемический инсульт.

Выполнены следующие виды оперативных вмешательств: 410 (85,4%) резекций ВСА с редрессацией и с реимплантацией в ОСА с формированием широкого анастомоза, в 165 случаев из них дополнительно потребовалось выполнить эндартерэктомия из общей и наружной сонной артерий; 18 (3,7%) резекций ОСА с анастомозом «конец в конец»; 21 (4,4%) резекций ВСА с аутовенозным протезированием; 10 (2,1%) резекций ВСА с протезированием протезом «Gortex»; 21 (4,4%) резекций ВСА с анастомозом «конец в конец».

Анализ результатов показал, что при использовании ДС совпадение результатов предоперационного обследования с интраоперационными данными отмечено 98,8%. Трехмерная реконструкция изображения при КТА позволило получить 100% информацию о виде патологической деформации, её расположении, что совпадало с интраоперационными данными. Однако при сочетании стеноза СА с их ПД снижалось до 97,6%. Для её оценки наиболее ценным оказалось ДС, обладающее информативностью 100%.

Послеоперационный период протекал гладко у 93,5% больных. Осложненное течение раннего послеоперационного периода отмечено у 6,5% больных. Неврологические осложнения – ишемический инсульт – наблюдались у 2,4% больных. У 1,3% больных отмечалось кровотечение из послеоперационной раны. Все они успешно повторно оперированы. У 2,2% больных выявлены последствия повреждения черепно-мозговых нервов. Острый инфаркт миокарда развился у 0,6% больных.

Следовательно, на 480 операции на СА частота периоперационных ОНМК составила 2,4%, а летальность – 0,6%. Общая послеоперационная летальность составила 0,9%. Необходимо отметить, что большинство указанных осложнений отмечено в начальный период работы отделения. С накоплением опыта количество осложнений и летальности значительно уменьшилось.

Выводы: На наш взгляд, показанием к реконструкции сонных артерий при патологической деформации являются: наличие неврологического дефицита (больные перенесшие инсульты, ТИА) + гемодинамически значимая патологическая деформация ВСА определяемая дуплексным сканированием; патологическая деформация ВСА + все типы бляшек суживающие

просвет сосуда на 60% и более. Выполнение реконструктивных операций на СА в первую очередь позволяет предупредить повторный ишемический инсульт, а также улучшить клиническое течение ХСМН.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭТАПНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СОННЫХ АРТЕРИЙ И ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Суннатов Р.Д., Юлбарисов А.А., Алиджанов Х.К.,
Муминов Р.Т., Асраров У.А., Адашалиев А.

*Кафедра факультетской и госпитальной хирургии лечебного факультета,
Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан*

Хирургическое лечение патологии сонных артерий у больных с желчнокаменной болезнью представляет собой сложную и до конца не решенную проблему. За последние годы увеличилось число больных с данной патологией, что делает изучаемый вопрос чрезвычайно актуальным. Распространенность подобных сочетаний и недостаточная изученность проблемы определяют актуальность ее рассмотрения.

Целью данного исследования было оценка результатов этапной хирургической коррекции у больных с сочетанным поражением сонных артерий и желчнокаменной болезнью (ЖКБ).

Материал и методы: Проанализированы результаты хирургического лечения 50 больных (мужчин – 13, женщин – 37), находившихся в стационарном лечении в отделениях хирургической ангионеврологии и абдоминальной хирургии 2-клиники Ташкентской медицинской академии за период с 2010 по 2015 годы, с сочетанным поражением сонных артерий и желчнокаменной болезнью. Необходимо отметить, что все пациенты обращались к абдоминальному хирургу с клиникой ЖКБ, и во время обследования у больных были выявлены поражения сонных артерий. Возраст больных колебался от 42 до 69 лет (средний возраст $57,41 \pm 7,11$ лет). У всех больных изучен неврологический статус до и после оперативного вмешательства и в отдаленном периоде.

Диагностический алгоритм обследования включал в себя клиническое обследование больных с определением неврологического статуса, ультразвуковое исследование печени и желчевыводящих путей, дуплексное сканирование сонных артерий с определением степени стеноза и скорости кровотока, характера и эмбологенности бляшек, транскраниальную доплерографию с определением толерантности головного мозга к ишемии, эхокардиографию, мульти-слайсную компьютерно-томографическую ангиографию, магнитно-резонансную холангиографию (по показаниям).

У всех 50 больных с ЖКБ выявлены гемодинамически значимые поражения сонных артерий.

По различию тактике лечения больные условно разделены на 2 группы:

- I группа (основная) – 16 больных, которым 1-этапом выполнялись реконструктивные операции на сонных артериях, 2-этапом – лапароскопическая холецистэктомия.
- II группа (контрольная) – 34 больных, которые воздержались от предложенного оперативного лечения в каротидном бассейне, им выполнены только лапароскопическая холецистэктомия.

Результаты: В соответствии классификации А.В. Покровского (1979) асимптомное течение (I стадия ХСМН) заболевания наблюдалось у 2 (4%) больных, транзиторные ишемические атаки (ТИА) – у 7 (14%), дисциркуляторная энцефалопатия – у 32 (64%), а 9 (18%) больных ранее перенесли ишемический инсульт.

Показаниями к выполнению реконструктивного вмешательства на сонных артериях для симптомных поражений явились – все типы бляшек суживающие просвет сосуда на 60% и более. Для асимптомных поражений – гомогенные бляшки, суживающие просвет сосуда на 70% и более, гетерогенные и гипозоногенные, изъязвленные бляшки со стенозом 60% и более.

В контрольной группе, в раннем послеоперационном периоде (до 30 дней) ишемический инсульт развился у 1 (2,9%) пациента, выполнена консервативная медикаментозная терапия, у

больного отмечен регресс неврологической симптоматики. В отдаленном периоде (до 36 мес.) этот показатель возрос до 20,6% (7 больных).

В основной группе, в раннем послеоперационном периоде ишемический инсульт не наблюдался. В отдаленном периоде у 1 (6%) пациента с ранее перенесенным ишемическим инсультом развился повторное острое нарушение мозгового кровотока по ишемическому типу на контралатеральной стороне, после консервативных мероприятий с положительным результатом.

Выводы:

При лечении больных с сочетанным поражением сонных артерий и желчнокаменной болезнью необходимо придерживаться тактики этапных операций. При этом доминирующим должны быть операции на сонных артерий в первую очередь для профилактики ишемического инсульта. В последующем предпочтение должно отдаваться вмешательствам с наименьшей хирургической агрессией, в том числе лапароскопическим операциям.

Первоочередное выполнение реконструктивных оперативных вмешательств на каротидном бассейне у больных с ЖКБ позволяет в большинстве случаев добиться улучшения состояния больного, избежать таких серьезных осложнений, как острое нарушение мозгового кровообращения, инвалидизации и потери трудоспособности.

**СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ
С ОДНОВРЕМЕННЫМ СОЧЕТАНЫМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ
ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ И АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

Кательницкий И.И., Забазнов К.Г., Емельянов В.А.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

Цель работы: изучить состояния гемодинамики головного мозга, цереброваскулярную реактивность (ЦВР) сосудов мозга при сочетанных поражениях внутренних сонных артерий (ВСА) и сосудов нижних конечностей перед реконструктивными вмешательствами.

Материалы и методы. Оценка степени тяжести нарушения мозгового кровообращения при каротидном стенозе производилось у 60 больных с одновременным наличием облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей. У всех больных имело место гемодинамически значимое одностороннее атеросклеротическое поражение ВСА.

По степени стеноза ВСА пациенты были разделены на две группы. К 1 группе были отнесены 23 пациента со стенозом ВСА до 75%. Во 2 группе было 37 пациентов со стенозом ВСА свыше 75%. Средний возраст больных в этих группах составлял – 61,5±5,5 лет.

Количество больных с тяжелой хронической ишемией нижних конечностей (ХИНК) (III-IV степени): в 1 - ой группе – 8 человек, во 2 - ой группе - 10.

Гемодинамика мозга оценивалась с помощью интракраниальной доплерографии.

Для более детального изучения гемодинамики мозга у пациентов первой группы мы применяли компрессионную пробу с пережатием ВСА.

Результаты показателей гемодинамики сосудов мозга сопоставляли с показателями ЦВР мозгового кровообращения, полученными при использовании компрессионной пробы.

Результаты. Выявлено достоверное увеличение скорости кровотока в ВСА на стороне поражения, коррелирующее со степенью стенозирования ВСА.

Достоверного изменения показателей гемодинамики в средних мозговых артериях у больных первой группы не наблюдалось. Во второй группе больных были замороженные изменения гемодинамики мозга. В свою очередь показатели вазодилататорного резерва мозгового кровообращения у пациентов в обеих группах указывали на достоверное снижение ЦВР в бассейне стенозированной ВСА.

В первой группе (со стенозом <75%) с обеих сторон наблюдалось равнозначное незначительное уменьшение показателей ЦВР. Однако отличалась степень снижения показателей ЦВР, рассчитанная отдельно по систолической и диастолической скорости кровотока. При этом в большей степени снижалась систолическая скорость кровотока $K_{\Delta}Vs$, в меньшей степени наблюдалось снижение диастолической - $K_{\Delta}Vd$. На стороне стенозированной ВСА значение $K_{\Delta}Vs$ было заметно снижено в сравнении с показателями, полученными у пациентов группы контроля. Эта разница составила 32,3%. При этом значения $K_{\Delta}Vd$ понизились на 24,2%, а $K_{\Delta}Vm$

– на 30%. С противоположной от стеноза стороны также имело место снижение $K_{\Delta}Vs$ на -29,5%, $K_{\Delta}Vd$ на -21,6% и $K_{\Delta}Vm$ – на 25,2% в сравнении со скоростными показателями в контрольной группе.

Во второй группе пациентов на стороне поражения снижение показателей ЦВР в сравнении с данными, полученными в контрольной группе, составило: $K_{\Delta}Vs$ – на 57,3%, $K_{\Delta}Vd$ – на 42,6%, $K_{\Delta}Vm$ – на 49,5%. В сравнении с 1 группой больных во 2 группе так же превалировало снижение ЛСК: $K_{\Delta}Vs$ – снизилось на 37,2%, $K_{\Delta}Vd$ – на 26,5 и $K_{\Delta}Vm$ – на 30,1%.

Вывод. Определение ЦВР при помощи компрессионной пробы является объективным диагностическим методом, позволяющим выявить степень снижения перфузии мозга у больных со стенозом ВСА менее 75%, и может быть использован при выборе приоритетного реконструктивного пособия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ, ВЫЗВАННОЙ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ АРТЕРИЙ ГОЛЕНИ, У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кательницкий Иг.И., Мурадов А.М.

*ГБОУ ВПО “Ростовский государственный медицинский университет”
Россия, г. Ростов-на-Дону*

Цель: проанализировать отдаленные результаты транслюминальной баллонной ангиопластики в лечении критической ишемии, вызванной атеросклеротическим поражением артерий голени, у пациентов с сахарным диабетом.

Материалы и методы: 65 пациентам с КИНК были выполнена коррекция периферического кровотока. 30 больных страдали сахарным диабетом 2-го типа, они составляли I-ую группу. Контрольную группу составляли 35 пациентов с критической ишемией также вызванной атеросклерозом артерий голени, однако без сопутствующего сахарного диабета. В первой группе 2 пациента имели поражение одной артерии, 20 имели поражение двух артерий, 8 имели трехсосудистое поражение. Во второй группе объем поражения распределился следующим образом: 4, 19, 12 пациентов соответственно. В I-группе 16 пациентов имели III степень ишемии по Фонтейну-Покровскому, 14 пациентов – IV степень. Во II-ой группе 22 и 13 больных имели III и IV степень ишемии соответственно.

Во всех случаях была проведена транслюминальная баллонная ангиопластика В предоперационном периоде, все больные получали антиагреганты - Клопидогрел в дозе 75 мг 1р/день. В послеоперационном периоде проводилась двойная антиагрегантная терапия (Клопидогрел 75 мг 1р/д, Тромб-АСС 100 мг 1р/д в течение 9 месяцев. Наблюдение за пациентами продолжалось в течении года после операции. Оценка результатов лечения произведена на 1 месяц, 3 месяц, 6 месяц, 9 месяц и 12 месяц после операции.

Полученные результаты: технический успех баллонной ангиопластики составил 100 % в обеих группах. У пациентов с ХИНК III в обеих группах в ближайшем послеоперационном периоде в 100% случаев наблюдалась положительная клиническая динамика, снижалась интенсивность болевого синдрома, увеличивалась дистанция безболевого ходьбы. У больных с трофическими изменениями клинический успех составил 79 % в первой группе, 92% во второй. У 11 пациентов первой группы наблюдалось заживление трофических ран. 3 пациента отметили уменьшение болевого синдрома, однако процесс регенерации тканей в области трофической язвы не отмечался. Во второй группе только у одного пациента, с трех-сосудистым поражением, не наблюдалось заживление раны. Через 3 месяца 30% и 20% пациентов I-ой и II-ой группы соответственно потребовались повторные эндоваскулярные вмешательства, поскольку произошло закрытие артерий голени, которое проявлялось возвращением клинической картины (интенсивный болевой синдром, появление новых участков некроза). Первичная проходимость в отдаленном послеоперационном периоде через 6, 9, 12 месяцев составила 60%, 53%, 40% и 80%, 71%, 63% в I-ой и II-ой группах соответственно.

Выводы: Транслюминальная баллонная ангиопластика в комбинации с двойной антиагрегантной терапией являются эффективным способом восстановления проходимости артерий

голенн у пациентов с критической ишемии нижних конечностей. Однако отдаленные результаты остаются на умеренном уровне. Наличие сопутствующего сахарного диабета усугубляет ситуацию. Поражение мелкого артериального русла при данном заболевании, проявляющееся в виде диабетической ангиопатии, снижает показатели отдаленной проходимости. Таким образом, модернизация данного метода, а также поиск новых способов лечения критической ишемии являются одними из основных задач современной сосудистой хирургии.

ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ И МИКРОДОЗОВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

Каторкин С.Е., Мельников М.А., Жуков А.А., Кушнарчук М.Ю., Репин А.А.,
Кравцов П.Ф.

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, г. Самара

Актуальность. Венозные трофические язвы встречаются у 2% взрослого населения индустриально развитых стран [1,2]. Глубокое и циркулярное повреждение ткани приводит к вовлечению в патологический процесс мышц, сухожилий, развитию периостита, артриту и контрактуры голеностопного сустава. Значительно ухудшается работа мышечно-венозной помпы, отмечается вторичная артериальная ишемия и компрессионные невриты. Развитие компармент-синдрома значительно ухудшает условия доставки кислорода к тканям и приводит к тяжелой тканевой гипоксии. Она, несомненно, нуждается в коррекции в ходе комплексного лечения и медицинской реабилитации. В настоящее время применяется этапное лечение венозных трофических язв с учетом фазы патологического процесса [3]. Оно направлено на эпителизацию или уменьшение площади язвенного дефекта, улучшение состояния окружающих тканей, уменьшение болевого и отеочного синдромов. Широко используется эндоскопическая диссекция несостоятельных прободающих вен [3,4]. Высокая распространенность, охват данной патологией практически всех возрастных групп диктуют необходимость постоянного совершенствования имеющихся и разработки новых методов медицинской реабилитации больных осложненными формами ХВН нижних конечностей.

Цель. Улучшение результатов лечения пациентов с ХВН С6 класса за счет применения в комплексном лечении аппарата низкоинтенсивной лазерной и микродозовой лекарственной терапии «КОМБИС».

Материалы и методы исследования. С применением ультразвукодоплерографии, клинического анализа движения, функциональной миографии и плантографии обследовано 58 пациентов (средний возраст $64,2 \pm 3,1$ года) С6 класса. Анамнез заболевания превышал 10 лет. Причиной развития ХВН в 23 наблюдениях (39,6%) была варикозная болезнь (ВБ), а у 35 (60,4%) пациентов – посттромбофлебитическая болезнь (ПТБ). У 88% больных площадь язвы составила менее 20 см². Сопутствующая патология опорно-двигательной системы диагностирована у всех обследованных больных С6 класса. Развивалась функциональная недостаточность обеих нижних конечностей, патологическая ходьба и резко выраженная недостаточность мышечно-венозной помпы. В I группе пациентов (26 человек) применялся аппарат низкоинтенсивной лазерной и микродозовой лекарственной терапии «КОМБИС» [5]. Проводился регулярный бактериологический контроль раневой поверхности (до и после процедуры). Тепловизионная диагностика способствовала определению площади нежизнеспособных тканей и давала качественную оценку эффективности лечения больных. Во II группе (32 пациента) лечение проводилось общепринятыми методами.

Результаты исследования. Выявлена ассоциативная аэробная микрофлора с уровнем бактериальной обсемененности в среднем 107-108 микробных тел на 1 грамм ткани (м.т/г). *St. aureus* обнаружен в 43% случаев, *Str. epidermidis* в 25%, *Pr. vulgaris* – в 7%, *Ps. aeruginosa* - в 10%, смешанная форма – в 15%. После I сеанса применения аппарата низкоинтенсивной лазерной и микродозовой лекарственной терапии «КОМБИС» происходило снижение микробной контаминации на 1-2 порядка с отсутствием роста микрофлоры. У пациентов I группы было достигнуто более раннее очищение язв, в среднем, на 5-6 сутки. Во II группе аналогичный результат достигался на 9-10 сутки. В I группе наблюдалось уменьшение отека тканей в области язв, пре-

крашение гноетечения в среднем на 2-3 сутки после начала лечения, а также более раннее появление грануляций и краевой эпителизации с купированием болевого синдрома и зуда. При этом у пациентов I группы сроки начала эпителизации трофических язв составили, в среднем, 13,9 суток, а у больных в группе контроля начало процессов регенерации приходилось на 23,3 сутки. Пациентам I группы при площади трофического дефекта более 5 см² во вторую фазу (репарации) язвенного процесса при лабораторно подтвержденной деконтаминации язвы до уровня 102-104 м.т/г и/или отсутствии роста микрофлоры в динамике проводилась аутодермопластика расщепленным кожным лоскутом, как в качестве самостоятельного метода, так и в сочетании с вмешательством на подкожных и перфорантных венах. Фасциотомию на голени производили при выраженных циркуляторных трофических нарушениях с дерматолипофасциосклерозом и компрессионным синдромом. Для ликвидации горизонтального рефлюкса выполняли эндоскопическую диссекцию перфорантных вен. В качестве донорской зоны, как правило, использовали переднелатеральную поверхность бедра. Забор кожного лоскута толщиной 0,5-0,8 мм осуществляли механическим или ручным дерматомом. После аппликации донорской кожи по всей площади трофической язвы раневую поверхность укрывали неадгезивной повязкой и накладывали компрессионный бандаж сроком на 3-5 суток. Для закрытия донорской зоны использовали атравматические сетчатые повязки. Аутодермопластика была выполнена у 16 пациентов I группы и 24 пациентов II группы. Полное приживление кожных лоскутов зафиксировано у 12 пациентов (75%) после применения в качестве предоперационной подготовки аппарата низкоинтенсивной лазерной и микродозовой лекарственной терапии «КОМБИС». В контрольной группе – у 8 пациентов (33%). При этом сроки подготовки к оперативному закрытию трофических язвенных дефектов у больных I группы (в среднем 12,3 суток) на 4,9 (28,5%) были короче аналогичных сроков у пациентов II группы. Тепловизионное исследование показало, что в группе, использовавшей аппарат низкоинтенсивной лазерной и микродозовой лекарственной терапии «КОМБИС», полное заживление язв наблюдалось у 56% пациентов, в то время как во II группе этот показатель составлял 32,4% ($p < 0,05$). Более того, в I группе период эпителизации был достоверно короче, чем в группе сравнения ($p < 0,05$). Расчет отношения шансов показал, что у пациентов I группы шанс достижения желаемого конечного результата был выше, чем в группе не использовавшей аппарат низкоинтенсивной лазерной и микродозовой лекарственной терапии «КОМБИС».

Выводы. Аппарат низкоинтенсивной лазерной и микродозовой лекарственной терапии «КОМБИС» обладает выраженным бактерицидным, бактериостатическим, анальгезирующим и седативными эффектами, улучшает и ускоряет процессы очищения, регенерации и эпителизации трофических язв.

СПОСОБ СНИЖЕНИЯ ОБЪЕМНОГО КРОВОТОКА ПО АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЕ С ПОМОЩЬЮ ЭКСТРАВАЗАЛЬНОГО КОРРЕКТОРА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Каторкин С.Е., Мельников М.А., Репин А.А., Кравцов П.Ф., Жуков А.А., Кушнарчук М.Ю.

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, г. Самара

Актуальность. В Российской Федерации отмечается ежегодный значительный рост пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии (ТХПН), нуждающихся в лечении различными методами внепочечного очищения крови, опережающий среднемировые показатели. [1]. Артериовенозная фистула является основным доступом для проведения хронического гемодиализа. [8] Одним из отдаленных осложнений после формирования артериовенозной фистулы является избыточный сброс по фистульной вене, приводящая к высокому объему кровотока и развитию хронической сердечной недостаточности, которая характеризуется высоким минутным сердечным выбросом, ригидна к медикаментозной терапии и требует хирургической коррекции кровотока по артериовенозной фистуле [2,3,4,5]. Целью хирургического вмешательства является уменьшение венозного возврата в правое предсердие путем снижения кровотока по постоянному сосудистому доступу [6]. Для этого используются различные методы коррекции: перевязка проксимальной артерии, легирование артерио-

лизированной вены, реконструкция артериовенозной фистулы методом пликация фистульной вены, реконструкция артериовенозной фистулы методом имплантации «bridge-графта» [3]. Выбор оптимальной методики по-прежнему следует считать актуальным и определяется тяжестью клинической картины.

Цель исследования. Оценить эффективность экстравазальной коррекции кровотока по артериовенозной фистуле у пациентов с ТХПН.

Материалы и методы. Пациенту, получающему программный гемодиализ в течение 7 лет вследствие хронического гломерулонефрита с исходом в нефросклероз и ТХПН, проведена оперативная реконструкция артериовенозной фистулы левого плеча. Горизонтальным разрезом длиной 8 см в кубитальной области обнажена артериолизованная подкожная вена диаметром 3 см. Тромботические массы в просвете отсутствуют. Выделена фистульная вена на расстоянии 1-2 см от анастомоза на протяжении 6 см в проксимальном направлении. Установлен экстравазальный спиральный корректор, диаметром 12 мм. На протяжении 30 мм с фиксацией атравматической нерассасывающейся нитью 6,0 к стенке вены. Швы на рану.

Результаты исследования и их обсуждение. До, интра-, и послеоперационный контроль осуществлялся посредством цветового доплеровского картирования и ЭхоКГ. Послеоперационный период протекал без особенностей. Жалоб на одышку, отеки нижних конечностей, общую слабость пациент более не предъявлял и отметил улучшение общего состояния. Объективно: Кожные покровы бледно-розовые, цианоза слизистых оболочек нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца тихие, ритм правильный. АД 130 и 80 мм рт. ст., пульс 68 ударов в минуту. Отеков на нижних конечностях нет. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под реберной дуги. Стул регулярный. Данные цветового доплеровского картирования до и после операции - объемный кровоток снизился с 3000 мл/мин до 871 мл/мин. Данные ЭхоКГ до и после операции - выносящий тракт правого желудочка уменьшился с 38 мм до 30 мм. Программированный гемодиализ продолжался выполняться с использованием артериовенозной фистулы.

Представленное клиническое наблюдение показывает, что одной из причин сердечной недостаточности у больных с хронической почечной недостаточности на гемодиализе является повышенный сброс по артериовенозной фистуле и увеличение сердечного выброса. Компенсаторные возможности у гипертрофированного миокарда у диализных больных снижены. Необходима своевременная диагностика увеличения кровотока в артериовенозной фистуле и аневризматической трансформации фистулы с использованием цветового доплеровского картирования, а также оценка методом ЭхоКГ компенсаторных возможностей сердца испытывать нагрузку объемом [5]. Регресс клинических проявлений сердечной недостаточности и обратная динамика показателей, полученных с помощью ЭхоКГ после проведения данной операции у пациента, свидетельствуют о доминирующем вкладе избыточного кровотока сосудистого доступа на развитие сдвигов кардиогемодинамики.

Показанием для проведения данной операции – являлось прогрессирующее проявление сердечной недостаточности и такие объективные критерии как увеличение скорости объемного кровотока по фистульной вене более 1000 мл/мин или 10% от сердечного выброса [7]. Предложенный способ реконструкции артериовенозной фистулы позволил сохранить существующий сосудистый доступ для непрерывного проведения программного гемодиализа и снизить объемный кровоток по артериовенозной фистуле. Это привело к уменьшению объемной перегрузки сердца, восстановлению компенсаторных возможностей миокарда, снижению прогрессирующей дилатации и гипертрофии правого предсердия и желудочка.

Заключение. Избыточный кровоток по фистульной вене является причиной возникновения и прогрессирования хронической сердечной недостаточности у пациентов, находящихся на хроническом гемодиализе. Хирургическая реконструкция артериовенозной фистулы, направленная на редукцию кровотока до нормальных показателей (600-1200 мл/мин.), является эффективным методом лечения сердечной недостаточности подобного генеза. Предлагаемый способ позволяет сохранить существующий сосудистый доступ для проведения программного гемодиализа и купировать проявления хронической сердечной недостаточности.

КОРРЕГИРУЮЩАЯ СТЕОТОМИЯ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ СТОП

Кетов М.С., Копысова В. А.

*ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Новокузнецк, Россия*

Причинами, приводящими к снижению опорно-двигательной и рессорной функции стопы с развитием статической деформации могут быть анатомо-топографические особенности, последствия повреждений и заболеваний.

В зависимости от особенностей патологических изменений их преобладания в костно-суставных, связочных структурах заднего, среднего, переднего отделов стопы или при комплексных нарушениях адаптированно предпринимается хирургическая коррекция, направленная на нормализацию опороспособности стопы, динамику движений. У пациентов с уплощенным продольным и (или) поперечным сводами стопы, варусным отклонением I плюсневой кости, молоткообразным II пальцем применяются различные медицинские технологии корригирующей остеотомии I плюсневой кости, основной (средней) фаланги II пальца, формированием поперечного свода стопы. Нарушение взаимоотношений таранной и пяточной костей в пяточно-таранном суставе с формированием пронационного положения заднего отдела стопы без существенного снижения продольного свода корригируется путем выполнения артроэреза. У пациентов со снижением продольного свода стопы дополнительно выполняется корригирующая остеотомия пяточной кости по Эвансу, либо медиальной клиновидной кости. По данным литературы после коррекции осевых нарушений, уплощение свода стопы, развитие деформирующего артроза через 3-5 лет после операции наступает у 28,3-36,1% больных.

В ортопедическом отделении МБЛПУ «Городская клиническая больница № 1» г.Новокузнецка в период 2010-2016 г.г. после комплексного ортопедического и лучевого исследования у 120 больных со статической деформацией стоп выполнена хирургическая коррекция в 68 (56,7%) случаях у больных с продольным плоскостопием II-III степени HalluxValgus предпринята корригирующая остеотомия I плюсневой кости по Логрошино с использованием S-образных скоб с эффектом памяти формы и пористого клиновидного имплантата из никелида титана (ФСР 2009/04558 от 20.09.2011 г.), в т.ч. у 5 пациентов с молоткообразной деформацией II пальца выполнена резекция сухожилия короткого сгибателя на уровне его прикрепления к капсуле межфалангового сустава. У 17 (14,2%) больных с комбинированным плоскостопием после корригирующей остеотомии кости по Логрошино накладывали синостизирующую скобу, стягивающую I-II плюсневые кости с целью формирования поперечного свода и устранения распластанности переднего отдела стопы. Деформацию костей и суставов переднего отдела обеих стоп у 6 (5,0%) больных с последствием ревматоидного полиартрита устраняли путем корригирующей остеотомии I-II плюсневых костей и основной фаланги I пальца. Фиксацию осуществляли интрамедуллярными стержнями и на костными скобами с эффектом памяти формы.

Показанием для выполнения артроэреза у 25 (20,8%) больных являлось увеличение пяточно-таранного угла свыше 50°, угла наклона таранной кости 35°, пяточной кости 25° с сохранением ладьевидного угла свода 140-150°. В 4 (3,3%) случаях у пациентов с плосковальгусной стопой и существенным снижением продольного свода (ладьевидный угол свода 165-170°) дополнительно к артроэрезу выполняли корригирующую остеотомию пяточной кости по Эвансу с использованием пористого клиновидного имплантата и самофиксирующейся на костной пластины с эффектом памяти формы. Внешняя иммобилизация съемной шиной оперированных стоп проводилась в течении 7-30 дней. Со вторых-третьих суток после операции начинали восстановительное лечение, включающее кинезотерапию и физиопроцедуры с целью восстановления тонуса мышц бедра, голени и стоп и нормализации нейрососудистых нарушений. Расхождение швов, местная воспалительная реакция отмечены в 2 (1,7%) случаях. После лечения воспалительный процесс купирован, были наложены вторичные швы. Через 12 месяцев после артроэреза в связи с миграцией подтаранного винтового имплантата. У 1 (0,8%) больного конструкция удалена. При осмотре через три года

коррекция заднего отдела стопы, достигнутая при операции сохраняется, но в связи с развитием деформирующего артроза пяточно-таранного сустава и болями пациент нуждается в периодическом лечении.

Таким образом взвешенное планирование объема и характера медицинской технологии по коррекции деформации стоп в зависимости от степени мобилизации резервных возможностей стопы, проявляющихся в форме адаптационно-приспособительных или компенсаторных изменений позволило у 97,5% больных получить хорошие и удовлетворительные результаты лечения.

НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ «И ИНФАРКТА МИОКАРДА: ОПЫТ «ДОРОЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ НА СТ. ЧЕЛЯБИНСК ОАО «РЖД»

**Киреев К.А., Фокин А.А., Москвичёва М.Г., Царёв А.П., Краснопеев А.В., Вдовин Е.В.,
Сощенко Д.Г., Садыков Р.Ф., Соколов Д.В., Уткина С.В., Михайлов Е.В., Смирнова О.В.,
Тихонова С.А., Шагиева М.С., Рудик А.В.**

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД»

В Российской Федерации и в Челябинской области в частности болезни системы кровообращения представляют собой чрезвычайно актуальную проблему, занимая первое место в структуре общей смертности населения с долей выше 50%. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в нашем регионе в 2014 г. превышала общероссийское значение – 676,9 против 653,7 на 100 тыс. населения. Одно из направлений снижения этого показателя связано с совершенствованием медицинской помощи экстренным пациентам кардиологического профиля. С августа 2011 г. в Челябинской области работает рентгенэндоваскулярная служба НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД» (НУЗ ДКБ), ориентированная на лечение острого коронарного синдрома (ОКС) с применением чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ).

Цель работы: оценить непосредственные результаты 4-летней работы регионального сосудистого центра НУЗ ДКБ по оказанию специализированной медицинской помощи при ОКС.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ годовых статистических отчётов отделений кардиологии и рентгенохирургии за 2012-15 гг. Оценку результатов проводили по 2 направлениям: 1 группа – период 2012-14 гг. (этап внедрения ЧКВ) и 2 группа – период 2015 г. (утверждение окончательного порядка маршрутизации больных с ОКС, полноценное перестроение инфраструктуры НУЗ ДКБ для приёма и лечения urgentных пациентов).

Результаты. За 2012-15 гг. в НУЗ ДКБ госпитализировано 4071 пациент с ОКС, из них 1691 (41,5%) в 2015 г. В результате проведённых лечебно-диагностических вмешательств установлено: острый инфаркт миокарда (ОИМ) – 1842 (45,2%) случаев, нестабильная стенокардия – 2064 (50,7%) случаев, острая коронарная патология не подтвердилась – 165 (4,1%) случаев. В первую и вторую группы исследования вошли 1191 и 651 наблюдений ОИМ. Охват экстренными коронарографиями больных с ОИМ в 2012-14 гг. составил 80,1%, в 2015 г. – 82,6%. Удельный вес пациентов с ОИМ, которым проведено экстренное ЧКВ в общем количестве пациентов: первая группа – 63,8%, вторая группа – 68,7%. Летальность среди пациентов с ОИМ в 2012-14 гг. – 11,1%, в 2015 г. – 8,8%. Наилучшие показатели летальности получены среди больных с реперфузионной терапией – 7,5% и 5,1% в 2012-14 и 2015 гг. соответственно. Летальность в подгруппах (2012-14/2015 гг.): «только коронарное стентирование» – 6,3%/4,0%, «только тромболитическая терапия» – 12,9%/14,3% и «стентирование+системный тромболитический» – 8,8%/6,9%. Самая высокая летальность зарегистрирована у больных без реперфузионной терапии – 18,5%/18,6%.

Заключение. Первый этап применения эндоваскулярных технологий в лечении ОИМ в НУЗ ДКБ характеризовался значимым снижением летальности с 16,0% в 2007-2011 гг. до 10,8% в 2012-14 гг. Накопление клинического опыта в организации и лечении ОИМ способствовало дальнейшей положительной динамике с улучшением показателя до 8,8% в 2015 г. Снижение

госпитальной летальности при ОИМ мы связываем с комплексом мер по созданию благоприятных условий для применения ЧКВ, при которых регистрируются самые лучшие результаты:

- внутренний контроль качества по тактическому отбору пациентов с ОКС на коронарные интервенции, а также назначению антитромботической терапии;
- постоянный анализ осложнений в медицинской организации и создание внутрибольничных протоколов по их предупреждению;
- выделение «проблемных» подгрупп, в которых регистрируется высокая летальность (например, пациенты старшего возраста; не получившие реперфузионного лечения; больные с острой сердечной недостаточностью III-IV классов по T.Killip и др.), и дополнительная их курация с постоянным анализом негативных состояний;
- постоянное внедрение современных технологий в лечебный процесс и непрерывное повышение квалификации;
- привлечение сотрудников научных школ и ведущих специалистов региона для лечебно-консультативной помощи в сложных клинических ситуациях;
- создание алгоритмов реабилитации пациентов с ОИМ для скорейшего восстановления и уменьшения загруженности реанимационного и кардиологического отделений;
- научные исследования по собственному клиническому материалу, в т.ч. с участием научно-педагогических работников «Южно-уральского государственного медицинского университета».

АППАРАТНЫЙ ШОВ БЕЗ РАЗБОРТОВКИ КРАЁВ СОСУДОВ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИЯХ АОРТО-БЕДРЕННОГО СЕГМЕНТА

Ковальский А. В. Максимов И.Б.

*Кафедра Хирургии неотложных состояний и онкологии Главного Военного
- клинического госпиталя им Н.Н. Бурденко. г. Москва, Россия*

Клиника располагает опытом 448 операций на сосудах аорто-бедренного сегмента. В последние годы проводилась работа по внедрению новых методов диагностики и лечения, которые способствовали улучшению результатов, уменьшению послеоперационных осложнений.

Для упрощения и ускорения наложения сосудистого шва по типу «конец в конец» разработан метод формирования телескопического анастомоза без разбортовки краёв и сконструирован прибор «ССР» - сосудосшивающий радиарный. После экспериментальной апробации проведено клиническое внедрение механического шва с телескопическим анастомозом при подвздошно-бедренном и аорто-бедренном протезировании. Сформированный таким образом анастомоз практически герметичен за счёт образования дубликатуры сосудов с протезом, позволяет использовать тонкий слой адвентиции, возникающий при протезировании полностью окклюзированного сосуда. Он имеет идеально крупную форму, линия анастомоза и близлежащий к нему участок протеза на протяжении 3-5 мм. прикрываются вновь сформированной неоинтимой. Применение телескопического анастомоза создаёт наиболее благоприятные условия для ламинарного кровотока и препятствует тромбообразованию. Прибор «ССР» прост в обращении, надёжен в работе, анастомоз с его помощью накладывается в течении нескольких минут.

ОПЫТ РАБОТЫ КЛИНИКИ БЕЗ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ В РАМКАХ ЧАСТНО-ГОСУДАРСТВЕННОГО ПАРТНЕРСТВА В ОРГАНИЗАЦИИ ИНВАЗИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Козлов С.В., Дмитриев В.К., Дрозд А.В., Фокина Е.Г., Липченко А.А.

МО «Новая больница», ГКБ № 33, г. Екатеринбург, Россия

Цель: Оценить особенности организации инвазивной помощи пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС) в частной клинике без хирургической поддержки в рамках частно-государственного партнерства.

Методы: Проведен анализ работы отделения рентгенхирургических методов диагностики и лечения МО «Новая больница» с пациентами, поступившими для оказания инвазивной помощи с предварительным диагнозом ОКС.

Результаты: Регионом обслуживания МО «Новая Больница» являются два района города Екатеринбурга с населением около 300 тысяч, в клинике отсутствует сердечно-сосудистая хирургия. В период 2014-2015 годы в отделение рентгенхирургии поступило 1986 пациентов с предварительным диагнозом ОКС. Средний возраст пациентов составил 64 года (от 25 до 97 лет). Все процедуры коронарографии (КАГ) и чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) выполнялись двумя врачами рентгенхирургами и тремя операционными медсестрами. Для обеспечения круглосуточной помощи были организованы дежурства на дому. В состав выезжающей операционной бригады входил один врач и одна медсестра, доставка осуществлялась службой такси по договору с транспортной компанией. При выполнении процедур ЧКВ обязательно присутствовал врач и медсестра отделения ОРИТ.

Всем пациентам была проведена экстренная КАГ в соответствии с алгоритмами, принятыми в клинике. Пациентам с ОКС, прошедшим отделение рентгенхирургии были выставлены следующие клинические диагнозы:

- Нестабильная стенокардия – 826 пациентов (41%)
- Инфаркт миокарда без подъема сегмента ST – 329 пациентов (17%)
- Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST – 813 пациентов (41%)
- Не коронарогенные заболевания – 18 пациентов (1%)

В выходные дни и «нерабочее» время, инвазивная помощь была оказана 772 пациентам (39% от всех поступивших).

Всего было проведено ЧКВ у 1553 пациентов (78% от всех поступивших). После догоспитальной тромболитической терапии было 193 пациента (10%) из них выполнено ЧКВ у 175 (91%).

Общая госпитальная летальность в группе ЧКВ составила – 3,6% (n=56), в группе ИМ без ПССТ летальность – 3% (n=10), в группе ИМ с ПССТ – 5,6% (n=46) в фармакоинвазивной группе летальность составила – 1,7% (n=3). В группе изолированной КАГ летальности не было.

Выводы: проведение инвазивной стратегии лечения пациентов с ОКС в условиях частной клиники без хирургической поддержки возможно и эффективно.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЧКВ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИКАРДА С ОСТАНОВКОЙ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ С УСПЕШНОЙ РЕАНИМАЦИЕЙ

Козлов С.В., Дмитриев В.К., Дрозд А.В., Фокина Е.Г., Липченко А.А.

МО «Новая больница», ГКБ № 33, г. Екатеринбург, Россия

Цель: Оценить особенности проведения чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у пациентов с инфарктом миокарда, переживших клиническую смерть на догоспитальном этапе с успешной реанимацией.

Методы: Проведен анализ пациентов с инфарктом миокарда, поступивших в отделение рентгенхирургии МО «Новая Больница» за период 2014-2015 годы, после клинической смерти на догоспитальном этапе с успешной реанимацией. Пациенты брались в рентгенооперационную рутинно, согласно принятым алгоритмам в клинике.

Результаты: Всего было 34 пациента. Средний возраст пациентов составил 69 лет (от 46 до 95 лет). Клинические диагнозы: ИМ с ПССТ у 27 пациентов (79%); ИМ без ПССТ у 7 пациентов (21%). После догоспитальной тромболитической терапии было 6 пациентов (18%).

Анатомия поражения: 1-2 сосудистое поражение у 24 пациентов (70,5%), 3-х сосудистое у 4 пациентов (12%), поражение ствола ЛКА у 6 (17,5%). Инфаркт зависимой артерией (ИЗА) в большинстве случаев являлась передняя нисходящая артерия (ПНА) – у 14 (41%), стволочное поражение у 6, правая коронарная и огибающая артерии у 13 пациентов (38%), один пациент с циркулярным инфарктом миокарда имел острую окклюзию сразу двух бассейнов (ПНА и ПКА). Бифуркационные и устьевые поражения ИЗА были у 12 пациентов (35%). Индекс тромбоза

ИЗА по TIMI 4-5 баллов было у 19 (56%). С ОСН 3-4 класса по Killip было 12 пациентов (35%) из них на ИВЛ было 7 пациентов. Рецидивирующая ФЖ при проведении ЧКВ отмечалась у 4 пациентов (12%). Внутриаортальная баллонная контрпульсация проводилась у 3 пациентов (8%).

Ангиографический успех ЧКВ был достигнут у 32 пациентов из 34 (94%). Госпитальная летальность в анализируемой группе составила 15% (n=5), один пациент умер на операционном столе в ходе проведения ЧКВ. Причиной смерти в большинстве случаев явился кардиогенный шок (ОСН 4 ст.) с развитием синдрома полиорганной недостаточности. У одного пациента с продленной ИВЛ причиной смерти явилось острое кровотечение из артерий щитовидной железы.

Выводы: особенностями проведения ЧКВ у пациентов с инфарктом миокарда переживших клиническую смерть на догоспитальном этапе являются:

- относительно высокая частота стволового поражения (>17%) и поражения ПНА (41%)
- высокая частота пациентов с ОСН 3-4 ст. по Killip – 35% с высокой потребностью

ИВЛ.

- несмотря на относительно высокую частоту непосредственного успеха ЧКВ (94%), остается значительная госпитальная летальность (15%), основной причиной смерти является кардиогенный шок с развитием синдрома полиорганной недостаточности.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАСПРОСТРАНЕННОЙ КАТЕТЕР ИНДУЦИРОВАННОЙ ДИССЕКЦИИ АОРТЫ У ПАЦИЕНТА С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ПРИ СПАСИТЕЛЬНОМ ЧКВ ПОСЛЕ НЕЭФФЕКТИВНОЙ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Козлов С.В., Дмитриев В.К., Фокина Е.Г., Липченко А.А.

МО «Новая больница», ГКБ № 33, г. Екатеринбург, Россия

Мужчина 55 лет с первичным инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST после неэффективной догоспитальной тромболитической терапии был экстренно доставлен в рентгеноперационную МО «Новая Больница» для проведения спасительного ЧКВ.

Процедура проводилась через правый лучевой доступ с помощью проводникового 6F билатерального гайд катетера Radial ST (Boston Scientific, США). Первым этапом выполнена успешная реканализация и стентирование окклюзированной ОА (инфаркт связанная артерия). В дальнейшем, при контрастировании правой коронарной артерии в рамках диагностической ангиографии у пациента развилась спиральная диссекция относительно интактной правой коронарной артерии с последующим распространением диссекции на корень аорты, восходящую и нисходящую аорту.

Проведено экстренное стентирование правой артерии на протяжении среднего, проксимального сегментов и устья. При выполнении срочной МСКТ выявлена распространенная диссекция аорты от корня до устья левой почечной артерии.

После обсуждения ситуации с кардиохирургами, было решено вести пациента консервативно. Повторная МСКТ через две недели показало полное «заживление» аорты без признаков расслоения. Пациент выписан без жалоб, в стабильном состоянии, период наблюдения составил более 11 месяцев.

Обсуждаются факторы риска ятрогенной диссекции аорты, возможности консервативного лечения этого осложнения.

ГИБРИДНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ АОРТЫ

Комаров Р.Н., Белов Ю.В., Каравайкин П.А.

ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России», г. Москва, Россия

Один из самых интересных, сложных и драматичных вызовов современной сердечно-сосудистой хирургии – это хирургия аорты. Особенно тяжёлый контингент – это больные с по-

ражением грудной и торакоабдоминальной аорты. Двухлетняя выживаемость таких пациентов составляет менее 30%. От разрыва аорты погибает 31% больных, от расслоения – 41%. Как правило, и хирургическое лечение таких больных сопряжено с высокой летальностью. При открытой хирургии дуги аорты смертность составляет от 2 до 20%, торакоабдоминальной аорты – от 10 до 42%. Риски связаны в первую очередь с длительной ишемией головного мозга и внутренних органов. При этом в случае успешного вмешательства 20-30% пациентов снова попадут на операционный стол из-за прогрессирования процесса и вовлечения других отделов аорты.

Новые технологии, которые внедряются в хирургию аорты, призваны уменьшить интраоперационную тяжесть, период реабилитации и с большей вероятностью предотвратить больно-от повторных вмешательств.

С появлением технологии эндопротезирования аорты значительно сузились противопоказания к хирургической коррекции аневризм и расслоений аорты: лечению подверглись пациенты, которым ранее отказывали ввиду тяжести их состояния, сопутствующей патологии, возраста. Технология показала впечатляющие результаты, как ближайšie, так и отдаленные. Однако имплантация линейного стент-графта не может быть выполнена, если в патологический процесс вовлечены устья крупных ветвей дуги аорты и её брюшного отдела. Для сохранения кровотока по брахиоцефальным и висцеральным артериям появилась возможность использовать гибридные технологии – сочетание эндоваскулярного вмешательства с открытым. К таким методам относятся дебранчинг дуги и/или брюшной аорты в сочетании с эндопротезированием и протезирование участка аорты с установкой голометаллического аортального стента.

Целью настоящего сообщения явилась демонстрация возможностей гибридного лечения аневризм и расслоений аорты как с применением дебранчинга, так и с установкой голометаллического стента.

Методы. В Клинике аортальной и сердечно-сосудистой хирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова за период с ноября 2013 по декабрь 2015 года было выполнено 29 операций на аорте с применением гибридных технологий: 7 операций с установкой голометаллического стента DJUMBODIS® Dissection System, 14 – с применением дебранчинга дуги аорты, 7 – с применением абдоминального дебранчинга.

Голометаллический аортальный стент DJUMBODIS® Dissection System представляет собой баллон-расширяемый стент, доступный в трёх вариантах длины: 40, 90 и 120 мм, предназначенный для установки в расслоенный участок аорты с целью раскрытия истинного канала, оттеснения отслоенного лоскута интимы и сдавления ложного канала с его последующим тромбозом. Максимально стент расширяется до 45 мм, что позволяет использовать его в широком диапазоне диаметров аорты. Ячеистая структура стента без тканевого покрытия позволяет устанавливать его на уровне устьев ветвей аорты.

При расслоении аорты I типа по DeBakey нами выполнено протезирование восходящего отдела аорты, дополненное имплантацией аортального стента в дугу аорты с переходом на перешеек и нисходящий отдел в 3 случаях, протезирование восходящей аорты и дуги с имплантацией стента в нисходящую аорту в 2 случаях. При расслоении аорты III типа по DeBakey одному пациенту выполнено протезирование брюшной аорты, левой почечной артерии с имплантацией стента в нисходящую аорту и одному пациенту выполнено протезирование нисходящего отдела аорты с имплантацией стента на уровне висцеральных ветвей, дополненное впоследствии имплантацией стент-графта между протезом нисходящей аорты и стентом для полной ликвидации ложного просвета.

Дебранчинг представляет собой хирургическую процедуру переключения ветвей дуги аорты и/или висцеральных ветвей брюшного отдела аорты в сегменты, не подверженные патологическому процессу, для имплантации стент-графта на уровне старых устьев переключенных артерий.

В 4 случаях при расслоении аорты III типа, аневризме нисходящей аорты выполнен дебранчинг «полудуги» с переключением левой общей сонной и левой подключичной артерий в восходящую аорту, в 9 случаях при расслоениях III типа, аневризме дивертикула Kommerell, ложной аневризме перешейка для создания адекватной посадочной зоны для стент-графта в зоне Z2 было достаточно выполнить сонно-подключичное протезирование. В одном случае был выполнен атипичный ретроградный дебранчинг – переключение левой общей сонной и левой подключичной артерий от нисходящей аорты с последующей имплантацией стент-графта в дугу аорты для перекрытия ложной аневризмы внутригрудной порции левой подключичной арте-

рии. В 6 случаях расслоения аорты III типа и в 1 случае торакоабдоминальной аневризмы II типа по Crawford выполнен тотальный абдоминальный дебранчинг – протезирование инфраренального отдела аорты с переключением всех висцеральных ветвей (в 1 случае чревный ствол не переключен ввиду его окклюзии) в протез. При этом использовались как префабрикованные протезы типа «Coselli» или многобраншевые протезы для дуги, так и сформированные на операционном столе многобраншевые кондуиты. В 1 случае торакоабдоминальной аневризмы V типа по Crawford-Safi потребовалось переключение чревного ствола и верхней брыжеечной артерии в инфраренальную аорту.

Результаты. В 100% случаев вмешательства оказались технически выполнимы и были завершены. При имплантации голометаллического стента в 1 случае (протезирование восходящей аорты и дуги с имплантацией стента в нисходящую аорту) наступил летальный исход, не связанный напрямую со стентированием, вследствие аспирационной пневмонии. В остальных случаях был полностью ликвидирован ложный канал на уровне имплантации стента.

При дебранчинге дуги аорты в 1 случае после асцендо-сонно-подключичного протезирования развилось ретроградное расслоение восходящей аорты, потребовавшее её экстренного протезирования, репротезирования ветвей дуги от протеза. В 1 случае выполнено сонно-подключичное протезирование с последующей имплантацией стент-графта в нисходящую аорту, осложнившейся ретроградным расслоением. Выполнено экстренное протезирование восходящей аорты и дуги, однако, в послеоперационном периоде развился стойкий нижний парапарез. Остальные вмешательства были дополнены эндопротезированием без осложнений. В 2 случаях тотальный абдоминальный дебранчинг не был дополнен эндопротезированием в связи с летальным исходом на фоне тромбоза бранш к почечным и брыжеечным артериям. В 6 случаях выполнено эндопротезирование без особенностей.

Выводы. Таким образом, применение гибридных технологий связано с улучшением ближайших и отдалённых результатов лечения пациентов с патологией дуги и торакоабдоминальной аорты. Применение голометаллического стента DJUMBODIS® Dissection System как в позиции дуги и нисходящей аорты, так и на уровне висцеральных артерий расширяет возможности лечения больных с расслоением на уровне крупных ветвей аорты, предотвращает мальперфузию головного мозга и внутренних органов и приводит к тромбозу ложного канала на большем протяжении. Применение хирургического дебранчинга дуги и брюшной аорты позволяет использовать все возможности эндопротезирования аорты без опасности перекрытия устьев крупных ветвей, а также уменьшает риски, возникающие при открытом протезировании дуги и торакоабдоминальной аорты. Для улучшения результатов гибридных вмешательств необходимо дальнейшее накопление опыта, решение вопросов улучшения техники хирургических вмешательств.

КУПИРОВАНИЕ РЕПЕРFUЗИОННОГО СИНДРОМА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА АРТЕРИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Корейба К. А., Минабутдинов А. Р.

*ГБОУ ВПО «Казанский ГМУ» МЗ РФ, кафедра общей хирургии,
Центр «Диабетическая стопа», г. Казань, Россия*

Актуальность. Реперфузионный синдром - совокупность осложнений, следующих за восстановлением кровотока в ранее ишемизированных органах и тканях. В 1999 г. F. W. Blaisdell в своей работе «Патофизиология ишемии скелетных мышц и реперфузионного синдрома» подробно рассмотрел изменения, происходящие в ишемизированных мышцах, и их связь с развитием осложнений и уровнем летальности вследствие восстановления кровотока конечности. Развитие реперфузионного синдрома во многом определяется исходным состоянием регионарной микроциркуляции и адекватностью реваскуляризации тканей при сосудистой реконструкции. Необходимо отметить, что тактика периоперационного лечения больных с сосудистой недостаточностью до последнего времени четко также не определена. В настоящее время большое внимание уделяется вопросам периоперационной профилактики и лечения

мультиорганных расстройств при сосудистых реконструкциях, в связи с увеличением их количества, видов и качества, у больных с синдромом диабетической стопы. Зачастую остается неясным, какие методы или препараты наиболее рационально использовать для этих целей, и в какой дозировке. У больных с синдромом диабетической стопы наблюдается снижение перфузионного давления в микрососудистом русле на фоне поражения, как магистральных артерий так и капилляров, что приводит к развитию комплекса патологических изменений – к некротическим изменениям мягких тканей. Образование препятствия артериального кровотока при сахарном диабете происходит от периферии к центру, постепенно, начиная с «мелких» сосудов. Ткани постепенно переходят в состоянии ишемии и равновесие в системе: $A=V+L$, где А-артериальный приток, V-венный отток, L-лимфатический отток, меняется тоже медленно, не заметно для больного. При проведении реконструктивной артериальной коррекции путем оперативного вмешательства это равновесие нарушается. Наличие диабетической полинейропатии снижает антитромбогенную активность эндотелия и оказывает влияние на выраженность венозной недостаточности в виде усиления трофических нарушений. Что клинически проявляется в виде реперфузионного синдрома, который можно определить как острую лимфо-венозную недостаточность. Выделяют два компонента реперфузионного синдрома: 1. местный, в результате которого усугубляется местное повреждение, 2. системный, проявляющийся как вторичная недостаточности органов и тканей, удаленных от ишемизированных

Цель. Разработать лечебную тактику периоперационного ведения больных с синдромом диабетической стопы при реконструкции артериального русла нижних конечностей.

Материалы и методы. В Центре «Диабетическая стопа» г. Казани с 2010 года применяется комплексное лечение больных с синдромом диабетической стопы. Реконструктивные операции на артериях нижних конечностей дополняются инфузионной терапией. С целью профилактики возникновения и снижения тяжести течения послеоперационных осложнений, в Центре «Диабетическая стопа» г. Казани разработан и с 2014 года внедрен в практическую деятельность способ лечения реперфузионного синдрома после реваскуляризирующих операций на артериях нижних конечностей (патент на изобретение № 2548739 от 3 1.03.2014г. РОСПАТЕНТ ФГУ ФИПС РФ). Базовой составляющей инфузионной терапии в периоперационном периоде, учитывая патогенетические изменения, при реконструктивных операциях на артериях нижних конечностей являются: простагландины E1 60 мг на 400,0 раствора NaCl 0,9% в течение 3-5 дней. Помимо применения базовой инфузионной терапии мы проводим коррекцию реперфузионного синдрома по предложенной нами оригинальной трехкомпонентной схеме лечения, включающей использование первого препарата по улучшению тонуса венозных сосудов, второго препарата по улучшению реологических свойств крови, тромболизиса, профилактике тромбообразования венозной и лимфатической систем, третьего препарата по улучшению трофики поврежденных нервных окончаний, купирование диабетической метаболической нейропатии. В качестве первого препарата по улучшению тонуса венозных сосудов используем венотоники по схеме приема: суточная доза диосмина 2700 мг, гесперидина 300 мг в 2 приема/сутки в течение 4 дней (основной курс), затем по суточная доз диосмина 1800 мг, гесперидина 200 мг в 2 приема/сутки в течение 9 дней (поддерживающий курс). В качестве второго препарата используем субтилизин со схемой приема: по 1 таблетке (800 ЕД) 2 раза в день (суточная доза 1600 ЕД) в течение 15 дней – основной курс, затем по 1 таблетке (800 ЕД) 1 раз в день (суточная доза 800ЕД) 15 дней – поддерживающий курс. В качестве третьего препарата используем внутривенное инфузирования нейропротекторов по схеме приема: 600 мг внутривенно на 200,0 физиологического раствора капельно со скоростью инфузии не более 60 кап/мин в течение 13 дней. Затем по 600 мг в сутки в виде таблеток в течение 17 дней. Результаты применения предложенной схемы:

| | Кол-во больных (n) | Амбул. лечение после реконструкции | Стац. лечение после реконструкции |
|--------------------------------|---|------------------------------------|-----------------------------------|
| Введение до реконстр. операции | 38 W2 (n=28) W3 (n=10) ХАН III (n=20) ХАН IV (n=18) | 34 (89,5%) | 4 (10,5%) |

| | | | |
|-----------------------------------|---|--------|----------|
| Введение после реконстр. операции | 40 W2 (n=32) W3 (n=8) ХАН III (n=9) ХАН IV (n=31) | 2 (5%) | 38 (95%) |
|-----------------------------------|---|--------|----------|

Выводы. 1. Применение предложенной нами трехкомпонентной схемы на фоне базовой инфузионной терапии в периоперационном периоде у больных с синдромом диабетической стопы, подвергшихся реконструктивным сосудистым операциям на нижних конечностях, позволило оптимизировать течение послеоперационного периода, путем перевода больных сразу на амбулаторное лечение. 2. Лучшие результаты достигнуты при применении данных препаратов в комплексном лечении до проведения сосудистых реконструкций, 3. Перевод больных после реконструктивных операций сразу на амбулаторное лечение позволил объективно снизить материальные расходы на лечение.

РАЗЛИЧИЯ В ИТОГАХ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАКТОМИИ И АНГИОПЛАСТИКИ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Коростелев Д.С., Захаров Е.А., Евдокимова Л.С., Бондаренко П.Б., Иванов М.А.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия

Многочисленные точки зрения по поводу показаний к двум основным методикам оперативного лечения каротидного стеноза определяет необходимость дополнительных изысканий. Целью настоящего исследования явилась оценка последствий устранения критического каротидного стеноза атеросклеротического генеза посредством каротидной эндартерэктомии (СЕА) и баллонной ангиопластики со стентированием (CAS).

Материал и методы: В основу работы легли наблюдения в сроки от одного до трех лет за 64 пациентами, перенесшими вмешательства по поводу каротидного стеноза (первая группа – СЕА – 17 больных, вторая – CAS – 47 пациентов). Анализировались особенности течения послеоперационного периода, гемодинамические нарушения, развитие осложнений, рестенозов, особенности медикаментозной поддержки.

Результаты: Осложненное течение послеоперационного периода (периферические неврологические нарушения, гиперперфузионный синдром) встречались чаще в группе СЕА (40,9 % vs 16,1%; $p < 0,05$). Во многом, это обусловлено развитием гипертензии в послеоперационном периоде, длившейся в течение первых – вторых суток (СЕА – 36,3% vs CAS - 9,6%; $p < 0,05$). Встречаемость транзиторных ишемических атак в отдаленные сроки была схожа в двух анализируемых группах (9,0% vs 9,6%), равно как и ОНМК (по одному наблюдению в каждой группе). Гемодинамически значимых рестенозов в анализируемых группах было по одному наблюдению, также как и возникновения окклюзии контрлатеральной сонной артерии за время наблюдения. В группе СЕА отмечена тенденция к увеличению агрегационной активности тромбоцитов в послеоперационном периоде (в сравнении с CAS), что может быть ответом на более травматичное оперативное вмешательство.

Выводы: В ранние сроки после СЕА достоверно чаще встречается гиперперфузионный синдром и временные неврологические нарушения (в т.ч. с ним связанные), тогда как в отдаленные сроки после CAS и СЕА результаты остаются сопоставимыми.

**ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКОЙ
ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА
В АНГИОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ДНЕВНОГО ПРЕБЫВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ**

Кривошеков Е.П., Дмитриева И.А.

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
ГБУЗ Самарской области «Самарская городская больница №6», г. Самара, Россия*

Хронические заболевания венозной системы нижних конечностей являются – болезнью цивилизации. В России во флебологической помощи нуждается более 38 млн. человек, из них с тяжелыми формами 7 млн., у 700-800 тысяч человек наблюдаются трофические язвы, 1 млн. пациентов находятся на инвалидности. Количество больных с сахарным диабетом увеличивается ежегодно, возрастает и число пациентов, у которых на фоне этой патологии имеется хроническая венозная недостаточность, требующая как длительного консервативного, так и хирургического лечения. Таким образом, сегодня очевидно, что лечение пациентов с ХВН является важнейшей медико-социальной проблемой современного общества

Целью исследования: улучшение результатов лечения больных с осложненными формами хронической венозной недостаточности на фоне сахарного диабета.

В дневном хирургическом стационаре поликлиники ГБУЗ СО «СГБ № 6» г.о. Самара за период с 2014 по 2015 годы находились на лечении 38 пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей на фоне сахарного диабета, осложненными трофическими язвами. Площадь трофических язв составила от 2 до 15 см² и с глубиной поражения до подкожно-жировой клетчатки. Возраст больных колебался от 46 до 87 лет, из них женщин было 27 (71 %) человек, а мужчин 11(29%) пациентов. У 32(84.2%) больных давность образования язв составила более года. Общий процент локализации язв в нижней трети голени 89%. У всех пациентов диагностирован сахарный диабет 2 типа тяжелое течение, длительность заболевания от 3-12 лет.

Особое значение в лечении этих пациентов уделялось компенсации углеводного обмена до и во время проведения лечебных мероприятий. Для достижения компенсации использовались группы таблетированных сахароснижающих препаратов, однако особое место среди них занимали новые классы такие как: ингибиторы ДПП-4 (галвус, янувия, ангиза) и агонисты ГПП-1 (виктоза, баета). Компенсация уровня глюкозы крови контролировалась совместно с эндокринологом, это способствовало более быстрому достижению индивидуальных целевых показателей углеводного обмена (тощаковой, постпрандиальной гликемии и гликированного гемоглобина).

Всем пациентам проводили лечение в условиях ангиологического отделения дневного пребывания пациентов с применением флебоактивного препарата Флебодия 600 по 1 таблетке в день в течение 3 месяцев, Плагила 75 мг по 1 таблетке в день, инфузии Вессел Дуэ Ф (Сулодексид) 600 МЕ 1 раз в сутки в течение 15 дней, в/в капельно Тиогама 600 МЕ в течение 10 дней, Комбилепен 2.0 в/м, магнитотерапия, с последующим приемом Вессел Дуэ Ф (Сулодексид) по 250 МЕ по 1 капсуле 2 раза в день и тиоктовая (α-липоевая) кислота 300 МЕ по 2 таблетке 2 раза в день в течение 2-3 месяцев.

Местное лечение трофических язв проводилось с использованием ультрафиолетового облучения (5 процедур) и атрауматических повязок с учетом фазы раневого процесса. В первую фазу лечение проводили под повязками с высокоабсорбирующими альгинатными раневыми покрытиями «Сорбальгон», впитывающими атрауматичными повязками «ТендерВет» с полиакриламидным гелем, с водными растворами антисептиков (раствор диоксидина 1% или лавасепта 0,2 %). Во вторую фазу раневого процесса применяли атрауматичные покрытия для ран «Гидросорб», «Гидроколл», сочетающие в себе впитывающие дренирующие свойства и защиту грануляций от высыхания и появления вторичных некрозов.

Для восстановления нормального венозного и лимфатического кровотока применяли аппарат VEINPLUS до 6 сеансов в день, затем использовали эластичный компрессионный трикотаж Sigvaris III класса (компрессия 34-46 мм.рт.ст). Контроль за эпителизацией трофических язв осуществляли при помощи разработанного оригинального устройства для определения площади раны (Патент РФ на полезную модель № 113645)

Динамику отека контролировали при помощи предложенного устройства на которое получен (Патент РФ на полезную модель № 113647).

Так же в лечение применяется разгрузка стопы с использованием специальной профилактической ортопедической обуви и ортопедических стелек, принципы применения которой основаны не только на биомеханической коррекции, а в большей степени на аккомодации и смягчении нагрузки. Диабетическая ортопедическая обувь предупреждает механические повреждения и возникновение язвенных дефектов, при увеличении нагрузки на стопы, способствует уменьшению риска развития язв.

Отек отмечался у всех пациентов, уменьшение выраженности отечного синдрома началась с 5-7 суток от начала лечения, исчезновения отека пораженной конечности зафиксировано на 15-21 день. Болевой синдром был выражен у всех пациентов 100%, уменьшение болевого синдрома вплоть до полного исчезновения болей спустя 10 дней от начала лечения отмечено у 90(83%) человек. Эпителизация язв наступила у 31 (81,5%) пациента на 15-20 день, у 7(18.5%) человек на 30-55 сутки. К оперативному лечению подготовлено 18 больных, 12 из которых выполнена комбинированная венэктомия, 6 пациентам экстравазальная коррекция клапанной недостаточности в сочетании с комбинированной венэктомией.

Таким образом: применение предложенной схемы лечения позволяет улучшить течение хронической венозной недостаточности нижних конечностей, уменьшить количество осложненной в виде трофических нарушений, и ускорить подготовку больных к проведению хирургического лечения при разумных экономических затратах. Уменьшение сроков лечения ведет к сокращению сроков нетрудоспособности пациентов, повышению качества жизни, что уменьшает экономическую нагрузку на больного.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА В АНГИОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ДНЕВНОГО ПРЕБЫВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Кривошеков Е.П., Дмитриева И.А.

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
ГБУЗ Самарской области «Самарская городская больница №6», г. Самара, Россия*

Атеросклероз – одна из главных причин инвалидности и смертности во всем мире. Более 90% заболеваний атеросклерозом приходится на долю мужчин.

Актуальность проблемы усугубляется непрерывным ростом количества пациентов с сахарным диабетом. Больные сахарным диабетом в 5 раз чаще страдают хронической критической ишемией нижних конечностей, чем не болеющие диабетом, приблизительно у каждого десятого пожилого больного диабетом возникают трофические язвы. Кроме того, у таких пациентов очень высок риск ампутации конечности в следствии развития критической ишемии или гангрены, поскольку к микро- и макроангиопатическим изменениям и нейропатическим осложнениям присоединяются повышенная склонность к инфицированию и реологическим нарушениям. Сейчас доля ампутаций нижних конечностей на фоне диабета составляет от 4,2 до 6,4 на 1000 человек в год. Смертность по причине синдрома диабетической стопы и ампутаций, еще предстоит выяснить. Исследования показали, что традиционные методы лечения диабетической стопы приводят к ампутации у 50% больных, а к смерти - у 20% пациентов. Таким образом, сегодня очевидно, что лечение пациентов с хронической ишемией нижних конечностей на фоне сахарного диабета является важнейшей медико-социальной проблемой современного общества.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с хронической ишемией нижних конечностей на фоне сахарного диабета.

В исследование включены 78 пациентов с хронической ишемией нижних конечностей ПБ стадии на фоне сахарного диабета 2 типа, в возрасте от 42 до 62 лет. Среди них было 58 (75%) мужчин и 20(25%) женщин.

Проведено сравнение 2 групп больных. В 1 группу (контрольную) вошли 41(55%) пациент, которым проводилось традиционное лечение в хирургическом отделении поликлиники. Введение в/в капельно № 10 Пентоксифиллина 5мл на физ. растворе, в/в капельно Тиогамма 600 МЕ

№ 10, Комбилепен 2.0 в/м, Тромбо АСС 100 мг в сутки вечером, магнитотерапия. После окончания курса лечения больные принимали Вазонит 600 по 1 табл. 2 раза в день №50-60, нейромультит по 1 табл. 3 раза в день №30, Тромбо АСС 100 мг в сутки.

Во 2 группу вошли 37 (45 %) пациентов, которым в условия дневного ангиологического стационара поликлиники под контролем ангиолога, эндокринолога и психолога. Проводился курс лечения с введением ВАП 20 по 40 мг в/в капельно № 10 и с в/в введением Вессел Дуэ Ф (Сулодексид) 600 ЛЕ, в/в капельно Тиогамма 600 МЕ № 10, Комбилепен 2.0 в/м, Тромбо АСС 100 мг в сутки вечером, магнитотерапия. С последующим приемом амбулаторно Вессел Дуэ Ф 250МЕ по 1 таблетки 2 раза в день (50 дней), Тиоктовая (α -липоевая) кислота 300 МЕ по 2 таблетке 2 раза в день (60 дней), Тромбо АСС 100мг в сутки, клопидогрель 75 мг в сутки.

У всех пациентов проводилось исследования липидного спектра крови включающего в себя определение общего холестерина, ЛПВП, ЛПНП, триглицеридов, в-липопротеидов, коэффициента атерогенности. Подсчитывалось уровень эритроцитов, гемоглобина, тромбоциты, время свертываемости, СОЭ при их отклонении проводилась коррекция их показателей врачом терапевтом. Обязательным считали полный отказ больных от курения, этим занимался врач психолог. Всем пациентам выполнялось дуплексное сканирование артерий нижних конечностей с измерением ЛПИ. Большое значение уделялось диетотерапии.

Рекомендации по питанию варьируют в зависимости от массы тела пациента и типа получаемой им медикаментозной терапии. Общие рекомендации по диетотерапии для больных СД 2 типа, вне зависимости от массы тела и вида сахароснижающей терапии, включают в себя увеличение в рационе продуктов, богатых растительными волокнами (клетчаткой): овощи и зелень, крупы, изделия из муки грубого помола, ненасыщенными жирными кислотами (растительные жиры в небольшом количестве, рыба). Допустимо умеренное потребление некалорийных сахарозаменителей.

Совместное ведение с эндокринологом подразумевало постановку и достижения индивидуальных целевых значений тощаковой, постпрандиальной гликемии и гликированного Нб. Использовались новые группы ПССП: ингибиторы ДПП-4(галвус, янувия, англиза) и агонисты ГПП-1(виктоза, баета) в сочетании с метформинами. Во 2-й группе достигли компенсации углеводного обмена все пациенты.

Компенсация АД достигалась назначением преимущественно 2-3х компонентными комбинациями гипотензивных средств, чаще групп и АПФ+ тиазидные диуретики, что соответствует рекомендациям ВПОК у данной категории пациентов. Целевое значение АД было достигнуто у 76% пациентов, (АД 120 и 80 мм.рт.ст.).

Так же в лечение применяется разгрузка стопы с использованием специальной профилактической ортопедической обуви и ортопедических стелек, принципы использования которой основаны не только на биомеханической коррекции, а в большей степени на аккомодации и смягчении нагрузки. Диабетическая обувь предупреждает механические повреждения и возникновение язвенных дефектов, при увеличении нагрузки на стопы, способствует уменьшению риска развития язв.

После проведенного курса лечения в течение двух месяцев улучшение в состоянии здоровья отмечено у всех пациентов в обеих группах. Через 6 месяцев после проведенной терапии: боли в икроножных мышцах в покое у 12 (30%) пациентов 1 группы, во 2 группе – у 1 (9 %) больного, а также в икроножных мышцах и стопах после физической нагрузке – 25 (61,7%) человек 1 группы, во 2 группе – у 12 (34,8%) больных, гнойные осложнения у 12(30%) больных 1 группы, во второй - у 1(9%), малые ампутации у 7(16,6%) пациентов, во 2 группе- не было.

Через 6 месяцев у всех больных 1 группы возникала необходимость проведения повторных курсов консервативной терапии. Во 2 группе такая потребность возникла у 4 пациентов. Таким образом, применение ВАП 20 и Вессел Дуэ Ф (Сулодексид) в комплексном лечении больных с хронической ишемией нижних конечностей на фоне сахарного диабета приводит к улучшению субъективных и объективных показателей, уменьшить количество ампутантов, позволяет использовать эти препараты в амбулаторно поликлинической практике, уменьшить количество осложнений, улучшить качество жизни пациентов и способствует сохранению достигнутых эффектов более длительный срок.

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В СОЧЕТАНИИ С АНГИОХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИЕЙ У ПАЦЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кривошеков Е.П., Ельшин Е.Б.

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
ГБУЗ Самарской области «Самарская городская клиническая больница №8»,
г. Самара, Россия*

Несмотря на достигнутые успехи в терапии осложнений сахарного диабета (СД), остается множество проблем по лечению гнойно-некротических поражений при синдроме диабетической стопы (СДС). Особое место здесь занимают окклюзионно-стенотические поражения магистральных артерий нижних конечностей у пациентов с СДС. Поскольку в развитии гнойно-некротических процессов на стопе помимо ишемии «магистрального» генеза играет большую роль и патологическое тромбообразование в микроциркуляторном русле.

Цель исследования. Оценка эффективности применения тромболитической терапии в сочетании с ангиохирургической коррекцией у больных с гнойно-некротическими осложнениями на фоне ишемической формы синдрома диабетической стопы.

Материалы и методы. Исследование включало 98 человек с гнойно-некротическими осложнениями СДС. Средний возраст пациентов составил $58,0 \pm 2,5$ года. Женщин было большинство - 89(90,8%). Все больные страдали СД 2 типа, при этом таблетированные сахароснижающие препараты каждый принимал в течение от 7 до 13 лет, в среднем - 9,4 года. Каждому пациенту при поступлении в отделение было проведено УЗДГ сосудов нижних конечностей, а при выявлении критической ишемии – выполнялась рентгеноконтрастная ангиография. Пациентов разделили на три схожие группы.

В первой группе (36 человек – без критической ишемии нижних конечностей) пациентам после выполнения хирургического вмешательства на стопе по поводу гнойно-некротических процессов, назначалась базисная терапия. Базисное лечение в первую очередь включало рациональную антибактериальную терапию. А именно: цефалоспорины 3 поколения (цефотаксим или цефтриаксон) по 1,0г. 2 раза в сутки внутривенно ежедневно, метронидазол (Метрогил) по 100,0мг. 2 раза в сутки внутривенно в инфузиях ежедневно, моксифлоксацин (Авелокс) по 400мг. 1 раз в сутки утром ежедневно. Коррекцию гипергликемии крови проводили путем перевода пациентов с пероральных препаратов на инсулины. Назначался пентоксифиллин (Трентал) по 200мг.- (2 ампулы по 5 мл) на 200 мл. 0,9% раствора натрия хлорида 2 раза в день в инфузиях ежедневно в течение 5-7 суток, а затем - перорально по 100мг. 3 раза в день в течение месяца. Местное лечение раны проводили ежедневными перевязками с растворами антисептиков или современными перевязочными средствами.

Вторая группа насчитывала - 38 человек. По данным ангиографии у них имелся мульти-сегментарный и (или) протяженный характер поражения дистального кровеносного русла. Каждому больному в этой группе после оперативного вмешательства по поводу гнойно-некротических процессов на стопе - помимо базисного лечения, проводили курс лечения урокиназой внутривенно капельно, рану стопы лечили с помощью аппарата отрицательного давления. Данное лечение проводили в 2 этапа, каждый по 7 дней.

На первом этапе урокиназу назначали внутривенно капельно по 500000 ЕД на 100 мл. физиологического раствора, ежедневно. Данный курс лечения урокиназой составлял – 5-7 внутривенных инфузий. Назначение урокиназы проводилось для достижения фибринолитического эффекта в пораженной стопе с целью устранения патологического тромбообразования и предупреждения распространения некротических процессов. С помощью аппарата отрицательного давления Suprasorb SNP P1 создавали необходимое отрицательное давление в ране - 80 мм.рт.ст, которое поддерживали круглосуточно. Данное лечение продолжали в течение 7 суток.

Второй этап лечения составил также 7 суток. На этом этапе лечения меняли вакуум-аспирацию с колебаниями отрицательного давления от 20 до 80 мм.рт.ст. с периодом - 30 минут также круглосуточно на протяжении 7 суток. Назначали сулодексид (Вессел-Дуэ-Ф) - по 1 капсуле (250 ЛЕ) 2 раза в сутки.

Третья группа больных насчитывала - 24 человека. В нее вошли пациенты, у которых по данным ангиографии имелся локальный стеноз или окклюзия дистального кровеносного русла, которые позволяли выполнить рентгенэндоваскулярное лечение – баллонную ангиопластику без-, или со стентированием. Каждому больному в этой группе затем проводилось оперативное вмешательство по поводу гнойно-некротических процессов на стопе. А также - помимо базисного лечения, проводили курс лечения урокиназы внутривенно капельно, и рану стопы лечили с помощью аппарата отрицательного давления. Данное лечение также проводили в 2 этапа (каждый по 7 дней) по описанной выше схеме.

Результаты. На 1-е сутки во всех группах пациентов отмечено преобладание воспалительного (42%) и воспалительно-дегенеративного типа (58%) цитогрaмм раны стопы. На 7 день после операции в 1 группе - воспалительно-дегенеративный тип уменьшился лишь на $8 \pm 1,5\%$, во 2 группе - на $12,6 \pm 1,6\%$. А в 3 группе - снизился на $30,6 \pm 1,2\%$. При этом у 5 пациентов 3 группы (20,8%) - уже зафиксирован регенераторный тип цитогрaмм. На 14 сутки в 1 группе также было отмечено преобладание воспалительного (70,7%) и воспалительно-дегенеративного типа (18,2%) цитогрaмм, регенераторный тип проявился только у 4 больных (11,1%). Во 2-ой группе - преобладание воспалительного (52%) и воспалительно-дегенеративного типа (27%) цитогрaмм - уменьшилось, регенераторный тип - у 8 больных (21%). В 3 группе – значительное снижение воспалительного (13,1%) и воспалительно-дегенеративного типа (7,8%) цитогрaмм, а регенеративный тип - у 19 пациентов (79,1%).

В 1-ой группе больных исходное парциальное давление O₂ капиллярной крови тканей раны составило $65,2 \pm 2,1$ мм.рт.ст. На 7 суток – $66,3 \pm 2,0$ мм.рт.ст. К 14 суткам оно составило – $67,4 \pm 2,0$ мм.рт.ст. У пациентов 2-ой группы оно было $66,2$ мм.рт.ст. На 7-е сутки - составило $72,1 \pm 2$ мм.рт.ст. А на 14-е сутки увеличилось до $86,4 \pm 2,2$ мм.рт.ст. Таким образом, прирост парциального давления O₂ отмечен на 30,5% от исходного. У пациентов 3 группы исходное PO₂ - $62,2$ мм.рт.ст. На 7-е сутки оно составило $78,2 \pm 2$ мм.рт.ст. А на 14-е сутки оно увеличилось до $88,6 \pm 2,2$ мм.рт.ст. Таким образом, прирост P O₂ - 42,4% от исходного.

У всех пациентов 1 группы - сохранялись боль, чувство тяжести в ногах, отек на стопе до 14-18 суток. Во 2-ой группе – уменьшение болей, отека и чувства тяжести в стопе у 27 человек (71%) произошло на 7 сутки. В 3 группе - данные симптомы купировались на 7 сутки у 20 больных (83,3%), у остальных - на 10-11 сутки.

Переход раневого процесса во вторую фазу был отмечен в 1 группе в среднем на 20 сутки, во 2-ой группе – на 12 ± 2 сутки, а в 3 группе пациентов - на 10 ± 2 .

Количество необходимых повторных некрэктомий в 1-ой группе больных составило в среднем 3,8. Двум пациентам пришлось выполнить ампутацию на уровне верхней трети голени. А у пациентов 2-ой и 3 групп - повторных некрэктомий и «высоких» ампутаций - не было. Во 2-ой и 3 группах пациентов - кровотечений из раны стопы и других осложнений - не было. Снятие аппарата вакуум-терапии раньше срока ни в одном случае - не понадобилось.

Выводы. Применение тромболитической терапии в сочетании с ангиохирургической коррекцией в комплексном лечении гнойно-некротических процессов на фоне ишемической формы синдрома диабетической стопы приводит к более раннему появлению регенеративного процесса в ране, раннему переходу раневого процесса во вторую фазу, улучшению оксигенации тканей. В результате этого расширяется возможность применения органосохраняющих методов хирургического лечения. Снижается риск прогрессирования гнойно-некротического процесса и его осложнений. Снижается необходимость в этапных оперативных вмешательствах и выполнении «высоких» ампутаций.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Кривошеков Е.П., Мигунов И.А., Романов В.Е.

*ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Серedaвина»,
ГОУ ВПО «Самарский Государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Самара,
Россия.*

Венозные тромбозно-эмболические осложнения на протяжении многих десятилетий остаются важнейшей клинической проблемой, затрагивающей профессиональную сферу врачей

практически всех специальностей. Тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей является довольно распространённым заболеванием и, к тому же, может привести к одному из наиболее опасных для жизни осложнений, такому как тромбоэмболия ветвей лёгочной артерии (ТЭЛА). ТГВ и ТЭЛА имеют общие патогенетические корни, представляют собой одну из главных проблем здоровья и являются наиболее распространённым нарушением системы кровообращения (Покровский А.В., 2004; Naess I.A., 2007).

Эпидемиологические данные свидетельствуют, что частота ТГВ составляет 160 на 100000 населения, а частота ТЭЛА — 50 на 100000 населения (Богачев В.Ю., 2010). Согласно данным МЗ РФ, в России регистрируется около 250 000 случаев острых тромбозов глубоких вен (Кириенко А.И., 2011). При неадекватном лечении ТГВ риск ТЭЛА значительно возрастает, а по некоторым данным, на фоне адекватной терапии ТЭЛА зарегистрирована лишь в 3,33% случаев (Фокин А.А., 2012, Кривошеиков Е.П., 2014).

Антикоагулянтная терапия является основным методом лечения ТГВ и ТЭЛА, но и она имеет ряд противопоказаний и осложнений, а при флотирующем тромбозе может быть неэффективна относительно легочной эмболии. Рекомендуемыми режимами антикоагуляции в нашей стране является начальная терапия нефракционированными или низкомолекулярными гепаринами (НМГ) либо фондапаринуксом с последующим переходом на антагонисты витамина К или дабигатран. Альтернатива ступенчатой терапии – монотерапия препаратом ривароксабан, то есть использование одного препарата с первого дня заболевания для лечения и вторичной профилактики.

Целью настоящего исследования явилось оценка эффективности, безопасности и удобства основной терапии венозного тромбоза в сочетании с ТЭЛА пероральным антикоагулянтом ривароксабан, начиная с первых суток лечения.

Проведено проспективное клиническое исследование. В исследование были включены 124 пациента, поступивших в отделение сосудистой хирургии Самарской областной клинической больницы им. В.Д. Середавина в 2014-2015 г., с инструментально верифицированными ТГВ и ТЭЛА, не требующих хирургического или тромболитического вмешательства. Срок от начала заболевания до госпитализации в стационар составил от 1 до 8 суток, в среднем $3,5 \pm 1,5$ суток.

Больные были разделены на 2 группы, однородные по возрасту, полу, уровню ТГВ и степени поражения ТЭЛА. В 1 контрольную группу вошли 78 (63%) больных, во вторую основную группу – 46 (37%) пациентов. Пациентам контрольной группы назначалась основная терапия нефракционированными или низкомолекулярными гепаринами (НМГ) в лечебных дозировках с последующим переходом на антагонисты витамина К или дабигатран под контролем МНО. Больные, вошедшие во 2 группу исследования, выбирали альтернативный антикоагулянт самостоятельно на основании осведомленности о достоинствах и недостатках стандартной терапии и наличия доказательной базы по новым препаратам. Начиная с первых суток назначали ривароксабан по 15 мг 2 раза в день на срок до 3 недель от начала терапии, затем переходили на однократный ежедневный прием 20 мг препарата.

После окончания стационарного этапа лечения, продолжительность которого составила 7-10 суток (в среднем 8 ± 1 суток), все больные продолжили антикоагулянтную терапию ривароксабаном в амбулаторном режиме, в том числе все пациенты с выявленным онкологическим заболеванием. Далее пациенты наблюдались в течение 3-6 месяцев от начала заболевания. Дизайн исследования подразумевал визиты больного каждые 2 недели в первый месяц, затем через каждые 3 месяца от начала лечения. В первый месяц проводилось физикальное обследование для выявления клинических признаков ретромбоза, легочной эмболии и геморрагических осложнений. При поступлении, через 3 и 6 месяцев от начала терапии проводилось УЗАС вен нижних конечностей.

Конечными точками эффективности были:

- 1) развитие клинических признаков или рецидив легочной эмболии,
 - 2) инструментально подтвержденный нарастание или рецидив венозного тромбоза
- Конечными точками безопасности — геморрагические осложнения.

Геморрагические осложнения были разделены на три группы: большие, значимые, малые. Через 3 месяца под наблюдением оставались 56 пациентов контрольной группы и 40 больных основной группы. У 6 больных 1 группы и 3 пациента 2 группы отмечалась одышка при

незначительной и умеренной физической нагрузке, им выполнено КТ-ангиография легких, данных за рецидив ТЭЛА не было получено. Клиническая картина соответствовала постэмболической окклюзии легочной артерии. При УЗАС нижних конечностей у 3 пациентов 1 группы и 1 больного 2 группы выявлено нарастание тромба, которое не привело к рецидиву ТЭЛА.

Геморрагические осложнения в 1 группе наблюдались у 6 (7,7%) человек, у 2 было значимое кровотечение, потребовавшее приостановку антикоагулянтной терапии, у 4 – малые кровотечения. Все эти пациенты не соблюдали режим антикоагулянтной терапии, подразумевающий контроль МНО, при применении антагонистов витамина К. Во 2 группе геморрагические осложнения были у 2 (4,3%) человек – малые кровотечения.

39 пациентов из обеих групп с дистальной локализацией венозного тромбоза и обратимыми факторами риска завершили курс антикоагулянтной терапии.

В течение 6 месяцев под наблюдением находились 21 пациент контрольной группы и 23 больных основной группы. Данных за рецидив ТЭЛА ни в одной из групп не было получено. При УЗАС нижних конечностей у 1 пациента 1 группы выявлено нарастание тромба, которое не имело клинических проявлений.

Геморрагические осложнения в 1 группе наблюдались у 3 (3,8%) человек: у 2 – малые кровотечения, у 1 - значимое. Во 2 группе геморрагические осложнения были у 2 (4,3%) человек – малые кровотечения.

Больших кровотечений, приведших к летальному исходу, ни в одной из групп не было отмечено.

Все наблюдаемые нами пациенты принимали ривароксабан по предложенной схеме, не было ни одного пациента, досрочно прекратившего прием препарата.

Полученные нами данные в целом согласуются с результатами рандомизированного исследования EINSTEIN PE, посвященного сравнению эффективности и безопасности терапии венозного тромбоза с подтвержденной ТЭЛА препаратом ривароксабан и эноксапарин+антагонисты витамина К (*EINSTEIN Investigators, 2012*).

Таким образом, полученные результаты подтверждают эффективность, безопасность, удобство применения препарата ривароксабан начиная с первого дня терапии венозного тромбоза в сочетании с подтвержденной ТЭЛА, высокую приверженность к терапии препаратом, являющимся современной альтернативой стандартной антикоагулянтной терапии.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кривощев Е.П., Мигунов И.А., Романов В.Е.

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
г. Самара, Россия*

Несмотря на многовековую историю, проблема посттромботической болезни нижних конечностей не только не утратила своего значения, но напротив, актуальность ее в современной медицине неуклонно возрастает. По данным различных источников, трофические язвы венозной этиологии составляют более 70% от всех язв нижних конечностей. Среди больных сахарным диабетом число лиц, имеющих язвенные дефекты стоп, достигает 15%. При наличии сочетания у пациента хронической венозной недостаточности и сахарного диабета частота трофических нарушений возрастает в 2-3 раза.

Рост заболеваемости сахарным диабетом в нашей стране и во всем мире приобретает эпидемические масштабы, и на данный момент остановить его не представляется возможным, несмотря на огромные усилия, направленные на решение этой глобальной проблемы. Наряду с другими диабетическими осложнениями, сосудистые поражения являются лимитирующим фактором, определяющим качество жизни, раннюю инвалидность и высокую смертность пациентов трудоспособного возраста. Формирование синдрома диабетической стопы чревато последующими ампутациями, а болевой синдром у каждого пятого больного с сахарным диабетом резко ухудшает качество жизни. (*Савельев В.С., 2007; Фокин А.А., 2013; Кривощев*

Е.П., 2014, Andre Capon, Philippe Leheret, 2001).

Неудовлетворительная эффективность консервативной терапии больных с посттромботической болезнью нижних конечностей на фоне синдрома диабетической стопы приводит к необходимости поиска новых подходов к решению этой задачи, в том числе к использованию международного опыта применения вазоактивных препаратов. Поэтому в терапии таких пациентов в практике врача поликлинического звена всё чаще стали применяться препараты – сулодексид и нафтидрофурил.

Целью нашего исследования явилось сравнение эффективности и удобства применения препаратов пентоксифиллина, сулодексида и нафтидрофурила в консервативной терапии больных с посттромботической болезнью нижних конечностей и синдромом диабетической стопы.

Исследование проведено в ГБУЗ «Самарская городская клиническая поликлиника №1» на базе ангиологического дневного стационаре в 2015 г. В исследование были включены 36 пациентов с посттромботической болезнью нижних конечностей на фоне синдрома диабетической стопы, в возрасте от 42 до 62 лет. Среди них было 10 (28%) мужчин и 26 (72%) женщин. Проведено сравнение 3 групп больных, которые проходили лечение в условиях ангиологического дневного стационара поликлиники под контролем ангиолога, эндокринолога, терапевта, психолога.

Базовая терапия у всех групп пациентов включала: в/в капельное введение тиоктовой кислоты 600 мг №10, диосмина 600 мг, ацетилсалициловой кислоты 100 мг, клопидогрель 75 мг, в/м витамины В1, В6, В12 (комбилипен), курс физиотерапии на н/конечности (лазероманнитотерапия, ножные четырехкамерные, вихревые ванны). После выписки из стационара пациенты продолжали получать: тиоктовую кислоты 300 мг по 2 таблетки утром (50 дней), диосмин 600 мг по 1 таб. 1 раза в день (60 дней), ацетилсалициловую кислоту 100 мг вечером, клопидогрель 75 мг в сутки (50 дней)

В зависимости от базового исследуемого препарата все больные были разделены на группы:

В 1 группу (контрольную) вошли 12 (33,3%) пациентов, которым проводился курс с введением в/в капельно раствора пентоксифиллина 10 мл № 10, с последующим пероральным приемом в дозировке 400 мг. по 1 таблетки 3 раза в сутки (50 дней).

Во 2 группу вошли 12 (33,3 %) человек, которым проводился курс введения в/в капельно сулодексид 600 ЛЕ № 10 с последующим приемом сулодексида 250 ЛЕ по 1 капсуле 2 раза в день в течение 50 дней.

В 3 группу вошли 12 (33,3 %) больных, которые получали нафтидрофурил (Дузофарм) по 2 таблетки 3 раза в день (300 мг в сутки) на протяжении всего курса терапии (60 дней).

Больным в обязательном порядке рекомендовали использовать эластичный компрессионный трикотаж II класса (23.0-32.0 мм.рт.ст.) или III класса компрессии (34-46 мм.рт.ст). Для восстановления нормального лимфо-венозного оттока применяли аппарата VEINOPLUS.

Эффективность проводимой терапии оценивалась по клиническим проявлениям заболевания, динамики отека и показателям свертывающей системы крови.

После проведенного курса лечения в течение двух месяцев улучшение состояния здоровья, уменьшение болевого синдрома отмечено у всех пациентов в трех группах.

Болевой синдром, в первые дни, был выражен у всех пациентов. К 7 суткам от начала лечения отмечено уменьшение болевого синдрома вплоть до полного его исчезновения у 30 (83%) больных. Отек на нижних конечностях уменьшился у всех пациентов 3 группы. В 1 группе отек сохранялся у 3 (8,3%) пациентов, во 2 группе у 2 (5,6%). Показатели свертывающей системы крови в 1 группе были без изменений, во 2 группе время свертывания увеличилось с 4 минут до 7-8 минут, АЧТВ до 35 сек, а в 3 группе увеличение время свертывания крови до 6 минут, АЧТВ до 37 сек.

Через 6 месяцев у всех больных 1 группы возникала необходимость проведения повторных курсов консервативной терапии в связи с ухудшением состояния нижних конечностей и увеличение отеков на нижних конечностях. Во 2 группе такая потребность возникла у 4 пациентов, а в 3 группе у 6 человек.

Через 6 месяцев после проведенной терапии гнойные осложнения возникли у 1 больного 1 группы, во 2-й и 3-й группе осложнений не было.

Таким образом, результаты исследования сравнительной эффективности лечения пациентов с посттромботической болезни нижних конечностей на фоне синдрома диабетической стопы подтвердили обоснованность перехода к применению сулодексида и нафтидрофурила (Дузофарм). Это обусловлено достоверно более выраженным улучшением субъективных и объективных показателей при использовании данных препаратов. Следует отметить, что Дузофарм (нафтидрофурил), применявшийся в исследовании в дозировке 300 мг/сутки, продемонстрировал высокую эффективность, сопоставимую с сулодексидом, при этом пероральный прием препарата был удобен для пациентов. Это позволяет рассматривать Дузофарм не только как высокоэффективный препарат, но и как препарат, обладающий дополнительным потенциалом в ангиологии.

ЗНАЧЕНИЕ КОХЛЕО-ВЕСТИБУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ ДЛЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ОККЛЮЗИРУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Кувыкина Д.М., Фокин А.А.

*ГБОУ ВПО Южно-Уральский Государственный Медицинский Университет,
г. Челябинск, Россия*

Вступление: По данным *Кунельской Н.Л.* сенсо-невральная тугоухость доминирует среди всех форм потери слуха, составляя 74%. Кохлеовестибулопатия имеет сосудистую природу в 73% на фоне вертебро-базиллярной недостаточности (ВБН). Вертебрально-базиллярная недостаточность является одной из наиболее частых причин дисфункции периферических отделов слухового и вестибулярного анализаторов. ВБН возникает на фоне таких заболеваний, как гипертоническая болезнь или артериальная гипертензия, атеросклероз сосудов головного мозга, остеохондроз шейного отдела позвоночника, нейроциркуляторная дистония. Следует отметить, что самыми ранними симптомами ВБН являются нарушения слуха и вестибулярной функции. За последние годы очень мало исследовалась связь между потерей слуха и ишемическим инсультом. В последних статьях иностранных авторов сообщается о высокой частоте инсультов среди пациентов с острой сенсо-невральной тугоухостью в течение последующих 5 лет. Согласно исследованиям других авторов возрастная потеря слуха не увеличивает риск инсульта. Наше исследование было выполнено с целью выявления тугоухости и расстройства равновесия среди пациентов с окклюзирующей патологией брахиоцефальных артерий.

Материал и методы: Всего в отделении сосудистой хирургии ОКБ №3 г. Челябинска по данным медицинского архива наблюдалось 253 пациента с патологией сонных, подключичных и позвоночных артерий за период январь 2007 г. – декабрь 2008 г. Из них у 39,5% был инсульт в каротидном, у 2% в вертебро-базиллярном бассейнах. Всем пациентам на сонных артериях было выполнено 275 операций с одной или двух сторон. Все пациенты были разделены на 2 группы и исследовались на наличие сопутствующих расстройств слуха и равновесия. 1 группу составляли лица с патологией артерий в каротидном бассейне. Во 2 группу были включены пациенты с сочетанной патологией сосудов в вертебро-базиллярном и каротидном бассейнах.

Результаты: Сочетанная патология сонных и позвоночных артерий выявлена в 47 случаях, у 6 человек наблюдался синдром подключично-позвоночного обкрадывания, у 3 пациентов отсутствовали задние соединительные артерии виллизиевого круга. В нашем исследовании признаки ВБН выявлены у 20% пациентов в 2007 году и 25% в 2008 году в общей структуре пациентов с патологией СА. Наиболее частой жалобой пациентов с патологией сосудов головы и шеи являются головокружение в 48,2% случаев, жалобы на шум в голове и ушах - в 9,1% и снижение слуха – в 7,9%.

Выводы: За два года наблюдения в среднем 22% пациентов нуждаются в обязательном динамическом наблюдении врачами неврологом, сурдологом и отоневрологом для выяснения причин головокружения и расстройств слуха после оперативного лечения. Однако риск развития ишемического инсульта при сопутствующих расстройствах слуха и равновесия в нашем исследовании не доказан. Необходимы дальнейшие исследования для уточнения структуры тугоухости и её связи с патологией сосудов, поскольку по данным архивов историй болезней не

удалось исключить воздействие других вредных факторов: воздействие шума и вибрации в связи с профессией, патология среднего уха и прочее.

Ключевые слова: стеноз сонных артерий, извитость сонных артерий, головокружение, вертебро-базилярная недостаточность.

ЗНАЧЕНИЕ МОЛЕКУЛ АДГЕЗИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АОРТО-ПОДВЗДОШНОГО СЕГМЕНТА

Лазаренко В.А., Бобровская Е.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

В настоящее время функциональное состояние эндотелия сосудов имеет важное значение в аспекте эффективности реконструктивных артериальных вмешательств. Повреждение эндотелиальной выстилки приводит к ее дисфункции [5]. Растворимая форма молекулы адгезии сосудистого эндотелия 1 типа (sVCAM-1) является общепризнанным маркером адгезионной формы дисфункции эндотелия [5]. Под влиянием адгезивных молекул происходит усиление процессов иммунной адгезии, гиперагрегация форменных элементов крови с последующим тромбообразованием, нарушением микроциркуляции [1, 4,]. Адгезионная форма эндотелиальной дисфункции проявляется нарушением межклеточных взаимодействий, опосредуемых адгезивными молекулами, участвующими в формировании и регуляции иммунного ответа [2, 3]. По данным авторов увеличение уровня sVCAM-1 является маркером прогрессирования атеросклеротического процесса и ассоциируется с неблагоприятным прогнозом [6, 7].

Цель работы – изучить содержание молекул адгезии сосудистого эндотелия 1 типа (sVCAM-1) в сыворотке крови у больных облитерирующим атеросклерозом до и после реконструктивных вмешательств на аорто-подвздошном сегменте.

В исследование включены 38 пациентов, мужчин, средний возраст $59,7 \pm 16,3$ лет, страдающих облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей, II Б – III степенью хронической артериальной недостаточности нижних конечностей по R. Fontaine – A.B. Покровскому. В зависимости от вида выполненного хирургического вмешательства больные распределены на две подгруппы: аорто-бедренное шунтирование ($n=22$) и рентгенэндоваскулярная ангиопластика со стентированием подвздошных артерий ($n=16$).

Из исследования исключались пациенты с наличием аутоиммунных заболеваний, очагов воспаления любой локализации, заболеваниями печени, системы крови. Исследование молекулы адгезии сосудистого эндотелия 1 типа sVCAM-1 в сыворотке крови пациентов проводилось методом твердофазного иммуноферментного анализа. Для определения концентрации sVCAM-1 использовали наборы «eBioscience» (Австрия).

Образцы сыворотки крови брали до операции и через 5 дней после хирургического вмешательства. Кровь для исследования системной концентрации sVCAM-1 забирали натощак в утренние часы из локтевой вены после получения письменного информированного согласия каждого пациента. Для диагностики местной концентрации sVCAM-1 в пораженной конечности определяли содержание последней в плазме крови, взятой из подкожной вены тыла стопы.

Статистический анализ результатов исследования производили с помощью компьютерной программы статистической обработки данных путем вычисления средних арифметических (M) и средних ошибок средних (m). Оценка достоверности различия средних значений производили с помощью параметрического t – критерия Стьюдента. Различия между группами считались статистически значимыми при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. Исходно при облитерирующем поражении аорто-подвздошного сегмента не выявлено достоверных различий между группами по содержанию sVCAM-1 как в системном (13,32%, $p > 0,05$), так и в местном (6,89%, $p > 0,05$) кровотоке. Проведение реконструктивных операций сопровождалось повышением содержания молекул адгезии сосудистого эндотелия 1 типа. Системная концентрация sVCAM-1 увеличилась после выполнения аорто-бедренного шунтирование на 8,43%, после выполнения ангиопластики со стентированием подвздошных артерий на 17,33% от исходного дооперационного уровня, однако изменения не носили стати-

стически значимого характера. Более выраженная статистически значимая динамика отмечалась в оперированной конечности. Уровень молекулы адгезии сосудистого эндотелия 1 типа у пациентов после выполнения аорто-бедренного шунтирования в местном кровотоке увеличился на 66,07% ($p=0,006$). Проведение ангиопластики со стентированием подвздошного сегмента также сопровождалось статистически значимым подъемом sVCAM-1 в оперированной конечности до 45,87% ($p=0,05$) по сравнению с дооперационным периодом. При этом, местная концентрация превосходила системную после аорто-бедренного шунтирования на 89,84% ($p<0,05$), после ангиопластики со стентированием – на 45,36% ($p<0,05$).

Проведенные исследования показали, что у больных облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей в раннем послеоперационном периоде после реконструктивных вмешательств определяется высокое содержание молекул адгезии сосудистого эндотелия 1 типа, наиболее выраженное в местном кровотоке, как клеточного маркера эндотелиальной дисфункции, являясь повреждающим фактором эндотелия и способствующего усугублению исходно имеющейся дисфункции эндотелия. Синтез и экспрессия молекул адгезии сосудистого эндотелия 1 типа у больных облитерирующим атеросклерозом может свидетельствовать об активации эндотелия в нижних конечностях и высокой активационно-адгезионной способности. Динамика уровня молекул адгезии сосудистого эндотелия 1 типа может служить оценочным биохимическим маркером активности процесса после реконструктивных вмешательств.

ХИРУРГИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Лаптев К.В., Цховребов М.З., Панченко А.А., Кикнадзе Д.А., Ордынец С.В.

СПб ГБУЗ «Городская Мариинская Больница», г. Санкт Петербург, Россия

Сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной смерти больных, страдающих почечной недостаточностью получающих заместительную почечную терапию. Риск развития атеросклероза у больных с хронической почечной недостаточностью и особенно у тех из них, кто получает заместительную терапию, в 10–20 раз выше, чем в общей популяции. Поэтому пациенты с хронической почечной недостаточностью должны рассматриваться как группа высочайшего риска сердечнососудистых осложнений, которая нуждается в осуществлении соответствующих профилактических мер. Частота неврологических проявлений у пациентов получающих заместительную терапию, составляет от 40 до 90 % . Летальность среди больных с развившимся инсультом - 80-90 % . Реконструктивные операции на при гемодинамически значимых изменениях сонных артерий являются наиболее эффективным методом хирургической профилактики ишемического инсульта. Хирургия у пациентов с хронической почечной недостаточностью получающих заместительную терапию, в сравнении с пациентами без хронической почечной недостаточности, подвержена значительно более высокому риску осложнений. Основными факторами, влияющими на неблагоприятный прогноз, являются генерализованность атеросклеротического поражения, высокий риск кровотечения, труднокорректируемая артериальная гипертензия, нарушение метаболизма и электролитного обмена.

Нами выполнено 30 каротидных реконструкций у 22 пациентов с хронической почечной недостаточностью, получающих заместительную терапию. 9 пациентов получали заместительную терапию перитонеальным диализом, 13 пациентов находились на гемодиализе. Всем пациентам выполнялась мультиспиральная компьютерная томография в сосудистом режиме и /или церебральная ангиография, по данным которой были подтверждены гемодинамически значимые стенозы сонных артерий. Асимптомное течение было у 20 пациентов, 2 пациента в анамнезе перенесли ишемический инсульт.

В предоперационном периоде пациенты, находящиеся на гемодиализе, за 12 часов до операции получали сеанс заместительной терапии. Пациенты на перитонеальном диализе утром перед операцией не проводили заливку раствором.

В 100% случаев выполнялась эверсионная эндартерэктомия. Основное внимание во время операции уделялось коррекции артериального давления.

В послеоперационном периоде все пациенты первые сутки находились в отделении реанимации. Пациентам на перитонеальном диализе выполнялась заливка в реанимационном отделении. Гемодиализ выполнялся на следующий день после операции.

В послеоперационном периоде геморрагических или ишемических нарушений мозгового кровообращения, послеоперационных кровотечений, дисметаболических кардиологических нарушений нами зафиксировано не было.

Таким образом, несмотря на исходный высокий риск серьезных осложнений у группы пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности, результаты реконструктивных операций на сонных артериях у пациентов получающих заместительную почечную терапию не отличаются от таковых у основной группы пациентов.

**ПЕРВЫЕ СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ, ПОЛУЧЕННЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ
НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ
(ТЭЛА) В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКОГО
СТАЦИОНАРА (ГБУЗ ТО «ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №1»,
ХИРУРГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР)**

Лопатин А.А., Балина В.А., Низамова Д.Ф., Каюкова А.И.

ГБУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет», г. Тюмень, Россия

Тромбоэмболия легочной артерии - тяжелейшее и драматически протекающее острое заболевание, сопровождающееся высоким риском смерти. На протяжении последних 10 лет ТЭЛА занимает третье место в структуре летальности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель данного исследования - дать клинко-прогностическую характеристику пациентов с тромбоэмболией легочной артерии в условиях многопрофильного клинического стационара в условиях 6-12 месячного проспективного наблюдения больных тромбоэмболией легочной артерии

В настоящее время нами наблюдается 76 пациентов госпитализированных с подозрением на ТЭЛА. У 17 пациентов (22,4%) диагноз ТЭЛА был впоследствии исключен. В 59 случаях диагноз ТЭЛА подтвержден проведением МСКТ-ангиопульмонографии. Из 59 случаев 3 случая развития ТЭЛА произошли в период госпитального пребывания больных. Возраст пациентов колеблется от 24 до 88 лет, средний возраст пациентов составляет 59,2 лет. В большинстве случаев имела место двухсторонняя эмболия (32 случая, 54,2%), при сравнении уровня тромбоэмболии на первое место выходит эмболия в долевые и промежуточные легочные артерии (42,4%). У 20,3% пациентов имела эмболия в главные легочные артерии и легочный ствол. В 32 случаях причина тромбоэмболии по результатам УЗДГ вен нижних конечностей подтвержден тромбоз глубоких вен системы нижней полой вены, в 1 случае был выявлен тромбоз вен системы верхней полой вены, в остальных случаях тромбоз вен не был выявлен. При рассмотрении гендерных особенностей таких пациентов, на первое место выходят лица мужского пола - 32 случая (54,2%), в 27 случаях (45,8%) ТЭЛА выявлена у женщин. У 4 пациентов произошёл рецидив ТЭЛА (6,8%). Основным осложнением у пациентов с ТЭЛА на первое место выходит инфаркт-пневмония, диагностирована по результатам КТ органов грудной клетки у 16 пациентов (27,1%). 17 пациентам (28,8%) по жизненным показаниям был выполнен системный тромболизис, 10 пациентам (16,9%) в качестве профилактики рецидивов ТЭЛА была выполнена имплантация кава-фильтра. 9 пациентам (15,3%) было одновременно выполнено имплантации кава-фильтра и проведен системный тромболизис. Остальным пациентам (52,5%) проведена консервативная терапия.

Смертность в результате данного исследования составила 3,4%, остальное количество пациентов (96,6%) после получения стационарного лечения –выписаны на амбулаторное лечение. Результаты данного наблюдения основаны на небольшой группе пациентов, но говорят о высоком проценте выживаемости пациентов перенесших ТЭЛА. В дальнейшем планируется провести проспективное наблюдение данных пациентов для оценки выживаемости, инвалидизации, клинического статуса.

СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНОЙ ХИРУРГИИ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Лукин О.П.

Главный сердечно-сосудистый хирург Минздрава ЧО

ИБС остается ведущей причиной смертности населения среди заболеваний системы кровообращения в Российской Федерации. Поэтому анализ состояния оказания современной медицинской помощи в каждом из регионов страны имеет первостепенное значение. Показатель распространенности хронической формы ИБС в Уральском регионе в 2014 году составил 4070 на 100 тыс. населения при среднем по РФ 3577 на 100 тыс. населения (Л.А.Бокерия, Р.Г.Гудкова; 2015). Плановые коронарные вмешательства населению Челябинской области выполняются в Федеральном центре ССХ, двух государственных бюджетных учреждениях здравоохранения, двух ведомственных учреждениях здравоохранения и одном частном учреждении здравоохранения. В трех из них выполняется весь спектр плановых коронарных вмешательств, в двух только рентгенэндоваскулярные вмешательства, а в частном центре только операции аортокоронарного шунтирования. В динамике количество выполненных коронарных шунтирований в ЧО увеличилось с 863 в 2010 году до 1547 в 2014 году, а ЧКТВ с 434 до 3301 соответственно. Отличительной чертой выполняемых коронарных шунтирований в ЧО остается высокий процент операций при осложненных формах ИБС (постинфарктные аневризмы и сопутствующая клапанная патология), который в 2014 году составил 21% от всех операций коронарного шунтирования при общероссийских 9,8%. Это в определенной степени можно объяснить еще недостаточным охватом при оказании современной помощи больным с ОКС в регионе. При этом количество выполняемых ЧКТВ при остром коронарном синдроме в ЧО увеличилось с 50 в 2010 году до 1697 в 2014 году и превышает показатели на 1 млн. населения в Уральском Федеральном округе и в целом по России. В оказании помощи больным с ОКС в области участвует четыре региональных сосудистых центра и шесть первичных сосудистых центров, правда в трех из них отсутствует рентгенангиографическая служба. Остается высокой и в целом летальность при остром инфаркте миокарда, которая в целом по области колеблется около 15%.

Заключение: Первоочередными задачами развития помощи при ИБС в Челябинской области являются создание единого регистра больных ИБС, совершенствование системы оказания помощи больным с ОКС и дальнейшее увеличение количества всех видов плановых коронарных вмешательств.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ТРОМБОЭКСТРАКЦИИ ПРИ РАННЕМ ЧРЕСКОЖНОМ КОРОНАРНОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Магзумов А.Б., Кудратуллаев М.М., Тё Д.В., Руцкий С.В., Молжигитов А.А.

*КГП на ПХВ «Областной кардиологический центр», СКО,
г. Петропавловск, Республика Казахстан*

На сегодняшний день актуальность и клиничко-экономическая эффективность ранних инвазивных транскатетерных чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у больных умеренного и высокого риска с острым коронарным синдромом (ОКС) бесспорна (FRISC-II, TACTICS, RITA-3, TIMI-18). Приоритетом в раннем эффективной лечении ОКС остается механическая реканализация с тромбоаспирацией и последующим выполнением баллонной ангиопластики и стентирования. Таргетной целью устройств аспирации тромба при ЧКВ является предотвращение дистальной эмболии и спазма с замедлением кровотока в коронарной артерии (феномен «slow reflow») или полное прекращение кровотока (феномен «no reflow»), уменьшение объема атеротромботических масс в просвете артерии с лучшей визуализацией истинного поражения и возможность выполнения прямого стентирования без предварительной баллонной ангиопластики.

Цель: ретроспективный анализ применения метода транскатетерной чрескожной коронарной тромбэкстракции (аспирационными катетерами) при ЧКВ у пациентов с ОКС с подъемом и без подъема сегмента ST.

Материалы и методы: В период с 2012 года по январь 2016 года выполнено более 5349 коронароангиографий (КАГ), включая 1775 экстренных КАГ, 1905 ЧКВ, включая 1172 экстренных ранних ЧКВ при ОКС. В 567 (48.3%) случаях в указанный период были успешно применены аспирационные 140 см- 6 Fr катетеры моделей: Export AP (Medtronic), Eliminate (Terumo).

Исследуемую когорту составили пациенты ОКС как с подъемом сегмента ST, так и без подъема сегмента ST среднего и высокого риска по шкале GRACE. Среди них мужчин -349 (61.6%), женщин- 217 (38.4%), в возрасте от 30 до 91 лет, у 274 (48.3%) пациентов применен аспирационный катетер Eliminate, у 293 пациентов (51.7%)- AP Export катетер. В 330 (58.3%) случаях преимущественное поражение в бассейне передней межжелудочковой ветви, в 142 (25%) случаях - бассейн правой коронарной артерии, в 95(16.7) случаях- бассейн огибающей ветви. В 387 (68.3%) случаях тромбаспирация выполнена трансрадиальным доступом, у 213 пациентов (37.6%) после транскатетерной тромбаспирации ввиду резистентного атеротромботического коронарного поражения проведена предварительная чрескожная транслюминальная баллонная ангиопластика (ЧТКБА), у всех пациентов выполнено коронарное DES стентирование. В 21 (3.7%) случаях применялось введение ингибиторов Пв/Ша рецепторов Эптифибатид (Интегрилин) по схеме в связи с дистальным выраженным интракоронарным тромбозом.

Результаты: результаты процедур сравнивали как интраоперационно посредством ангиографических признаков степени коронарного кровотока и миокардиальной перфузии по ангиографической классификации TIMI, Myocardial BLUSH Grade (MBG), так и клинически - в ближайшем послеоперационном периоде. Тромбаспирационный эффект достигнут у 473 (83%) больных по ТИМИ 2-3, у 96 (17%) пациентов эффект достигнут частично ввиду технических трудностей проведения катетера, диаметра пораженного сегмента артерии, степени кальцификации. Длина атеротромботических аспиринов колебалась от 0.1-0.3 до 2.3 см длиной. У пациентов с проведенной ЧТКБА без предварительной тромбэкстракции процент дистальной эмболизации атеротромбомассами был значительно выше, что подтвердилось ангиографическими критериями классификации TIMI, Myocardial BLUSH Grade. В сравнительном ретроспективном анализе у 473 (83%) пациентов с применением аспирационных катетеров ангиографические показатели TIMI 2-3, Myocardial BLUSH Grade 2-3 значительно лучше, т.к. тромбаспирация значительно уменьшала дистальную эмболизацию атеротромбомассами, явления феномена «slow reflow» и «no-reflow», коронарный спазм, что соответствует данным мировых исследований.

Заключение. Применение интервенционных методов тромбэкстракции: современных аспирационных катетеров при раннем ЧКВ рекомендуется всем пациентам с ОКС среднего и высокого риска, т.к. это оправдано как с позиций кардиопротекции от дистальной эмболии, так и с позиций клинической эффективности в ближайшем и отдаленном периодах. Тромбэкстракция способствует нивелированию дистальной эмболизации, лучшей визуализации атеротромботического коронарного поражения, выбору последующей интраоперационной тактики лечения больного: ЧТКБА/ стентирование, улучшению ангиографических и клинических результатов лечения, согласно ранней инвазивной стратегии у пациентов с ОКС.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СУЛОДЕКСИДА У БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Максименко А.А., Авченко М.Т.

Оренбургский Государственный медицинский университет, г. Оренбург, Россия

Актуальность проблемы лечения хронической ишемии нижних конечностей обусловлена постоянно растущей заболеваемостью этим видом патологии. Серьезность прогрессирующего течения облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей обусловлена тем, что

после появления первых симптомов у 10-40% больных в течение 3-5 лет развивается гангрена, что приводит к ампутации конечности. Даже при полноценном лечении пациентов в условиях специализированного стационара количество ампутаций достигает 10-20%, а летальность - 15% (Покровский А.В. с соавт., 2006, Затевахин И.И., 2007).

Цель работы: Изучить эффективность применения препарата сулодексид (Вессел Дуэ Ф) в комплексном лечении у больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей.

Материалы и методы: Для исследования были выбраны пациенты с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей ПА-III стадией по Фонтейну- Покровскому, находившиеся на стационарном лечении в отделении сосудистой хирургии больницы им. Н.И. Пирогова в 2015 году. В исследование были включены 52 пациента, из них 40 мужчин (77%) и 12 женщин (23%) в возрасте от 51 до 88 лет (средний возраст $68,1 \pm 1,29$). Все пациенты были разделены на 2 равнозначные группы в зависимости от стадии заболевания и уровня окклюзионного поражения. В I группе пациенты в составе комплексного лечения получали сулодексид, а во II группе пациенты получали стандартную комплексную терапию. Из сопутствующих заболеваний у всех больных выявлено: различные клинические формы ишемической болезни сердца у 52 больных, артериальная гипертензия у 46 больных, сахарный диабет у 12 больных, острое нарушение мозгового кровообращения (в анамнезе) у 8 больных, у 2 пациентов – хронический пиелонефрит и также 2 пациента страдали хроническим обструктивным бронхитом, вне обострения. Следует отметить, что 76,9 % (40 пациентов) страдали никотиновой зависимостью. Эффективность проведенного лечения оценивались по динамике клинических проявлений заболевания (болевого синдром, перемежающаяся хромота), гемодинамическим параметрам (артериальное давление, частота сердечных сокращений). Состояние кровотока по магистральным сосудам оценивали данным дуплексного ангиосканирования сосудов нижних конечностей, также учитывалась дистанция безболевой ходьбы до начала и по окончании курса терапии. Всем больным проводилось исследование общего и биохимического анализов крови, свертывающей системы крови, общего анализа мочи. Статистическую обработку полученных данных проводили методами вариационной статистики из пакета прикладных программ Microsoft Excel и Statistica 10 с оценкой различий между средними величинами по t-критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждения: Полный курс терапии закончили все пациенты. Длительность пребывания больных в стационаре в I группе составила $15,88 \pm 0,57$ суток, во II группе $16,12 \pm 0,53$ суток. На фоне проводимой терапии, отметили отчетливое клиническое улучшение в I группе 24 пациента (92%), во II группе 11 пациентов (42%) пациентов. Установлено увеличение безболевой ходьбы в I группе с $56,346 \pm 9,590$ метров до $102,380 \pm 12,057$ метров (на 81%), ($p < 0,05$). Во II группе с $49,615 \pm 8,357$ метров до $64,231 \pm 8,298$ метров (на 29%), ($p < 0,05$). При исследовании показателей свертывающей системы крови были получены следующие значения: увеличение АЧТВ в I группе с $30,180 \pm 0,83$ сек. до $35,060 \pm 0,924$ сек ($p < 0,05$), во II группе с $30,280 \pm 0,670$ сек. до $35,260 \pm 1,057$ сек ($p < 0,05$), увеличение МНО в I группе от $1,000 \pm 0,050$ до $1,380 \pm 0,204$ ($p < 0,05$), во II группе от $1,019 \pm 0,031$ до $1,390 \pm 0,119$ ($p < 0,05$). По данным биохимического анализа крови значимых изменений белкового состава, уровня креатинина, мочевины, трансаминаз не выявлено. Аллергических реакций и побочных эффектов на применение сулодексида у пациентов не отмечено.

В данном исследовании терапия сулодексидом по сравнению со стандартными схемами лечения приводила к существенному клиническому улучшению состояния больных, было достигнуто достоверное увеличение дистанции безболевой ходьбы в I группе по сравнению со II группой в 1,5 раза, достоверных различий показателей свертывающей системы крови между группами не выявлено.

Выводы: Наше исследование показало, что применение препарата сулодексид является безопасным и эффективным в лечении больных с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Матмуротов К.Ж., Атаков С.С., Моминов А.Т., Агажанов Т.Ш., Сапаева Ш.Б.
Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель: улучшить ближайших результатов лечения у больных критической ишемией у больных сахарным диабетом.

Материалы и методы: данное исследование включает 221 больных, которые получали стационарное лечение в Республиканском центре гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета МЗ РУз в 2014-2015 гг. Эти больные имели гнойно-некротические поражения стоп и голени, развивающиеся на фоне критической ишемии при синдроме диабетической стопы. Всем пациентам в отделении в зависимости от состояния произведена исследование ангиография артерий нижних конечностей.

Первичным критерием больных для показания к консервативной терапии массивное поражение периферического русла, недавно перенесенные ОНМК, ОИМ и хроническая почечная недостаточность.

Всем пациентам по состоянию назначено простаноиды (вазапростан), антиоксиданты (тивортин, мексидол), антикоагулянты (клексан), альфа-липоевая кислота (берлитион) и антибактериальная терапия.

С целью создания максимальной концентрации простаноидов (вазапростан) в очаге поражения 5 (2,8%) больным под рентгенангиографическим контролем устанавливался внутриартериальный катетер с подведением дистального конца к устью бедренной артерии на стороне поражения для длительного внутриартериального введения лекарственных препаратов (ДВАКТ). Внутриартериальное введение лекарственных веществ осуществляли подключением к системе «высокой бутылки» с постоянным введением базисных растворов.

Антикоагулянтная терапия (клексан) проводилась под контролем времени свертываемости крови. При этом суточный объем жидкости в артерию не превышало 1200 мл и составе инфузата были простаноиды, спазмолитики, антикоагулянты и антиоксиданты.

Дозировка вазопростана корригировалась в зависимости от выраженности критической ишемии и состояния пациента. При этом доза колебалась от 20 мкг/сут до 80 мкг/сут. Всем больным в зависимости от выраженности некротического процесса назначались антибактериальные препараты.

Назначенная консервативная терапия проводилась от 7 до 10 дней под наблюдением кардиолога и эндокринолога.

Результаты: в динамике наблюдения и проведения комплекса лечебных мероприятий у этих больных удалось снизить процент прогрессирования ишемических явлений конечностей. У пациентов получивших ДВАКТ получены наиболее хорошие результаты, так как в связи с тяжестью состояния больных в большинстве случаев были противопоказания к проведению ДВАКТ.

Следует отметить, что у 17 (7,7%) больных получивших ДВАКТ удалось полностью снимать признаки ишемии (с болевым синдромом). В 65 (29,4%) случаях из 221 пришлось увеличить дозу простаноидов (вазапростана до 60-80 мкг/сут) в динамике в связи с прогрессированием признаков критической ишемии.

Обсуждение: признаки прогрессирования ишемического фактора на фоне сахарного диабета представляет собой высокий риск потери конечности. На сегодняшний день при поражении артерий периферического русла на фоне сахарного диабета эндоваскулярные манипуляции являются основным методом в спасении конечности, но имеются контингент пациентов, у которых риск оперативных вмешательств очень высоко, что требует дополнительных мер.

Необходимо отметить, что во всех случаях нам удалось предотвратить прогрессирования ишемии конечности в 161 (72,8%) и тем самым сохранит опорно-двигательную функцию конечности, но следует отметить, что эти пациенты неоднократно получали курс консервативной терапии включением вышеуказанных препаратов. Это в свое очередь показывает поддерживающую дозу препаратов и предотвращает нарастанию ишемии. В 9 (4%) случаях пришлось прибегнуть к высоким ампутациям.

Выводы: медикаментозное лечение больных с критической ишемией нижних конечностей на фоне сахарного диабета требует индивидуального подхода каждому пациенту. Конечно, при возможности эндоваскулярных оперативных вмешательств им дается предпочтение, но при наличии противопоказаний, нет выбора кроме консервативной терапии пациентов высоким риском для сохранения конечности.

Таким образом, адекватное консервативное лечение ишемии конечности является эффективным способом купирования критической ишемии нижних конечностей на фоне синдрома диабетической стопы у больных высоким риском проведения каких либо оперативных вмешательств. Это в свое очередь дает практическому хирургу уменьшит процент осложнений связанной с проведенной операцией.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНЫХ ПРОТИВОГРИБКОВЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗА

Матмуротов К.Ж., Моминов А.Т., Атаков С.С., Сапаева Ш.Б., Атажанов Т.Ш.

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель: изучение эффективности местных противогрибковых препаратов при лечении венозных трофических язв у больных с ХВН.

Материалы и методы: проанализировано результаты стационарного и амбулаторного лечения 42 больных с венозными трофическими ранами, которые лечились в Республиканском Центре Гнойной Хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета МЗ РУз в 2014-2015 гг.

Всем больным применялось противогрибковый препарат местного назначения (нитрофунгин, тербизил и т.д). Изначально противогрибковые препараты применены эмпирически до получения ответа микологических исследований. Пациенты вместе с основным препаратом (мирамистин мазь, нитацид мазь, диоксизоль и т.д.) для заживления ран применяли противогрибковые препараты.

Все пациенты из анамнеза имели ХВН и долгое время лечились и наблюдались в других лечебных учреждениях. Из 42 пациентов только 7 (16,7%) были первичными. По сроку заболевания болеют минимум 3 месяца, а максимум 11 лет. Из сопутствующих заболеваний больные имели сахарный диабет (7), ИБС (13) и ожирение (16). В исследуемой группе преобладали мужчины (29).

При осмотре у пациентов чаще всего вокруг ран отмечалось гипергрануляция и мацерация кожи с местными признаками аллергического раздражения. У 5 (11,9%) больных из 42 рана была покрыта некротическим струпом. А также в 6 (14,2%) случаях наблюдалось симметричность трофических язв, т.е. на обеих конечностях.

Наряду с общепризнанными клинико-лабораторными методами обследования больных с ГНПС, с целью оценки эффективности проводимой терапии нами проводились следующие методы исследования:

- микологические исследования отделяемого из раны (микроскопия, посев на среды);
- бактериологические исследования раневого экссудата (бактериоскопия, бактериологические посевы в аэробных и анаэробных условиях);

После получения ответов микологических исследований использованы препараты по чувствительности грибковых инвазий.

Следует отметить, что в 36 (86%) случаях из 42 в мазке полученных от трофических язв обнаружены грибковые возбудители. При микологии чаще всего высевались кандиды, реже аспириллы и фузарии. При этом в основном возбудители были чувствительны к итраконазолу и тербинафину.

Результаты: микологическое исследование больных в стационарном лечении проводилось в динамике. Критериями эффективности местной противогрибковой терапии в исследуемой группе больных было уменьшение грибковой обсемененности на 3, 7 сутки в комплексе с клиническими и местными проявлениями. Анализ динамики изменения грибковой обсемененности при применении местных противогрибковых препаратов показал, что при этом на 3-и

сутки грибки выявлялись в 27 (64,3%) случаев из 36 случаев. На 7-е сутки только у 3 (8,3%) грибковая инфекция продолжала выявляться из патологического очага.

В ходе анализа выявлено, что на фоне применения местных противогрибковых препаратов на третьи сутки отмечалось резкое уменьшение признаков местного раздражения и отеков.

Обсуждение: таким образом, представленные данные убедительно показывают на высокую роль грибковых инвазий в патогенезе трофических язв венозного генеза. Уместно отметить, что в 44,4% случаев имело место сочетание грибковых инвазий с аэробными и анаэробными микроорганизмами.

Выводы: в патогенезе трофических язв венозного генеза важную роль играет сочетание грибковых инвазий с бактериями, встречающееся в 44,4% случаев, причем общая частота выявления грибов из патологического очага у больных с трофическими язвами венозного генеза составляет 86%.

Адекватное местное лечение трофических язв венозного генеза позволяет к 3 суткам добиться двухкратного снижения частоты выявления грибов, а на 7 суткам почти их элиминации из очага.

Недоучет роли грибковой инвазии при комплексном лечении трофических язв венозного генеза на наш взгляд является одной из причин замедления репаративных процессов трофических язв и прогрессирования патологического процесса.

ИМПЛАНТАЦИЯ КАВА-ФИЛЬТРОВ И ПЛИКАЦИЯ ВЕН – НАШ ОПЫТ И РЕЗУЛЬТАТЫ

Медведев А.П.¹, Маклашин А.В.¹, Дерябин Р.А.², Серегин А.А.³, Чеботарь Е.В.⁴, Галкин С.В.⁵

- 1) Нижегородская Государственная Медицинская Академия, г. Нижний Новгород, Россия,
- 2) Городская клиническая больница №5, г. Нижний Новгород, Россия,
- 3) Приволжский окружной медицинский центр ФМБА России, г. Нижний Новгород, Россия,
- 4) Специализированная клиническая кардиохирургическая больница, г. Нижний Новгород,
- 5) Республиканская клиническая больница, г. Йошкар-Ола, республика Марий Эл, Россия

Частота эмбологенного венозного тромбоза составляет 160 случаев на 100 000 населения. Согласно рекомендациям ESC и АФР, для профилактики тромбоэмболии легочных артерий (ТЭЛА) и ее рецидива применяются антикоагулянтная терапия, тромбэктомия и пликация вен и имплантация кава-фильтров (КФ).

Цель исследования: Изучить результаты и уточнить показания к имплантации кава-фильтров по поводу жизнеугрожающего венозного тромбоэмболизма и сравнить результаты с хирургической пликацией вен бассейна нижней полой вены.

Материал и методы: В исследование вошло 2 группы пациентов. Первая группа – 124 пациента с кава-фильтрами «Cordis Trap Easy», «Cook Select» и др., имплантированными в 2002-2014 гг. Из них 58 – кава-фильтры съемной модели. В связи с двусторонним илеофemorальным флeботромбозом и распространением на нижнюю полую вену, верхний доступ использовался в 50 случаях (40,3%). Женщин было 68 (54,8%), мужчин 56 (45,2%), средний возраст пациентов составил от 25 до 80 лет. Источником эмболии во всех случаях был бассейн нижней полой вены. Показаниями к имплантации кава-фильтра были: угроза ТЭЛА при эмбоопасном венозном тромбозе – 24 (19,3%), высокий риск рецидива эмболии при острой ТЭЛА – 50 (40,4%) и рецидивирующая ТЭЛА – 50 (40,4%). У 8 пациентов с высоким риском рецидива ТЭЛА кава-фильтр имплантировали перед оперативным вмешательством (4 – протезирование тазобедренного сустава, 4 – объемные гинекологические вмешательства). У двух пациентов в связи с распространенным тромбозом временный КФ устанавливался выше почечных вен.

Вторую группу представляли 42 пациента с флотацией головки тромба глубоких вен нижних конечностей. Более половины оперированных составляли пациенты гинекологического и травматологического профиля по основному заболеванию, у которых ТГВ протекал бессимптомно и был выявлен в ходе предоперационного УЗДС. 28 (65,15%) операций выполнено на уровне бедренного сегмента, 13 (30,2%) операций на уровне подвздошного сегмента и 2 (4,65%) операции на нижней полой вене. Профиль оперированных пациентов: первичные «сосудистые»

пациенты (с ТГВ) – 17 (39,5%), гинекологического профиля (в т.ч. беременные) – 5 (3) (11,6%), травматологического профиля – 18 (41,86%), общехирургического профиля – 1 (2,3%), кардиологического профиля – 2 (4,6%). Возраст пациентов от 21 года до 82 лет, 25 (58,1%) женщин и 18 мужчин. Всего за период 2009 – 2014 г. выполнена 43 операции 42 пациентам, из них: пликация вены – 13 (30,2%), пликация + тромбэктомия из вены – 24 (55,8%), пликация + кроссэктомия – 4 (9,3%), тромбэктомия + кроссэктомия БПВ – 2 (4,6%). Вне отделения сосудистой хирургии (в других ЛПУ) прооперировано 3 пациента (7%). Операция пликации вены заключалась в наложении 1-3 (в зависимости от диаметра вены) отдельных П-образных швов с захватом обеих стенок, швы накладывались вдоль вены нитью пролен 5/0. Расстояние между швами 2-3 мм. У 26 пациентов (60,5%) пликация вены комбинировалась с тромбэктомией из дистальных отделов венозного русла. Консервативное лечение пациентов в периоперационном периоде не отличалось от стандартов лечения неосложненного флотацией тромбоза глубоких вен.

Результаты и обсуждение: При выписке состояние всех пациентов оценивалось как удовлетворительное, имелась отчетливая достоверная положительная динамика на фоне проводимого консервативного лечения в виде улучшения самочувствия, уменьшения клинической симптоматики венозного тромбоза, одышки. При изучении медицинских карт стационарного больного, выявлено, что в 23 случаях (18,5%) не был рекомендован профилактический прием варфарина. Отдаленные результаты имплантации кава-фильтров прослежены у 41 больного в сроки от 2 до 11 лет. У большинства – 89 (71,8%) пациентов выявлено нарастание признаков прогрессирующей хронической венозной недостаточности нижних конечностей (ХВН) – с классов С1-2 до классов С3-6 по классификации СЕАР. Число пациентов с незначительной одышкой увеличилось в 2 раза. Документально подтверждено 10 (8%) массивных эмболий в кава-фильтр. Профилактический прием варфарина при выписке был рекомендован 101 (72,5%) пациенту, но только половина из них принимали препарат и контролировали МНО регулярно. Погибло 6 (4,8%) пациентов с массивной ТЭЛА в анамнезе, причиной летальных исходов послужила постэмболическая легочная гипертензия.

После открытых операций пликации вен наблюдалось 37 пациентов (86%). На отдаленных сроках при УЗДС контроле было выявлено 100% сохранение пликации на сроке 3 месяца, у 81,4% (30 пациентов) реканализация просвета вены произошла на сроке до 12 месяцев, у 97,3% (35 пациентов из 36) реканализация наступила через 24 месяца. У 7 пациентов (24,3%) произошла эмболия уровня пликации оторвавшейся головкой тромба с последующей классической реканализацией – срабатывание пликационного шва- «ловушки» тромба. Один летальный исход (2,5%) произошел у пациентки после тромбэктомии из ОБВ с кроссэктомией (без пликации). Фатальная молниеносная ТЭЛА на 5-е сутки послеоперационного периода. Источник ТЭЛА на аутопсии не установлен.

Выводы: Имплантация КФ при соблюдении режима антикоагулянтной терапии позволяет предотвратить массивную ТЭЛА. При нарушении режима антикоагулянтной профилактики имплантация КФ не исключает прогрессирование венозного тромбоза, прогрессирования постэмболической легочной гипертензии, усугубления явлений хронической венозной недостаточности. При этом имплантация кава-фильтра требует постоянной контролируемой антикоагулянтной терапии, достоверно усугубляет развитие и течение ХВН.

Пликацию вены выше уровня флотирующей головки тромба (с тромбэктомией из дистальных отделов венозного русла), можно считать операцией выбора при отсутствии возможности имплантации временного кава-фильтра. Преимущества пликации вены перед перевязкой заключается в сохранении кровотока по вене после выполнения пликации, при этом не происходит усугубления явлений венозной недостаточности. При отсутствии тромбоза на уровне пликации происходит прорезывание швов с восстановлением просвета вены на отдаленных сроках. Пликация вен технически возможна на различных уровнях венозной системы, от уровня бедренной вены до нижней полой вены для минимизации гемодинамических нарушений. Операция технически выполнима специалистом-сосудистым хирургом в условиях общехирургического отделения (хирургические стационары городских больниц, ЦРБ), не требует наличия технически сложного и дорогостоящего оборудования (ангиограф) и специалистов-рентгенэндоваскулярных хирургов.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ И ЕЕ ПРИТОКОВ. МСКТ-ДИАГНОСТИКА И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Мельниченко Ж.С., Вишнякова М.В., Вишнякова М.В.

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области
«Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М.Ф. Владимирского», г. Москва, Россия.*

Введение. Аномалии нижней полой вены (НПВ) и ее притоков – весьма редкая врожденная патология, отличающаяся в то же время большим разнообразием анатомических вариантов. В большинстве случаев варианты развития НПВ являются случайной находкой у пациентов, проходящих обследование по поводу других патологических состояний. Однако отдельные из них могут сопровождаться определенной клинической симптоматикой [1,2]. Кроме того, информация об особенностях анатомического строения является необходимой при планировании оперативных вмешательств на органах и сосудах забрюшинного пространства, так как наличие нетипично расположенного сосуда может привести к изменениям хирургической тактики и возможным интраоперационным осложнениям [3,4,5].

Цель исследования. Изучить частоту случайной диагностики аномалий нижней полой вены и ее притоков при МСКТ обследовании органов брюшной полости и забрюшинного пространства, и оценить клиническую значимость выявленных изменений.

Материалы и методы. В исследование были включены 1186 пациентов с различными онкологическими и воспалительными заболеваниями органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Среди них 686 мужчин, 500 женщин, средний возраст составил 68 лет. Всем пациентам была выполнена мультиспиральная компьютерная томография с внутривенным болюсным контрастированием на мультиспиральном компьютерном томографе Toshiba Aquilion, 64. Протокол исследования включал нативное сканирование и серию постконтрастных исследований в артериальную, венозную и отсроченную фазы с толщиной срезов 1мм. Контрастный препарат вводился со скоростью 4мл/сек в дозировке 2мл/кг. С целью снижения лучевой нагрузки на пациента применялись низкодозовые протоколы, ^{SURE}Exposure 3D-модуляция и квантовый фильтр подавления шума.

Результаты. Всего аномалии нижней полой вены и ее притоков были выявлены у 144 пациентов (12%). Среди них: удвоение нижней полой вены отмечено у 4 пациентов (0,3 %); аплазия НПВ определялась у 2 пациентов (0,1%); множественные почечные вены – у 132 пациентов (11%); ретроаортальные левые почечные отмечены у 38 пациентов (3%); двусторонние аномалии почечных вен выявлены у 27 пациентов (2%); наличие крупных поясничных вен, дренируемых в левую почечную вену, отмечено у 25 пациентов (2%); в 6 случаях (0,5%) отмечено сочетание вариантной анатомии почечных вен с различными аномалиями развития почек. У 2 пациентов (0,1%) с аплазией НПВ определялись клинические проявления тромбоза глубоких вен. В 1 пациента (0,08%) с ретроаортальной левой почечной веной отмечались клинические проявления компрессии почечной вены между аортой и телом поясничного позвонка в виде гематурии и болевого синдрома в поясничной области. На настоящий момент 160 пациентов (13%) подверглись оперативному вмешательству в связи с основным заболеванием.

Выводы. В нашем исследовании аномалии нижней полой вены и ее притоков были выявлены у 144 пациентов (12%), у 3 пациентов они сопровождались самостоятельной клинической симптоматикой. У 160 прооперированных больных (13%) информация о вариантной анатомии нижней полой вены и ее притоков позволила оптимизировать тактику хирургического вмешательства и предупредить возможные интраоперационные осложнения.

РИТМОКАРДИОГРАФИЯ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ ПРИ КОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ

Миронов В.А., Миронова Т.Ф., Куватов В.А.

ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», г. Челябинск, Россия

Актуальность. С использованием методов интервенционного лечения ишемической болезни сердца (ИБС), приоритетной причины летальности и инвалидизации, внедрение дополнительных методов диагностики ИБС является актуальным. Анализ variability сердечного ритма (ВСР) при точности регистрации в 1000 Гц предназначен для выявления регуляторных нарушений деятельности сердца. Предполагалось, что при высоком разрешении специализированной аппаратуры и программного обеспечения он позволяет интраоперационно получить в режиме on-line актуальную информацию об автономной и гуморально-метаболической регуляции синоатриального узла сердца (СУ), поскольку дисрегуляции являются облигатным компонентом кардиоваскулярного нездоровья. Кроме того, при ритмокардиографии высокого разрешения (РКГ) возможен дополнительный дифференцированный отбор больных для хирургического вмешательства и для ведения пациентов после операции. Исследований с применением анализа ВСР не так много, но тенденция к внедрению в кардиохирургию, по-видимому, будет расширяться. Немногочисленные попытки применения анализа ВСР предпринимались, но в основном с отрицательным результатом. Это было связано прежде всего с недостаточной точностью аппаратуры для ВСР и программы анализа с извлечением RR-интервалов из ХМ, не предназначенного для РКГ. Это касается многих зарубежных работ после публикации Task Force (1996), рекомендующих точность регистрации ВСР в 125-250 Гц. Между тем, для регистрации актуальных дисрегуляций синаптического уровня требуется более высокая дискретизация ЭКС. Наш опыт 24-летнего анализа ВСР и база данных более 70 тысяч больных убеждает в необходимости более точной регистрации и хранения ВСР в памяти компьютера с разрешением в 1000 Гц. Недостатком является также и игнорирование в автономной регуляции СУ влияния гуморально-метаболической среды на потенциалы действия в пейсмекеров СУ.

Целью работы была апробация РКГ при коронарном шунтировании (КШ) у больных стабильной стенокардией (ССт) при отборе больных на КШ, послеоперационной оценки их состояния, а также для интраоперационного контроля актуального статуса оперируемых.

Материалы и методы. До и после операции, а также во время этапов шунтирования проводилась высокоточная регистрация ЭКС (1000±3 Гц) на аппаратно-программном комплексе (АПК) КАП-РК-01- «Микор» (Регистрационное удостоверение Федеральной службы по надзору в здравоохранении № ФС 02262005/2447-06). Были отобраны 256 пациентов со ССт для РКГ до, 123- после и во время КШ. Контролем были ВСР данные 47 здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу. Помимо стандартных методов диагностики проводились РКГ, временной и спектральный анализ ВСР. Выделялись средние показатели: RR- средний интервал, SDNN стандартная девиация интервалов, σ_1 , σ_m , σ_s –квадратичные отклонения гуморально-метаболических, симпатических и парасимпатических флуктуаций ВСР, спектрально оценивалось соотношение факторов регуляции -VLF% LF% HF%. До и после КШ РКГ записывалась в покое и 4-х нагрузочных пробах. Для интраоперационного исследования был создан АПК с мониторной записью РКГ во время КШ. При записи через каждые 300 интервалов выдавался результат анализа с выводением данных на экран и архивированием. В реакции ритма на стимулы в пробах выделялись: ΔRR -максимальная реакция на стимул, время её достижения – tAB и восстановления - tr. Проводилось также нормирование показателей. Статанализ проводили по программе STATISTICA 6.0, пакета Microsoft Excel 5.0. с оценкой в интервальной шкале измерения, нормальность распределений по критерию Хи-квадрат Пирсона. При сравнении большого объема данных для анализа применён Z-критерий- аналог t для непараметрических выборок.

Результаты исследования и выводы. Данные анализа ВСР в контроле и у 256 больных до операции по критерию Z=2,44-32,6 показали достоверные отличия ВСР при ССт: выраженное снижение амплитуды волн ВСР (SDNN), и составляющих её волн - гуморально-метаболических, симпатических и парасимпатических (σ_1 , σ_m , σ_s), соответственно. Это указывало на выраженное угнетение быстрой автономной симпато-парасимпатической регуляции в СУ, и менее выраженное снижение влияния гуморальной среды. Ниже оказались и реакции ритма (ΔRR)

в пробах. Время же достижения и восстановления достоверно увеличилось (tAB, tr). Участие в дизрегуляции СУ всех 3-х факторов предполагало патологические нарушения в пейсмекерах СУ. На фоне снижения ВСР во время ишемических эпизодов записаны участки стабилизации ВСР, синхронные с приступами ССт. Определена средняя SDNN на 1408 таких фрагментах у 123 пациентов - $3,55 \pm 1,02$ миллисекунды, что выглядит при современной чувствительности экранов, как полная стабилизация ВСР. В 1021 (72,51%) эти эпизоды совпадали с ЭКГ-депрессией ST. В спектральном анализе соотношение 3-х факторов регуляции СУ, тоже патологически изменилось - $VLF\% > LF\% > HF\%$, свидетельствуя о достоверном ($Z=3,94-25,6$) угнетении автономной регуляции и преобладании патологического гуморального фактора ($VLF\% = 49,31-66,41\%$). При мониторинговой интраоперационной записи у всех 123 пациентов во время интубационного наркоза зарегистрирована полная стабилизация ВСР; во время канюлирования сосудов записаны элементы миграции водителя ритма на РКГ и ЭКГ. Манипуляции с желудочками сердца вызывали желудочковые нарушения ритма - множественные полифокусные экстрасистолы и замещающие ритмы, эпизоды желудочковой тахикардии, сокращение RR- интервалов параллельно снижению амплитуды ЭКГ-комплексов, хотя минимальную сердечную деятельность можно было наблюдать по мониторинговой ЭКГ с последующей полной асистолией. Остановке сердца соответствовало исчезновение всех волн ВСР, свидетельствуя об отсутствии автономного и гуморального влияния на регуляцию СУ. Во время манипуляций хирурга при канюляции предсердия у части пациентов с исходной до операции автономной кардионейропатией (АКН), развилось трепетание предсердий. В раннем периоде после операции у всех 123 больных ВСР снижалась. После КШ АКН была у 51 (41,4%), то есть чаще ($p < 0,01$), чем до КШ – у 29 (11,3%) лиц. В периодах стимуляции было ещё большее, чем до КШ, снижение реакций в пробах. До КШ у больных ССт максимум реакции при нагрузке достигался в 3 раза медленнее нормы, после же КШ ещё медленнее. Восстановление после действия стимулов в пробах (tr) замедлилось значимо с высокой достоверностью ($p < 0,01-0,001$). В спектрах же в соотношении факторов регуляции в СУ после КШ выявлены положительные сдвиги в виде повышения показателей быстрой автономной регуляции – LF% и HF%.

Таким образом, РКГ с анализом ВСР является методом актуальной оценки нарушений автономной и гуморально-метаболической регуляции пейсмекерной активности СУ, ассоциирующейся с кардиоваскулярным статусом пациентов, предназначенных и перенёсших интервенционную реваскуляризацию миокарда. До операции при отборе больных РКГ и анализ ВСР содержат дополнительные возможности диагностики регуляторных возможностей ССт, а также предикторы гемодинамически значимых кардиоаритмий в интраоперационном периоде КШ. Интраоперационная ритмокардиография при КШ позволяет зарегистрировать ВСР, характерную для каждого этапа операции, а также кардиоаритмии, патогенетически связанные с предикторами предоперационной ВСР и локализацией манипуляций хирурга во время операции. В раннем послеоперационном периоде после КШ данные ВСР свидетельствуют об ухудшении автономной регуляции в СУ сердца.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Михайличенко М.В., Коваленко В.И., Темрезов М.Б.

*Кафедра сердечно-сосудистой хирургии ГБОУ ДПО РМАПО, г. Москва,
ТОО «Костанайский хирургический центр», Казахстан*

При проведении эндовенозной лазерной облитерации (ЭВЛО) у пациентов с варикозной болезнью (ВБ) вен нижних конечности недостаточная протяжённость излучающей зоны может привести к карбонизации световода, к «залипанию» его к стенке вены, что может сопровождаться более выраженным болевым синдромом в послеоперационном периоде и быть причиной недостаточной глубины коагуляции вены и, следовательно, рецидива варикозной болезни. Другим недостатком существующих устройств для ЭВЛО является высокая стоимость применяемого одноразового световода, возможность стерилизовать которого ограничена из-за потерь пропускающей способности кварца от воздействия необходимых доз радиации.

Наше изобретение (Патент № 2557888 от 30.06.2015 г) на устройство («оплетка-насадка» на световод) предполагает снижение стоимости ЭВЛО, а также числа осложнений в послеоперационном периоде и рецидивов варикозной болезни. Конструкция содержит рассеивающий элемент второго порядка (линзу с изгибом или рассеивателем на колпачке) для увеличения протяженности излучения и защитную поверхностную фторопластовую трубку. Защитный колпачок, прозрачный для лазерных излучений, защищающий непосредственно световод, может быть выполнен из кварца или сапфира. Съёмная стерилизуемая защитная оплетка выполнена из фторопласта. В конструкции устройства предусмотрено перемещение излучателя по чистой внутренней поверхности светопровода, при этом площадь высокоэнергетического контакта с равными мощностями с веной значительно больше, так как длина светопровода составляет обычно 30-100см. Изготовление защитных элементов световода из материалов, обладающих различными характеристиками, повышает его эффективность, а именно: применение кварца или других стекловидных материалов обеспечивает хорошую для введения в вену жесткость, фторопласт обладает высокими антипригарными свойствами, хорошо скользит по тканям при введении; использование УЗИ-контрастных материалов обеспечивает лучшую визуализацию и жесткость съёмной стерилизуемой защитной оплетки.

Цель работы: изучить эффективность использования предложенной нами конструкции при выполнении ЭВЛО при варикозной болезни (ВБ) вен нижних конечностей.

Материал и методы: мы применили новое устройство у 60 пациентов с ВБ вен нижних конечностей с ХВН С2-С4 класса. В условиях стационара одного дня под тумесцентной анестезией и под контролем интраоперационного ангиосканирования у всех пациентов без предварительной кроссэктомии была выполнена ЭВЛО ствола БПВ (до нижней трети бедра - у 22 (36,7%) и до верхней трети голени у 38 (63,3%) на одной конечности. Несостоятельные перфорантные вены у 42 (70,0%) пациентов облитерированы с помощью ЭВЛО, у 9 (30%) – склерооблитерацией. Варикозно расширенные притоки у 28 (46,7%) пациентов удалены с помощью ЭВЛО, у 20 (33,3%) – путем склерооблитерации и у 12 (20,0%) – минифлебэктомии. ЭВЛО выполняли высокоэнергетическим диодным лазером «ЛАМИ-Гелиос» 1470нм ООО «Новые Хирургические Технологии» с радиальной индикатрисой излучения и автоматической тракцией (0,7 мм/с, ЛПЭ 45-100 Дж/см). После операции оценивали частоту полной облитерации БПВ и наличие в ней пристеночного кровотока, частоту и интенсивность подкожных гематом, а также интенсивность болевого синдрома в течение первой недели (1,4,7 сутки) послеоперационного периода и другие побочные эффекты и осложнения, связанные непосредственно с ЭВЛО.

Результаты : течение раннего послеоперационного периода в основной группе (n=60) мы сравнили с таковым в контрольной группе (n=115) пациентов, которые оперированы с применением ЭВЛО с теми же техническими параметрами лазерной установки, но без нового устройства. Интенсивность болевого синдрома, оцененная по 10-бальной шкале, в основной и контрольной группах соответственно имела следующие значения: в 1 сутки $-1,8 \pm 0,23$ и $2,4 \pm 0,1$ балла, на 4 сутки - $1,6 \pm 0,1$ и $2,0 \pm 0,2$ балла, на 7сутки - $1,2 \pm 0,2$ и $1,4 \pm 0,2$ балла. Экхимозы, парестезии и гиперпигментации кожи были в 2 раза реже в основной группе. Через месяц после операции облитерация ствола БПВ отмечена у 97,1% пациентов основной и у 94,8% - контрольной групп. Зоны пристеночного кровотока в стволе БПВ протяженностью от 0,5 до 1,5 см были зафиксированы в основной и контрольной группах соответственно в 2,9% и 5,2% случаях.

Таким образом, результаты ближайшего послеоперационного периода указывают на эффективность предложенного способа усовершенствования ЭВЛО. Предполагается продолжить исследование с оценкой отдаленных результатов лечения и экономического эффекта при использовании предложенной конструкции «оплетка-насадка» при ЭВЛО.

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА СОННЫХ АРТЕРИЯХ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЛАЗНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Михайлов М.С.¹, Подсевакина Т.А.², Ридель В.Ю.¹,
Новожилов А.В.¹, Колесник И.Н.¹

¹ГБУЗ СО Самарская городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова,

²ГБУЗ СО Самарская областная клиническая офтальмологическая больница
им. Т.И. Ерошевского, Самара, Россия

При атеросклерозе сосудов брахицефальной системы, наряду с ишемией головного мозга, страдает кровоснабжение глазного яблока и зрительного нерва. Нередко первыми признаками сосудистых заболеваний брахицефальной системы (БЦС) являются клинические проявления со стороны органов зрения. Как правило, у пациентов с гемодинамическим значимым стенозом сонных артерий, консервативное лечение глазного ишемического синдрома (ГИС) бывает малоэффективным. Кроме того, у этой группы больных имеется высокий риск развития ишемического инсульта. Поэтому важным является выявление причины развития ГИС, устранение ишемии глазного яблока, головного мозга и профилактика инсульта.

Цель работы – оценить результаты хирургического лечения больных с глазным ишемическим синдромом, перенесших реваскуляризирующие операции на сонных артериях.

Материалы и методы: за период с ноября 2014 по ноябрь 2015 года в диагностическом отделении Самарской областной клинической офтальмологической больницы им. Т.И. Ерошевского обследованы 88 пациента с диагнозом «глазной ишемический синдром». У 19 пациентов выявлены стенозы экстракраниальных артерий, в том числе у 10 больных – гемодинамически значимые стенозы или окклюзия внутренней сонной артерии (ВСА).

Возраст больных составил от 58 до 68 лет. Мужчин было 8, женщин-2. Всем пациентам в план офтальмологического обследования входило визометрия, тонометрия, авторефрактометрия, ультразвуковое а- и в-сканирование, исследование центрального поля зрения, компьютерная периметрия, оценка состояния зрительного нерва и сетчатки на оптическом когерентном томографе, фоторегистрация глазного дна.

При обследовании было выявлено снижение остроты зрения и сужение периферических полей зрения у всех пациентов. У трёх пациентов выявлены глубокие дефекты центрального поля зрения (ЦПР) (секторальные) и снижение светочувствительности сетчатки, при когерентной томографии отмечено истончение слоя нервных волокон и деколорация диска зрительного нерва. 2 пациента имели тяжелые глазные заболевания (отслойка сетчатки, пролиферативную диабетическую ретинопатию), что делало невозможным проведения ряда исследований.

У 9 больных при обследовании (УЗИ БЦС) выявлены гемодинамически значимые (более 70 %) стенозы сонных артерий. У 1 пациента диагностирована окклюзия внутренней сонной артерии. Все пациенты были оперированы в сосудистом центре СГКБ №1 имени Н.И. Пирогова г. Самара.

По классификации сосудисто-мозговой недостаточности А.В. Покровского (1976 г.) асимптомных пациентов (1 степень) было 4. Ещё у 4 пациентов выявлены общемозговые симптомы (3 степень). У 2 пациентов в анамнезе был ишемический инсульт (4 степень). Перед операцией всем пациентам была выполнена КТ-ангиография головного мозга и прецеребральных артерий.

Результаты: Эверсионная каротидная эндартерэктомия была выполнена 9 пациентам. Резекция окклюзированной ВСА и пластика наружной сонной артерии (НСА) была выполнена 1 пациенту с окклюзией ВСА. В послеоперационном периоде отмечено улучшение зрения у всех пациентов в виде расширения периферических границ поля зрения, повышение остроты зрения, нормализации внутриглазного давления. Нужно отметить, что положительная динамика была отмечена уже на 3-4 день после оперативного вмешательства и имела тенденцию к улучшению при дальнейшем наблюдении.

Отдаленные результаты прослежены у 10 пациентов. Период наблюдения составил от 3 до 10 месяцев. Ухудшения зрения не отмечено ни у одного пациента. Диагностировано повышение остроты зрения, расширение периферических границ поля зрения, увеличение светочувствительности сетчатки и уменьшения дефектов ЦПЗ при компьютерной периметрии,

положительная динамика по данным оптической когерентной томографии и при визуализации диска зрительного нерва. Все пациенты отмечали улучшение качества зрения. Также не отмечено нарастания симптомов сосудистой мозговой недостаточности или инсультов.

Выводы:

1. Обследование офтальмологических больных с диагнозом «глазной ишемический синдром» должно включать дуплексное сканирование экстракраниальных сосудов брахиоцефальной системы.

2. Реконструктивные операции на сонных артериях позволяют улучшить результаты комплексного лечения глазного ишемического синдрома и снизить риск развития инсульта.

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ
С ИНФАРКТМ МИОКАРДА**

Москвичёва М.Г., Фокин А.А., Киреев К.А., Белова С.А., Краснопеев А.В.

*ГБОУ ВПО «Южно-уральский государственный медицинский университет»
НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД»*

Болезни системы кровообращения стабильно занимают первое место в структуре общей смертности населения с долей выше 50%. Возможным способом снижения этого показателя является совершенствование медицинской помощи при острых инфарктах миокарда (ОИМ). Один из вариантов этого направления – комплексная социальная оценка жизни больных с ОИМ (медико-социальная характеристика, качество жизни, распространённость модифицируемых факторов риска атеросклероза). Полученные данные можно использовать в рамках стратегии снижения сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, направленной на повышение информированности населения о клинических проявлениях кардиологических заболеваний, раннего обращения, а также формирование приоритета здорового образа жизни.

Материал и методы исследования. Работа выполнена в региональном сосудистом центре НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД» в 2015 г. В исследование вошли 200 пациентов с ОИМ. Возраст пациентов варьировал от 32 до 65 лет, средний возраст – 50,4±1,4 лет. Постинфарктный кардиосклероз в анамнезе выявлен в 9,0% случаев, другие формы ишемической болезни сердца – в 18,5% наблюдений. На диспансерном учёте с диагнозом артериальная гипертензия состоит 30,5% опрошенных. В 84,0% случаев для лечения ОИМ проводилась реперфузионная терапия с применением чрескожных коронарных вмешательств.

Проведено анкетирование для оценки качества жизни пациентов в течение периода, непосредственно предшествовавшего развитию ОИМ. Для исследования использовался русифицированный опросник «SF-36 Health Status Survey» (SF-36), подготовленный компанией Эвиденс–Клинико-фармакологические исследования. В анкеты также вошли вопросы, касающиеся социального статуса пациентов и встречаемости управляемых факторов риска атеросклероза. Полученные результаты оценивались по 100-балльной шкале: 0-20 – низкий; 21-40 – пониженный; 41-60 – средний; 61-80 – повышенный, 81-100 – высокий показатель.

Результаты. В анкетировании приняли участие 65,5% мужчин и 34,5% женщин. Распределение пациентов по возрастным группам представлено следующим образом: 31-40 лет – 10,5%; 41-50 лет – 40,0%; 51-60 лет – 29,5%; 61-65 лет – 20,0%. Пациенты являлись жителями г. Челябинска (80,5%) или ближайшего прилегающего к нему пригорода (19,5%).

По уровню образования получены следующие данные: лица, имеющие неполное среднее – 8,0%; среднее – 20,0%; среднее специальное – 45,5%; высшее – 23,0%; два высших – 3,5%. По социальному статусу наибольший удельный вес составили пенсионеры, рабочие и служащие – 21,0%, 37,0% и 31,0% больных соответственно; остальные группы: временно не работающие – 6,5%; крестьяне – 2,0%; предприниматели – 2,0%, домохозяйки – 0,5%.

Удовлетворённость социальной сферой: условия труда – 69,0%; отношения с коллегами на работе – 61,9%; отношения в семье – 90,0%; жилищные условия – 64,5%. Доля пациентов с доходом на 1 члена семьи на уровне или ниже прожиточного минимума – 53,5%.

Интегративные показатели «Физический компонент здоровья» и «Психологический компонент здоровья» – 60,0%.

Возникновение своего заболевания (ОИМ) респонденты связывали: в 22,5% случаях с наследственностью; в 13,5% – с плохой экологией; в 11,0% – с низким уровнем доходов на одного члена семьи; в 8,5% – с низкой физической активностью; в 5,5% – с курением; в 5,0% – с тяжёлыми и вредными условиями труда; в 5,0% – с неправильным питанием; по 4,0% ответов пришлось на плохие климатические условия, напряжённые отношения в семье, плохие жилищно-бытовые условия; 2,0% – употребление спиртных напитков. В 15,0% случаях респонденты затруднялись ответить на данный вопрос.

В отношении курения получены следующие ответы: никогда не курили – 41,0%; курили, но бросили – 10,0%; курят давно – 45,0%; недавно начали курить – 4,0%. На вопрос “в каком возрасте начали курить?” 36,4% респондентов ответили, что начали курить в возрасте до 15 лет; 54,2% – в возрасте 16-20 лет и 9,4% – позже 20-летнего возраста. Среди респондентов, которые продолжают курить, 20,4% выкуривают по 10 сигарет в день; до 1 пачки в день – 16,3%; пачку в день – 37,8%; более 1 пачки в день – 25,5%.

Кратность приёмов пищи в течение дня у респондентов составила: однократно – 1,5%; 2 раза в день – 14,5%; 3 раза в день – 57,5%; более 3 раз в день – 26,5%. Свежие фрукты употребляют ежедневно 41,0% респондентов; 42,5% – 1-2 раза в неделю; 13,5% – несколько раз в месяц; 2,5% – несколько раз в год; 0,5% – никогда. Для приготовления пищи 83,0% опрошенных используют растительное масло.

Изучение физической активности показало, что: 24,5% – любят спорт по телевизору; 3,5% – занимаются в тренажёрном зале; 12,5% – гуляют, занимаются бегом, бывают физически активными не менее 4 часов в неделю; 10,0% – занимаются спортивными играми; 2,5% – ходят в бассейн; 8,5% – делают утреннюю гимнастику; 22,0% – выполняют тяжёлую работу в огороде, по хозяйству; 14,0% – имеют тяжёлую работу, связанную с постоянным движением, поэтому не нуждаются в физической активности; 2,5% – другое.

В состоянии душевного равновесия находятся лишь 28,0% респондентов. Среди основных причин душевного дискомфорта 25,5% отметили плохое собственное здоровье; 11,0% – постоянную нехватку денег; 3,5% – конфликты на работе; 1,5% – конфликты дома; 10,5% – опасность лишиться источника доходов; 5,0% – плохое здоровье членов семьи.

Об уровне своего артериального давления до развития у них ОИМ знали 84,0% респондентов, из них повышенное артериальное давление отметили 67,5% опрошенных, нормальный уровень – 16,5%. О холестерине как факторе развития атеросклероза знают 60,5% опрошенных. Определяли уровень холестерина 69,5%. Знают свой уровень холестерина 44,0%. У 42,5% респондентов повышенный уровень холестерина. Определяли уровень глюкозы крови 65,0% опрошенных, 13,5% респондентов сообщили, что у них повышенный уровень; ещё у 5,0% в анамнезе сахарный диабет. У 35,0% есть родственники, страдающие сахарным диабетом. В 55,0% случаев респонденты считали, что им нужно снизить свой вес.

Заключение. При обобщении полученных результатов складывается портрет пациента трудоспособного возраста с ОИМ, проживающего в крупном промышленном городе. Средняя оценка его социального благополучия и качества жизни в период, предшествовавший развитию ургентного состояния, находилась на удовлетворительном уровне. Исключение составляет доход на одного члена семьи (оценка – ниже среднего). Последнее обстоятельство является социальным риском, имеющим отношение как к прединфарктному периоду (рациональное питание, полноценный отдых, здоровый образ жизни и т.д.), так и реабилитационному этапу (регулярный приём медикаментов), что необходимо учитывать при разработке общероссийских и региональных программ специализированной медицинской помощи.

Полученные данные свидетельствуют о высокой распространённости у пациентов с ОИМ хронического стресса (72,0%), артериальной гипертензии (67,5%), избыточного веса (55,0%), курения (49,0%), повышенного уровня холестерина (42,5%). В меньшей степени встречались гиподинамия (20,5%), гипергликемия (18,5%), нерациональное питание (16,5%). Данные факторы риска зависят от поведения конкретного человека, при этом только у 26,0% респондентов развитие ОИМ было ассоциировано с неправильным образом жизни. Можно сделать вывод, о недостаточной информированности преимущественно трудоспособного городского населения о негативных влияниях факторов риска атеросклероза на развитие болезней системы кровооб-

ращения. На данном медико-социальном аспекте необходимо концентрировать ресурсы здравоохранения.

ХИРУРГИЯ ОСТРОГО ВОСХОДЯЩЕГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА МАГИСТРАЛЬНЫХ ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Мусоев Т.Я., Хамдамов У.Р., Ходжаев К.Ш., Буранов Ш.

*Бухарский Государственный Медицинский институт имени Абу Али ибн Сина,
Бухарский филиал РНЦЭМП, город Бухара, Республика Узбекистан*

Актуальность. Грозным и жизнеугрожающим осложнением варикозной болезни (ВБ) является острый варикотромбофлебит, частота которого составляет от 0,2% до 12,5%. При переходе тромботического процесса в глубокую венозную систему увеличивается реальная угроза тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), смертность от которой достигает 98%.

Цель исследования - анализ результатов хирургического лечения пациентов с восходящим варикотромбофлебитом магистральных подкожных вен конечностей.

Материал и методы. В отделении I экстренной хирургии Бухарского филиала РНЦЭМП с января 2010 г. по апрель 2015 г. Оперативному вмешательству подвергнуто 215 пациента с острым восходящим варикотромбофлебитом магистральных поверхностных вен: женщин - 67% (290 человек), мужчин - 33% (143 больных). Диагноз восходящего тромбофлебита большой подкожной (БПВ) или малой подкожной (МПВ) вен устанавливался клинически, выполнялось ультразвуковое ангиосканирование (в последние семь лет - на аппарате Siemens Sonolain Elegra), по результатам которого выявляли размеры БПВ (МПВ) на протяжении, окклюзивный (неокклюзивный) характер тромба, проксимальный уровень тромбоза, распространение тромбоза на глубокие вены, наличие флотирующего тромба. Воспаление большой подкожной вены выявлено у 415 оперированных, малой подкожной вены у 16 человек, сочетание воспаления БПВ и МПВ - у двух пациенток. Из 433 оперированных у пяти женщин была беременность.

Фоновая варикозная болезнь выявлена в 161 (37,2%) случае, из которых у шести пациентов имелась тромбированная аневризма устья БПВ (МПВ) диаметром 4-5 см, у трех - тромбоз устья значительно дилатированной (до 3- 3,5 см) магистральной подкожной вены.

Результаты. Всем пациентам выполнена кроссэктомия БПВ или МПВ. С 2010 г. в качестве одного из элементов операции производится тромбэктомия из дистального отдела БПВ на бедре - выполнено у 96 (22,2%) оперированных. На протяжении последних двух с половиной лет при сочетании тромбофлебита магистральной подкожной вены и варикотромбофлебита по ходу притоков БПВ (МПВ) на бедре и голени для скорейшего купирования воспаления используется методика "выдаивания" посредством выполнения коротких кожных разрезов (до 3-5 мм) в области тромбированных участков вен. У 71 пациента в сроки до двух недель с момента поступления выполнена комбинированная венэктомия. Тромбоз ствола БПВ (МПВ) с переходом на бедренную (подколенную) вену был выявлен у 25 (5,8%) пациентов, что потребовало выполнения тромбэктомии из бедренной (подколенной) вены, а в трех случаях - перевязки устья поверхностной бедренной вены (ПБВ) по поводу ее тромбоза. Симптомы тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии выявлены у шести (1,4%) оперированных на догоспитальном этапе или при поступлении в стационар. Верхняя граница тромбоза доходила до остиального клапана БПВ (МПВ) у 98 (22,6%) оперированных, располагалась в 1-2 см от устья БПВ (МПВ) - у 49 (11,3%) пациентов, находилась в 4-5 см от устья - у 28 (6,5%) больных. У 232 пациентов (53,6%) верхняя граница тромбоза локализовалась на расстоянии более 5 см от устьевого клапана. Частичное нагноение послеоперационной раны или лимфорейя отмечены у 14 (3,2%) пациентов, что объясняется наличием исходного выраженного перипроцесса и пахового лимфаденита.

Выводы. Ультразвуковое ангиосканирование показано всем пациентам с данной экстренной сосудистой патологией либо с подозрением на наличие тромбоза в просвете магистральной подкожной вены. Кроссэктомия БПВ (МПВ) является надежным способом профилактики распространения тромбоза на глубокие вены. Выполнение тромбэктомии из просвета БПВ на бедре способствует более быстрому регрессу воспаления не только венозной стенки, но

и окружающих мягких тканей. Комбинированная венэктомия позволяет надежно устранить причину восходящего варикотромбофлебита (в случае варикозной болезни) и рецидивы тромбоза.

**ОРГАНИЗАЦИЯ И ОПЫТ РАБОТЫ ЕДИНОГО КОНСУЛЬТАТИВНО-
ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ
ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ В РАМКАХ ПРОЕКТА ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ
(ПРИЕМ-ПЕРЕДАЧА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММ ПО КАНАЛАМ СВЯЗИ)**

Мыльников В.В.

ГБУЗ «ОКБ №3», г. Челябинск

Цель телемедицины – предоставление качественной медицинской помощи любому человеку, независимо от его местонахождения и социального положения.

В рамках политики Всемирной организации здравоохранения в области телемедицины существует следующее определение:

Телемедицина — это комплексное понятие для систем, услуг и деятельности в области здравоохранения, которые могут дистанционно передаваться средствами информационных и телекоммуникационных технологий, в целях развития всемирного здравоохранения, контроля над распространением болезней, а также образования, управления и исследований в области медицины».

В рамках обычной терминологии:

«Телемедицина - направление медицины, основанное на использовании компьютерных и телекоммуникационных технологий для обмена медицинской информацией между специалистами с целью повышения качества диагностики и лечения конкретных пациентов».

При том, что в основном законе о здравоохранении 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» терминология отсутствует.

Как известно, смертность от болезней системы кровообращения в Российской Федерации занимает первое место среди всех смертей (в Челябинской области в общей структуре смертности болезни органов кровообращения занимают 46,8% от всех причин).

Своевременная диагностика острых и хронических форм заболеваний системы кровообращения позволяет: вовремя определить тактику ведения пациента, назначить необходимую терапию, оценивать и корректировать факторы риска, что в конечном итоге приводит к снижению смертности от болезней системы кровообращения.

Электрокардиография является одним из основных методов диагностики сердечно – сосудистых заболеваний.

Одним из направлений телемедицины является *транстелефонная электрокардиография* - процесс передачи данных электрокардиографии по телекоммуникационным линиям связи с целью дистанционной интерпретации и телемедицинского консультирования.

С целью повышения качества и доступности диагностической медицинской помощи кардиологическим больным и снижения смертности от сердечно – сосудистых заболеваний в Челябинской области с ноября 2008 года реализуется проект транстелефонной ЭКГ, когда согласно приказу Управления здравоохранения № 166 было открыто городское консультативно - диагностическое отделение функциональной диагностики.

Задачами отделения являлись: приём, описание и архивирование на базе единого сервера электрокардиограмм, проведение дистанционных кардиологических консультаций участковым врачам г. Челябинска.

С февраля 2012 года на базе городского отделения приказом Министерства здравоохранения Челябинской области был открыт ЕКДЦФД ГБУЗ «Областная клиническая больница № 3».

В настоящее время Центр работает в круглосуточном режиме 365 дней в году. На его базе развёрнуто 10 рабочих мест, которые принимают ЭКГ по телефону с 2 515 портативных передатчиков со всех медицинских организаций Челябинской области (в том числе фельдшерско –

акушерских пунктов, офисов врачей общей практики, подстанций СМП и приёмных отделений отдаленных районных больниц области).

Фактическое штатное расписание Центра на сегодняшний день составляет 19 человек, включая руководителя Центра и 13 врачей.

Полученные по телефону ЭКГ обрабатываются специалистами Центра в режиме on-line и уже через 5-10 минут становятся доступны медицинским работникам на местах.

Максимальная мощность центра с октября 2015 года рассчитана на 1 000 консультаций в сутки. В настоящее время среднее количество проанализированных ЭКГ в сутки составляет 600 штук. (себестоимость услуги составляет 217 руб. для амбулаторно-поликлинического звена). Работа осуществляется в режиме консультаций в экстренных ситуациях и в плановой лечебно-диагностической поддержки.

В плановых ситуациях (на сегодняшний день 92 % передаваемых ЭКГ) транстелефонная ЭКГ является одним из механизмов: диспансеризации, профилактических осмотров, ранней выявляемости заболеваний сердечно-сосудистой системы, динамического наблюдения пациентов с сердечно – сосудистыми заболеваниями, с увеличением эффективности амбулаторного лечения.

Этим достигается доступность в профилактическом медицинском обследовании жителей отдаленных населенных пунктов с повышаемым объемов помощи, оказываемой на уровне ФАПов и ВОПов, при одновременном снижении нагрузки на головное учреждение (без потери качества, объемов и доступности помощи в целом).

В Центре около 8 % ЭКГ относятся к экстренным ситуациям. Как правило, это ранняя диагностика острого коронарного синдрома (острого инфаркта миокарда). Это позволяет принять решение о проведении тромболитической терапии при отсутствии противопоказаний на догоспитальном этапе, что в свою очередь уменьшают или устраняют ишемию, уменьшают сроки поступления пациента в стационар и сроки госпитализации, а также в целом снижают смертность от болезней системы кровообращения.

Так в Челябинской области с 2013 по 2015 год число транстелефонных ЭКГ увеличилось в 3,2 раза, при этом количество экстренных ЭКГ и количество диагностированных ОИМ методом транстелефонной ЭКГ увеличилось практически в 38 раз. Смертность при этом снизилась с 55,1 до 49,9 от ОИМ и с 729,1 до 637,4 от болезней системы кровообращения. Работа сервера позволяет создать базу данных пациентов, которые прикреплены к различным медицинским организациям. В архиве хранятся результаты всех ЭКГ больного, которому хотя бы однократно была снята транстелефонная ЭКГ.

Все медицинские организации Челябинской области имеют доступ к базе данных электрокардиограмм в круглосуточном режиме. В статистической информации можно проследить как работу отдельного прибора, так и медицинской организации города, области в целом.

Внедрение системы дистанционной ЭКГ помогло решить вопрос нехватки врачебных кадров, круглосуточной доступности высококвалифицированной специализированной кардиологической помощи в любой точке области, ликвидированы очереди на ЭКГ обследование в поликлиниках.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Насыров М.В., Каторкин С.Е., Мельников М.А.

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,
кафедра и клиника госпитальной хирургии, г. Самара, Россия*

Методы медицинской реабилитации пациентов с венозными трофическими язвами нуждаются в дальнейшем совершенствовании. Только комбинирование консервативного и оперативного лечения у пациентов С6 класса с внедрением инновационных технологий является залогом успеха. Фотодинамическая терапия является одним из интенсивно развивающихся направлений лазерной медицины. Кроме прямого фототоксического воздействия на деструктивные ткани и микробные клетки, важную роль играют повреждающее действие фотодинами-

ческой терапии на сосудистый эндотелий, гипертермический эффект, а также цитокиновые реакции, обусловленные стимуляцией продукции фактора некроза, активацией макрофагов, лейкоцитов и лимфоцитов. Это делает ее применение в комплексном лечении пациентов с трофическими язвами венозной этиологии актуальным и перспективным направлением.

Цель исследования: повысить эффективность лечения и предоперационной подготовки пациентов С6 клинического класса за счет применения фотодинамической терапии.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 112 пациентов с хроническими заболеваниями вен С6 класса. Средний возраст - $62,3 \pm 2,4$ лет. Преобладали женщины - 73 (65,2%). Анамнез трофических язв составлял от 1 до 25 лет. Одиночные язвенные дефекты выявлены у 72 (64,3%) пациентов.

Для динамического контроля выполнялись: ультразвуковая доплерография и ангиосканирование, контактная планиметрия размеров трофических язв, классический микробиологический и цитологический методы.

В группе I (n=67) пациентам применяли фотодинамическую терапию на область трофических язв. В II группе (n=45) лечение проводилось по стандартным методикам. Площадь трофических язв в обеих группах была достаточно вариабельна - от 5 до 130 см². В 97 (86,6%) наблюдениях размер трофических язв не превышал 20 см².

На поверхность трофического дефекта наносили фотосенсибилизатор «Радахларин» «гель дозе 0,2 мл/см². Через 30 минут производили облучение лазерным полупроводниковым аппаратом «Кристал-2000», позволяющий обеспечивать излучение в видимом диапазоне 635, 660, 675 нм с максимальной мощностью 3 Вт. В дальнейшем выполнялась флебэктомия в сочетании со свободной аутодермопластикой расщепленным лоскутом 59 (88,1%) пациентам I и 43 (95,6%) - II группы. Отдаленные результаты оценивались в сроки от 3 месяцев до 3 лет. Различия между величинами считали статистически значимыми при вероятности безошибочного прогноза 95% и более ($p < 0,05$).

Результаты исследования. При фотодинамической терапии осложнений и аллергических реакций у всех пациентов (n=67) не было зафиксировано. На 4 сутки лечения отмечалось более выражено снижение роста микробной флоры в I группе ($p < 0,05$). *St. aureus*, соответственно 61,2% на момент начала исследования и 4,5% на 4 сутки лечения в I, а в II группе соответственно с 62,2% до 53,3%. Статистически значимо снижался и уровень микробной обсемененности трофических язв в I группе ($p < 0,05$), а в II группе - менее выражено ($p > 0,05$). У большинства пациентов I группы на 4 сутки отмечена статистически значимая смена цитограммы с дегенеративно-воспалительного типа на воспалительно-регенераторный, соответственно - с 65,8% и 1,6% на 4,2% и 73% наблюдений ($p < 0,05$). У пациентов II группы аналогичных статистически значимых изменений не наблюдалось. В II группе на 10 сутки отмечено статистически значимое ($p < 0,05$) превалирование воспалительного типа цитограммы - 56,8% наблюдений. В то же время воспалительно-регенераторный тип цитограммы выявлен только у 5 (11,1%) пациентов. На 20 сутки лечения в II группе отмечено положительная статистически значимая динамика - увеличение воспалительно-регенераторного типа цитограммы до 76% наблюдений, при ее воспалительном типе у 11 (24,4%) пациентов ($p < 0,05$). Дегенеративно-воспалительный тип цитограммы не выявлялся.

С учетом данных микробиологического исследования посевов и степени микробной обсемененности трофических язв, флебэктомия и аутодермопластика пациентам I группы проводилась в среднем на $5,1 \pm 0,8$ сутки, в II - на $17,2 \pm 1,3$ сутки. Отдаленные результаты прослежены в срок от 3 месяцев до 3 лет у 48 (81,4%) пациентов I и 41 (95,3%) II группы. Рецидив трофической язвы в I группе выявлен у 9 (18,8%) пациентов, а в группе контроля - у 14 (34,1%).

Заключение. Фотодинамическая терапия является эффективным, патогенетически обоснованным, неинвазивным методом местного лечения и предоперационной подготовки трофических язв у пациентов с хроническими заболеваниями вен С6 клинического класса. Фотодинамическая терапия оказывает выраженные бактериостатический и бактерицидный эффекты, улучшает микроциркуляцию и эпителизацию трофических дефектов.

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭКЗЕМАТОЗНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ,
СВЯЗАННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
С ПРИМЕНЕНИЕМ МАКРОЛИДОВ, ТОПИЧЕСКИХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ
С АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМИ И УВЛАЖНЯЮЩИМИ СРЕДСТВАМИ**

**Немирова С.В., Петрова К.С., Симанкина Ж.Д., Петрова Г.А., Смирнова Д.В.,
Матвеев И.С., Исламов Р.А.**

Нижегородская государственная медицинская академия, г. Нижний Новгород, Россия

По данным эпидемиологических исследований хроническая венозная недостаточность (ХВН) является одним из самых распространенных сосудистых заболеваний, присутствуя у 60-77% взрослого населения. Нередко первой жалобой при данном заболевании, являются трофические нарушения кожи, такие как сухость и шелушение кожи, отек разной степени выраженности, пигментация, эритема, липодерматосклероз, эмфизема и язвы, что нашло отражение в современной классификации СЕАР. Однако даже в рамках одного класса клинических проявлений ХЗВ тяжесть состояния пациента во многом обусловлена инфицированием зоны трофических нарушений, в частности, микробной экземой. Бактериальная контаминация значительно изменяет симптоматику заболевания, затрудняет выбор тактики ведения пациента и становится причиной рецидивов трофических язв, а также присоединения рожистого воспаления и лимфостаза. При данной патологии помимо системных антибиотиков используются препараты для наружного лечения, такие как топические глюкокортикостероиды, антибактериальные препараты, а также эоленты, обладающие эпителизирующим, ранозаживляющим эффектом.

Цель исследования: изучить динамику морфо-функциональных показателей при комплексном лечении экзематозных осложнений ПТФС с применением системных антибиотиков группы макролидов, топических глюкокортикоидов, антибактериальных и увлажняющих средств.

Материалы и методы. Исследование проведено на кафедрах госпитальной хирургии им. Б.А. Королева и кожных и венерических болезней НижГМА и основано на анализе оптических когерентных томограмм, регистрируемых исходно и на фоне комплексного лечения. В ходе обследования у всех пациентов были выявлены признаки гиперпигментации и венозной экземы с очагами везикуляции, мокнутия, отдельными инфицированными эрозивными элементами. Всем больным было проведено стандартное комплексное обследование, включающее УЗДАС вен нижних конечностей. В первые 3-5 суток комплексной терапии, наряду с системными флебопротекторами и эластической компрессией нижних конечностей, проводилось лечение топическими средствами, включая препарат, содержащий глюкокортикоид бетаметазона дипропионат в комбинации с гентамицином в форме мази (Акридерм-Гента®, «Акрихин»), а также комбинированной эмульсии, содержащей микрочастицы серебра, молочную кислоту и глицерин в форме спрей-эмульсии для тела (Perfectal®, «Акрихин»). С целью угнетения жизнедеятельности микроорганизмов, патогенетически связанных с возникновением и развитием инфицирования зоны трофических нарушений всем пациентам был рекомендован пероральный прием антибиотика группы макролидов рокситромицина (Эспарокси®, «Esparma GmbH») по 150 мг 2 раза в сутки, с интервалом 12 часов или 300 мг однократно коротким курсом в течение 10 дней. Для оценки эффективности терапии проводили оптическую когерентную томографию (ОКТ) с помощью оптико-когерентного компьютеризированного визуализатора-топографа для неинвазивного исследования внутренней структуры поверхностных тканей человека (параметры прибора: длина волны излучения – 1300 нм; мощность источника излучения – 1,5 мВт на выходе щупа; продольное разрешение – 20 мкм, поперечное – 25 мкм; центральная длина волны – 0,95 мкм; глубина сканирования – 1,5 мм; время получения двумерных изображений поперечного среза кожи – 1,5-2 сек). Также определяли функциональные параметры кожи с помощью мультифункционального комбайна определения функционального состояния кожи «Multi skin test center MC 750».

Результаты и их обсуждение. Во всех случаях пациенты при амбулаторном ведении и периодическом контроле соблюдали назначенную схему терапии. У всех обследуемых уже со вторых суток применения описанного комплекса препаратов отмечено прогрессирующее уменьшение избыточного тургора с нарастанием влажности и меньшей интенсивности

трансэпидермальной потери воды, что соответствует снижению выраженности отека кожи вследствие купирования локального воспаления. Через неделю после начала терапии всеми пациентами отмечалось значительное уменьшение болезненных ощущений и зуда. Вместе с тем, при осмотре наблюдалось полное исчезновение клинических признаков бактериальной инфекции и видимое уменьшение выраженности воспалительных изменений на коже. В ходе ОКТ выявлена отчетливая тенденция к улучшению морфофункционального состояния тканей: увеличение яркости и усиление контрастности всех оптических слоев, уменьшение толщины клеточных слоев эпидермиса, уменьшение толщины рогового слоя и изменение глубины полезного сигнала за счет меньшей выраженности отека. Купирование воспалительной реакции являлось свидетельством предотвращения дальнейшего инфицирования, что объективно подтверждалось уменьшением визуально оцениваемой площади воспаления ($p < 0,5$). Уменьшение выраженности проявлений вторичной бактериальной инфекции, а именно эрозивных дефектов кожи и экзематизации и отсутствие новых очагов микробного поражения, ассоциировано с подавлением жизнедеятельности и размножения микроорганизмов за счет бактериостатического действия макролидов. Достигнутый эффект связываем с тем, что комбинация топических ГКС с антибактериальными тормозит накопление лейкоцитов, высвобождение лизосомальных ферментов и провоспалительных медиаторов в очаге воспаления, угнетает фагоцитоз, уменьшает сосудисто-тканевую проницаемость, препятствует образованию воспалительного отека. Включение в комплекс терапии увлажняющего средства способствовало созданию оптимальной среды для эпителизации деконтаминированных трофических дефектов.

Выводы. Лечение пациента с ХВН должно быть комплексным, включающим прием сосудистых средств, и оптимальную комбинацию топических препаратов, а также своевременную системную антибиотикотерапию. При применении в комплексе терапии ХВН топических глюкокортикоидов в комбинации с антибактериальными и увлажняющими средствами уменьшается выраженность воспалительной реакции, отека и проявления мокнутия в очагах экземы, что подтверждается данными функциональных методов исследования и ОКТ. При этом в лечении и профилактике вторичного инфицирования кожи и прилежащих тканей у пациентов с ХВН могут быть успешно использованы антибиотики группы макролидов, в том числе препараты рокситромицина.

ГИБРИДНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ МНОГОЭТАЖНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ИНФРАИНГВИНАЛЬНОГО СЕГМЕНТА

Новицкий А.С., Завацкий В.В., Платонов С.А., Авраменко А.И., Габел Т.М.,
Жигало В.Н., Кандыба Д.В., Сорока В.В.

ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им И.И. Джанелидзе»

Цель: Оценить эффективность и безопасность гибридного подхода в лечении острой и хронической ишемии нижних конечностей, обусловленных многоэтажным поражением инфраингвинального сегмента.

Материалы и методы: В период с 2014 по 2015 годы 30 больным выполнена 31 гибридная операция. Средний возраст больных составил 66 лет. У большинства имелась тяжелая сопутствующая патология. Так, у 25 (80,6%) больных имела место ИБС, у 27 (87%) - ГБ, а ЦВБ имела у 11 (35,5%) лиц. Сахарным диабетом страдали 10 (32,3%) пациентов. Гнойно-некротические поражения нижних конечностей встречались в 28 (90,3%) наблюдениях. В соответствии с классификацией Техасского Университета глубокое поражение имело у 18 (58,1%) больных (IIС, D; IIIС, D). Поражение бедренно-подколенного сегмента (БПС) типов С и D по классификации TASC II имело у 22 (71%) пациентов. Окклюзия двух или трех артерий голени встречалась у 25 (80,6%) больных, а у 22 (71%) пациентов она сочеталась с поражением БПС типов С и D. В подавляющем большинстве случаев (74%) длина окклюзии берцовой артерии была более 10 сантиметров. Отдельно выделяли группу 9 (29%) пациентов с острыми тромбозами БПС на фоне хронического окклюзионно-стенотического поражения берцовых артерий. При открытом этапе выполнялось 13 полужакрытых петлевых эндартерэктомий из БПС, 2 пет-

левых полузакрытых эндуартерэктомии из подвздошно-бедренного сегмента, 11 открытых эндуартерэктомий БПС, 5 профундопластик; 3 бедренно-подколенных шунтирования синтетическим протезом; 1 бедренно-подколенное протезирование; 9 тромбэктомий из БПС. Субинтимальная ангиопластика выполнялась в 58% вмешательств на артериях голени.

Результаты: Технический успех, под которым понимали восстановление магистрального кровотока на стопу как минимум по одной берцовой артерии, составил 94%. При этом клинический успех: исчезновение болей покоя у пациентов с ХАН III (по классификации Покровского А.В.) и заживление гнойно-некротических дефектов, у пациентов с хронической артериальной недостаточностью IV - составило 90%. Вероятность сохранения конечности, оцененная методом Каплана – Мейера, составила 96% через 12 месяцев после вмешательства.

Выводы: Представленные данные демонстрирует, что гибридный подход в лечении острой и хронической ишемии нижних конечностей, обусловленных многоэтажным поражением инфраингвинального сегмента, является эффективным и безопасным методом.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ ВЫШЕ ПАХОВОЙ СКЛАДКИ

Носинов Э.М.

*Ошская межобластная объединенная клиническая больница,
г. Ош, Кыргызская Республика*

Введение. Общеизвестно в настоящее время, что ультразвуковое дуплексное ангиосканирование с цветным доплеровским картированием кровотока является «золотым стандартом» диагностики венозных тромбозов (ВТ) нижних конечностей, однако возможности метода несколько ограничены при необходимости визуализации ВТ, распространяющихся выше паховой складки, особенно у тучных больных, у больных после операций на органах брюшной полости, у рожениц и т.д. При распространении ВТ выше паховой складки для определения формы ВТ – окклюзионный или эмбологенный, в последнем случае для определения показаний к хирургической профилактике тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), считается необходимым проведение ретроградной илиокаваграфии. Однако проведение данного исследования не всегда возможно, особенно в не крупных медицинских центрах, на периферии, по линии санавиации.

Цель: Определить возможности ультразвуковой диагностики в диагностике ВТ выше паховой складки.

Материалы и методы: Обследовано 100 больных с ВТ илиофemorального сегмента. Всем 100 больным произведено ультразвуковое дуплексное ангиосканирование с цветным доплеровским картированием на аппарате «Zonare» (США) по стандартной методике. При исследовании глубоких вен бедра и голени использовался мультимодальный линейный датчик, при исследовании подвздошных вен – мультимодальный абдоминальный датчик. Результаты и моменты исследования фиксировались на электронном носителе и в бумажной форме. Из обследованных 100 – 15 (15%) были роженицы в раннем послеродовом периоде (из них 5 – после кесарева сечения), 5 (5%) больных были после операций на органах брюшной полости. Поэтому при выполнении ультразвукового исследования в илио-фemorальном сегменте были следующие трудности – наличие послеоперационной раны, дренажных трубок, еще увеличенной после родов матки и т.д.

Результаты: При ультразвуковом исследовании было подтверждено наличие ВТ глубоких вен нижних конечностей при наличии следующей ультразвуковой семиотики – В-сканировании наличие обтурации просвета глубоких вен внутрисосудистым гипер- или гипохогенным включением при отрицательная реакция при компрессии датчиком. При цветном доплеровском картировании отсутствие кровотока при спонтанном дыхании и мануальных пробах. У 3 (3%) больных с эмбологенной формой тромбоза определялась флотация проксимальной части тромба, наличие кровотока по периферии головки тромба. Во всех 3 (100%) случаях проксимальный уровень тромбоза был в наружной подвздошной вене, т.е. выше паховой складки.

Во всех 100 (100%) случаях проксимальный уровень ВТ доходил до уровня устья наружной подвздошной вены, не распространяясь проксимальнее.

По результатам ультразвукового исследования 3 больным с эмбологенной формой ВТ илиофemorального сегмента с целью хирургической профилактики ТЭЛА произведена операция - пликация устья наружной подвздошной вены. В остальных случаях, при установленной при ультразвуковом исследовании окклюзионной формой ВТ илиофemorального сегмента проводилась консервативная терапия по общепринятой схеме лечения ВТ. Необходимо отметить, что во всех случаях не было возможности проведения рентгеноконтрастного исследования.

Обсуждение: Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование с цветным доплеровским картированием позволяют достоверно диагностировать наличие ВТ в илиофemorальном сегменте. А также определить форму ВТ – окклюзионная или эмбологенная, что имело определяющее значение для выбора тактики лечения и в случаях верификации эмбологенной формы ВТ – для определения показаний к проведению хирургической профилактики ТЭЛА. В случаях получения сомнительных данных при ультразвуковом исследовании проводилось повторное ультразвуковое исследование в динамике – в тот же день или на следующий день, до полной уверенности в определении формы ВТ. Повторные ультразвуковые исследования были проведены у 20 (20%) больных. Во всех этих случаях при контрольном ультразвуковом исследовании удавалось верифицировать форму ВТ. Нарастания тромбоза в проксимальном направлении не было диагностировано ни в одном случае. Ни в одном случае не было диагностировано эпизодов ТЭЛА. Однако следует отметить, что проведение данного исследования требует от врача-функционалиста терпеливости и настойчивости.

Выводы: Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование с цветным доплеровским картированием с использованием мультисигментных линейного и абдоминального датчиков позволяет подтвердить наличие ВТ илиофemorального сегмента, а также определить форму ВТ, для определения тактики лечения, в том числе и хирургического. Полученные результаты позволяют нам расширить возможности ультразвукового дуплексного ангиосканирования с цветным доплеровским картированием в определении формы ВТ при его распространении выше паховой складки.

РАДИКАЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА

Носинов Э.М., Жанбаев А.С., Сарыбашов А.Б., Сабиров Б.М.

*Ошская межобластная объединенная клиническая больница,
г. Ош, Кыргызская Республика*

Актуальность исследования. Варикотромбофлебит, или тромбоз варикозно расширенных подкожных вен (ВРПВ) нижних конечностей является серьезным осложнением варикозной болезни (ВБ), может стать причиной развития тромбоза легочной артерии (ТЭЛА). В случае восходящего тромбоза большой подкожной вены (БПВ) до уровня v_3 и c_3 бедра или сафено-фemorального соустья (СФС) выполняется перевязка устья БПВ. Операция проводится с целью хирургической профилактики ТЭЛА, но не излечивает от основного заболевания – ВБ, и не влияет на течение самого тромбоза ВРПВ [Савельев В.С., 2001]. В последнее время ряд авторов, предлагают более активную хирургическую тактику при тромбозе ВРПВ: кроссэктомия, склеротерапия, а также одномоментная радикальная операция. В последнем случае радикальное хирургическое лечение (РХЛ) тромбоза ВРПВ в острый период тромбоза показало более лучшие результаты по сравнению с другими методами. При этом с хорошим лечебным эффектом производится одномоментно с хирургической профилактикой ТЭЛА радикальное излечение пациента от основного заболевания – ВБ и удаление тромбированных ВРПВ. Преимуществами метода являются: нет необходимости в повторной госпитализации и хирургическом лечении, снижение экономических затрат, улучшение качества жизни пациентов сразу после первого этапа хирургического лечения. Рекомендуются придерживаться радикальной тактики в сроки до 2 недель от начала развития тромбоза ВРПВ [Кириенко А.И., 2003; Суковатых Б.С., 2005].

Цель исследования: Изучить результаты РХЛ тромбоза ВРПВ у больных с ВБ.

Материал и методы исследования: В основу работы положены результаты обследования и лечения 169 больных с тромбозом ВРПВ нижних конечностей. Возраст больных составил от 16 до 82 лет. Мужчин было 50 (29,6%), женщин - 119 (70,4%). В большинстве случаев среди больных, у которых ВБ осложнилась тромбозом ВРПВ, были пациенты с анамнезом заболевания от 6 до 20 лет – 115 (68,0%) больных. При этом в подавляющем большинстве случаев пациенты к врачу по поводу ВБ ранее не обращались, и у них лечение, в том числе и хирургическое, не проводилось - 150 (88,8%) больных. Обязательным было ультразвуковое триплексное ангиосканирование с целью определения проксимального уровня тромбоза, а также определения проходимости глубоких вен.

Результаты исследования. РХЛ тромбоза ВРПВ произведено 45 (26,6%) больным с тромбозом ВРПВ. Показанием к выполнению РХЛ тромбоза ВРПВ были – тромбоз ВРПВ независимо от проксимального уровня тромбоза ВРПВ, длительностью заболевания не более 2 недель. Операцию выполняли под спинномозговой анестезией. При РХЛ тромбоза ВРПВ после выполнения обработки СФС, выполняли флебэктомию. При этом ствол БПВ удаляли зондом Бэбкокка, введенным из устья БПВ в дистальном направлении до уровня тромбоза. Затем тромбированные участки ствола или притоков БПВ удаляли из отдельных разрезов по Маделунгу или Нарату. Длина разрезов в проекции тромбированных участков зависела от протяженности и локализации тромбированного участка. Послеоперационные раны зашивали наглухо. В послеоперационном периоде в данной группе пациентов клинически и по данным ультразвукового исследования осложнений в виде тромбоза глубоких вен нижних конечностей и ТЭЛА не было отмечено ни в одном случае. Также не было отмечено случаев нагноения послеоперационных ран в проекции удаленных тромбированных ВРПВ. Во всех случаях послеоперационные раны заживали первичным натяжением. Кожные швы снимались на 10-12 сутки.

Сравнительный анализ сроков госпитализации пациентов с тромбозом ВРПВ при РХЛ и при выполнении только хирургической профилактики ТЭЛА (операции Троянова-Тренделенбурга) показал, что в последнем случае у больных с тромбозом ВРПВ сроки общей госпитализации составили от 10 до 14 койко-дней (КД), в среднем $12,0 \pm 0,4$ КД, сроки предоперационной госпитализации - от 1 до 2 КД, в среднем $1,1 \pm 0,01$ КД, сроки послеоперационной госпитализации составили от 9 до 13 КД, в среднем $10,3 \pm 0,2$ КД. При РХЛ тромбоза ВРПВ сроки общей госпитализации составили от 10 до 16 КД, в среднем $14,0 \pm 0,7$ КД, сроки предоперационной госпитализации составили от 1 до 2 КД, в среднем $1,1 \pm 0,02$ КД, сроки послеоперационной госпитализации составили от 10 до 15 КД, в среднем $12,5 \pm 0,1$ КД. Следует отметить, что выполнение РХЛ тромбоза ВРПВ не увеличивает ($p > 0,05$) сроки общей, предоперационной и послеоперационной госпитализации по сравнению с показателями у больных, у которых была выполнена операция Троянова-Тренделенбурга по поводу тромбоза ВРПВ.

Отдаленные результаты были изучены у 30 (66,7%) из 45 больных с ВБ, которым было произведено РХЛ ВРПВ, в сроки от 6 месяцев до 3 лет, в среднем $1,5 \pm 0,5$ года. Рецидив ВБ был диагностирован в 1 (3,3%) случае. В остальных 29 (96,7%) случаях было отмечено полное выздоровление пациентов от основного заболевания – ВБ, т.е. был отмечен хороший клинический результат РХЛ ВБ в острый период тромбоза ВРПВ.

Выводы. Таким образом, РХЛ тромбоза ВРПВ (полное удаление ВРПВ с участками тромбоза) в остром периоде позволяет эффективно произвести не только хирургическую профилактику ТЭЛА, но и полностью вылечить пациента от основного заболевания – ВБ. При этом отмечается статистически не достоверное ($p > 0,05$) увеличение сроков общей и послеоперационной госпитализации. Рецидив ВБ после РХЛ отмечен в 3,3% случаях.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОК С ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Носинов¹ Э.М., Жанбаев¹ А.С., Эшалиева² А.С., Ормонбекова² Н.

*Ошская межобластная объединенная клиническая больница¹,
Национальный центр охраны материнства и детства²,
г. Ош¹, г. Бишкек², Кыргызская Республика*

Введение: Ведение беременности, родов и послеродового периода у женщин с пост-тромботической болезнью (ПТБ), в том числе с состоянием после хирургической профилактики ТЭЛА остается сложной проблемой, как для акушеров-гинекологов, так и для сосудистых хирургов.

Цель: оценить результаты ведения беременности, родов и послеродового периода у пациенток с ПТБ, в том числе с состоянием после хирургической профилактики ТЭЛА.

Материал и методы: Нами изучены результаты ведения беременности, родов и послеродового периода у 32 пациенток с ПТБ. Возраст пациенток был от 20 до 46 лет, в среднем – 29,9±2,5 лет. Длительность заболевания на момент обращения составила от 6 месяцев до 13 лет, в среднем 3,4±1,3 лет. Клиническая стадия хронической венозной недостаточности (ХВН) С3 была у 28 (87,5%) пациенток, стадия С4 - у 4 (12,5%). Состояние просвета вен на месте перенесенного тромбоза было следующим: стадия полной реканализации у 20 (62,5%) пациенток, стадия неполной реканализации – 8 (25,0%), стадия окклюзии - у 4 (12,5%). Во всех 32 (100,0%) случаях была абсолютная клапанная недостаточность глубоких вен. Прогрессирование клинических проявлений ХВН во время настоящей беременности отмечено у 28 (87,5%) пациенток.

Результаты: Из 32 пациенток с ПТБ ранее во время острого периода венозного тромбоза у 8 (25,0%) были выполнены операции с целью профилактики ТЭЛА. Из них операция Троянова - у 2 (25,0%), пликация нижней полой вены (НПВ) - у 4 (50,0%), пликация общей подвздошной вены слева - у 1 (12,5%), имплантация кава-фильтра (РЭПТЭЛА) в НПВ - у 1 (12,5%).

Ультразвуковое триплексное ангиосканирование в обязательном порядке проводилось всем пациенткам при первичном обращении во время беременности, в динамике, перед родами и в послеродовом периоде. Во время беременности и к моменту родов по данным ультразвукового исследования полная окклюзия пораженных вен диагностирована у 1 (3,1%) пациентки, частичная реканализация - у 16 (50,0%), полная реканализация - у 15 (46,9%).

Обсуждение: Всем 32 (100,0%) беременным перед родами проводилась гепаринопрофилактика, даже при нормальных показателях свертывающей системы крови. Гепарин назначали по 5 тыс. ЕД каждые 6-8 часов, подкожно вокруг пупка или в область плеча. За 6-8 часов до родов (кесарева сечения) или с началом родовой деятельности гепарин отменяли. Через 6-8 часов после родов (после кесарева сечения) продолжали гепаринопрофилактику по той же схеме. Длительность гепаринопрофилактики до родов составила от 2 до 7 суток, в среднем 4,5±1,3 суток, в послеродовом периоде - от 5 до 10 суток, в среднем 6,0±0,6 суток. Необходимо отметить, что у пациенток с ПТБ, особенно с произведенными хирургическими вмешательствами с целью профилактики ТЭЛА, гепаринопрофилактика перед родами и в послеродовом (послеоперационном) периоде должна быть обязательной. В течение беременности вопрос о проведении гепаринопрофилактики должен решаться индивидуально в зависимости от показателей свертывающей системы крови.

Также пациенткам назначали дезагреганты (аспирин, трентал), флебопротекторы (флебодиа 600), местно мази (Лиотон-1000, Торомблесс). Эластическая компрессия (компрессионный трикотаж) на нижние конечности обязательно накладывалась в течение беременности, во время родов (кесарева сечения) и в послеродовом периоде.

У 30 (93,7%) пациенток роды были в сроке 37-40 недель беременности, у 2 (6,3%) - в сроке 34-35 недель. В 24 (75,0%) случаях роды были самостоятельными, в 8 (25,0%) - было кесарево сечение. Показания к кесареву сечению, как в плановом, так и в экстренном порядке практически во всех случаях были акушерские, лишь в 1 случае явилось состояние после имплантации кава-фильтра в НПВ.

Выводы: Таким образом, в целом у пациенток с ПТБ, и в частности у пациенток с произведенными ранее хирургическими вмешательствами с целью профилактики ТЭЛА, а именно

пликацией НПВ, общей подвздошной вены - вопрос о методе родоразрешения должен решаться в пользу самостоятельных родов через естественные родовые пути, с условием проведения всего комплекса лечебно-профилактических мер. У пациенток с имплантированным в НПВ каво-фильтром методом родоразрешения должно быть кесарево сечение.

ИММУНОКОРРЕКЦИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНЫМИ ВАСКУЛИТАМИ

Омельянюк М.Ю.

ГБУЗ Челябинская областная клиническая больница, г. Челябинск, Россия

Актуальность. В предоперационной подготовке у больных с системными васкулитами, с целью снижения уровня сосудистого воспаления, традиционно используются глюкокортикоидные гормональные препараты и/или цитостатики. Однако их применение всегда сопровождается системной иммуносупрессией с частым развитием опасных репаративных и коагулопатических осложнений при хирургическом вмешательстве в раннем послеоперационном периоде. Для уменьшения этих отрицательных влияний проводятся активные поиски новых иммунологических маркеров и вариантов таргетного воздействия на отдельные звенья патогенеза этих процессов, что является важной медико-социальной задачей.

Целью исследования являлось изучение возможности иммунодиагностики и иммунокоррекции у хирургических больных сердечнососудистого профиля с системными васкулитами в профилактике ранних послеоперационных осложнений.

Материал и методы. Проведено ретроспективное изучение иммунного статуса у 158 больных с системными васкулитами: 39 больных с неспецифическим аортоартериитом, 45 пациентов с облитерирующим аортоартериитом, 65 с неуточненным артериитом и 9 больных с вторичным индуцированным васкулитом на фоне системных заболеваний соединительной ткани. Диагностика проводилась по известным критериям с участием сердечнососудистого хирурга, ревматолога и клинического иммунолога. У всех этих больных был выявлен вторичный структурный комбинированный иммунодефицит с индивидуальным, в каждом случае, сочетанием гипо- и гиперреактивных нарушений как в клеточном, так и гуморальном звеньях иммунитета. Всем пациентам выполнялась иммунография 3-го уровня. В предоперационном периоде больные были разделены на 2 группы. В 1(контрольной группе) проводилась терапия гормонами и/или цитостатиками по общепринятым ревматологическим и ангиологическим методикам. Во 2 (основной группе) использовали только иммунокоррекцию, которая включала в себя индивидуальные для каждого пациента комбинации ее компонентов:

- коррекция образа жизни пациента по индивидуальной программе, включающей психологические и физические разгрузки и диету;
- применение иммуномодуляторов с верифицированной химической формулой и доказанной эффективностью;
- проведение дискретного плазмафереза по известным и разрешенным методикам;
- проведение внутривенных инфузий человеческого поливалентного иммуноглобулина по общепринятым схемам.

Метод иммунокоррекции проводился в соответствии с используемым в нашей клинике патентом на изобретение № 2557528 от 25.06.2015, «Способ комплексной коррекции иммуновоспалительных реакций сердечнососудистого русла».

После предоперационной подготовки, пациентам в обеих группах были выполнены следующие оперативные вмешательства: аортокоронарное шунтирование (2), протезирование аортального клапана (1), стентирование коронарных артерий (5), реконструкция сонных и подключичных артерий (30), стентирование сонных артерий (2), реконструкция брюшной аорты, висцеральных и почечных артерий (10), реконструкция аорто-подвздошного сегмента (4), реконструкция бедренно-поколочно-берцового сегмента (100). Все вмешательства осуществлялись в соответствии с национальными и международными рекомендациями и протоколами.

Результаты. В предоперационном периоде была проведена сравнительная оценка иммунного статуса пациентов, в зависимости от способа предоперационной подготовки. Во 2 (основной) группе были получены более благоприятные изменения в иммунном статусе, а именно: восстанавливались до нормальных показателей фагоцитарная функция нейтрофилов, активность натуральных киллеров лимфоцитов и иммунорегуляторный индекс. Это происходило в том числе за счет увеличения хелперной активности Т-лимфоцитов. Так же в группе больных после иммунокоррекции отмечалось увеличение уровня IgG. Уровень СРБ снижался до нормальных показателей в обеих группах. СОЭ в до- и послеоперационном периоде в обеих группах больных существенно не изменялась.

Ранние послеоперационные осложнения отмечены в обеих группах, однако во 2 (основной) группе их было в 2,5 раза меньше, чем в 1(контрольной группе). Смертельных случаев не было.

Выводы. В предоперационной подготовке больных с системными васкулитами предпочтительней использовать иммунодиагностику и иммунокоррекцию в отличие от иммуносупрессивной терапии, поскольку это вносит существенный вклад в повышение эффективности противодействия сосудистому воспалению и уменьшает количество ранних послеоперационных осложнений.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВНУТРИПРОСВЕТНОГО ВРЕМЕННОГО ШУНТА ПРИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕКТОМИИ

Онучин П. Г.¹, Мотовилов М. А.², Онучина Н.Ю.¹

¹ГБОУ ВПО Кировская ГМА МЗ РФ, г. Киров, Россия;

²КОГБУЗ Кировская областная клиническая больница, г. Киров, Россия

Цель. Улучшение результатов лечения больных с поражением БЦА.

Материал и методы исследования. За период 2010-2015 г.г. в отделении сосудистой хирургии Кировской областной клинической больницы было выполнено 358 каротидных энarterэктомий пациентам с хронической ишемией головного мозга, 257 (71%) мужчинам и 101 (29%) женщинам. Средний возраст колебался 60,8+6,1 года. Эверсионная КЭЭ выполнена 148 пациентам (41%). Классическая КЭЭ выполнена 110 (31%) пациентам. В 60 (18%) случаях во время операции потребовался временный шунт. Каротидный шунт LeMaitre Pruitt F3 использовался в 9 (15%) случаях, LeMaitre Flexcel 51 (85,5%) случаях. С временным шунтом эверсионная КЭЭ выполнена только у 3 пациентов (во всех случаях с использованием каротидных шунтов LeMaitre Pruitt F3). Показаниями к временному внутрипросветному шунтированию при КЭЭ являлись: уровень ретроградного давления во внутренней сонной артерии менее 40 мм рт. ст., а индекс ретроградного давления - менее 30%, окклюзия ВСА на контрлатеральной стороне.

Результаты. Послеоперационные осложнения после КЭЭ отмечены в раннем послеоперационном периоде в виде ОНМК в 8 (2,2%) случаях, которые привели к 3 (менее 1%) летальным исходам. В группе пациентов, которым выполнялась КЭЭ без временного внутрипросветного шунта отмечено развитие в раннем послеоперационном периоде ОНМК у 4 (1,3%) пациентов, с 2 (0,67%) летальным исходом. У больных, которым при КЭЭ использовали временный шунт, ОНМК развилось в 4 (6,6%) случаях, что привело к 2 (3,3%) летальным исходам.

Выводы: Таким образом, использование временного внутрипросветного шунта «Le Maitre» эффективно, безопасно и оправдано, при контрлатеральной окклюзии ВСА, разомкнутом виллизиевом круге, высоком расположении бифуркации сонной артерии и распространенной атеросклеротической бляшке внутренней сонной артерии, продленной эндартектомии.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЗАМИ.

Онучин П. Г.¹, Мотовилов М. А.², Онучина Н.Ю.¹

¹ГБОУ ВПО Кировская ГМА МЗ РФ, г. Киров, Россия;

²КОГБУЗ Кировская областная клиническая больница, г. Киров, Россия

С 2010 по 2015 г.г. под наблюдением находилось 74 больных (в возрасте от 16 до 72 лет, 44 (59,5%) – мужчины, 30 (40,5%) – женщины) с недавно возникшим острым флеботромбозом таза или нижних конечностей.

Критерии исключения: стандартные противопоказания для применения антикоагулянтов и урокиназы. До конца испытания наблюдались 70,2% больных. Больных распределили на 3 группы (1 группа системной тромболитической терапии – 29 пациентов; 2 группа в местном применении тромболитической терапии – 27 пациентов; и 3 группа – контрольная группа – 18 человек).

Тромболитическая терапия заключалась в местном или системном применении тромболитических препаратов в течение 4–7 дней в сочетании с ношением эластичных чулок и использованием антикоагулянтов (последовательное применение антикоагулянтов прямого и непрямого действия или новых пероральных антикоагулянтов в течение 1 года). В группах местной тромболитической терапии использовали урокиназу (по 100 000 МЕ в течение 4 ч), вводимые непосредственно в тыльную вену стопы. В группах системной тромболитической терапии использовали в/в введение урокиназы (по 1 млн МЕ в течение 4 ч). В контрольной группе лечение больных проводили по стандартной методике лечения острых венозных тромбозов, включающее охранительный режим, постуральный дренаж, эластичную компрессию, последовательное назначение антикоагулянтов прямого и непрямого действия или новых пероральных антикоагулянтов, препаратов улучшающих реологические свойства крови, НПВП, спазмолитиков, фибринолитиков.

Критерии оценки: Число непроходимых сегментов вен; степень тяжести ПТС (от отсутствия симптомов до тяжёлых проявлений), развитие осложнений.

Результаты и обсуждение: В группе системной тромболитической терапии по сравнению с группами местной тромболитической терапии и контрольной отмечено меньшее число непроходимых сегментов вен (при системном использовании урокиназы этот показатель составил 36%; при местном применении урокиназы – 44%; в контрольной группе – 77%; $p < 0,001$). В группе системной тромболитической терапии степень тяжести ПТС была ниже, чем в контрольной группе ($p < 0,001$), а частота развития кровотечений выше, чем в группах местной тромболитической терапии или контрольной (при системном использовании урокиназы этот показатель составил 18%; при местном применении урокиназы – 13%; в контрольной группе – 0%). Тромбоэмболии лёгочной артерии не было выявлено ни в одном наблюдении. Геморрагические осложнения развивались у тех пациентов, которые получали НФГ, НМГ, АВК. Ни в одном случае с новыми пероральными антикоагулянтами (Ксарелто, прадакса) геморрагических осложнений не было выявлено.

Выводы: При тромбозе глубоких вен н/конечностей проведение как системной, так и местной тромболитической терапии (урокиназой) уменьшает число непроходимых сегментов вен и тяжесть посттромботической болезни по сравнению с применением стандартной схемы терапии. Применение новых пероральных антикоагулянтов позволяет значительно снизить частоту геморрагических осложнений при тромбозе урокиназой.

ТРОМБОЛИЗИС УРОКИНАЗОЙ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

Онучин П. Г.¹, Мотовилов М. А.², Онучина Н.Ю.¹

¹ГБОУ ВПО Кировская ГМА МЗ РФ, г. Киров, Россия;

²КОГБУЗ Кировская областная клиническая больница, г. Киров, Россия

Цель: Сравнить эффективность и безопасность внутривенного использования урокиназы в качестве первичного лечения у больных с острой окклюзией периферических артерий конечностей.

Методы исследования: Пациенты находились на лечении в отделении сосудистой хирургии КОКБ. Исследование включало лечение 18 пациентов с атеросклеротическим поражением артерий (2 пациента с поражением артерий верхних конечностей, 16 – с поражением артерий нижних конечностей), у которых развилось ухудшение кровообращения в конечности не более 2 недель. У всех больных была выявлена критическая ишемия. Возраст пациентов варьировал от 42 до 76 года, из них 70% мужчин, 30% женщин. Перед проведением тромболитической терапии, больным выполнялась аортоартериография. У всех больных было выявлено многоэтажное поражение артерий, которое не позволило выполнить реконструктивную операцию на артериях конечностей.

Критерии включения: 1. Возникновение острого тромбоза артерий в течение предшествующих 2 недель. 2. Наличие ишемии с угрозой ампутации при невозможности реконструктивной операции. 3. Отсутствие противопоказаний.

Способ применения и дозы: Активное вещество перед введением растворяли в 0,9% р-ре NaCl. Вводили 500 тыс. ЕД урокиназы в/в капельно, в течение 2 часов, инфузию прекращали при появлении магистрального кровотока по периферическим артериям (оценка клинически). Введение урокиназы проводили в течение 3–6 суток, при отсутствии эффекта инфузию прекращали. Для предупреждения ретромбозов после применения урокиназы параллельно проводили введение гепарина или приём пероральных антикоагулянтов под контролем коагулограммы.

Критерии оценки: 1. Снижение степени ишемии конечности. 2. Частота геморрагических осложнений.

Результаты и их обсуждение: Анализ полученных результатов показал, что сохранение без ампутации пораженных конечностей при остром тромбозе периферических артерий через 1 месяц выявлено у 16 больных и составляет 89%, смертность не отмечалась, геморрагические осложнения в виде развития гематомы в месте пункции артерии ранее выполненного ангиографического исследования артерий нижних конечностей – у 1 больного (5,6%).

Выводы: Результаты представленного исследования свидетельствуют о том, что системный тромболизис урокиназой больным с острой окклюзией периферических артерий конечностей может позволить значительно снизить частоту ампутаций конечности, при этом риск развития геморрагических осложнений минимален.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ СЛОЖНОСТИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ АНЕВРИЗМ АОРТО-ПОДВЗДОШНОЙ ЗОНЫ

Панов И.О., Генералов М.И.*, Кононенко Д.А., Уткаева И.А., Жукова Н.В.

БУ ХМАО-Югры «Няганская окружная больница», г. Нягань, Россия

*ФГБУ Российский научный центр радиологии и хирургических технологий,
г. Санкт-Петербург, Россия

Высокая актуальность выявления и лечения аневризм аорты и подвздошных артерий, в сочетании или без, во всем мире остается неоспоримой. Единственным эффективным методом лечения данной патологии на сегодняшний день является хирургическое вмешательство, которое сопряжено с высоким риском осложнений в периоперационном периоде, особенно при открытом варианте реконструкции. С момента внедрения в практику эндопротезирования ане-

вризм аорты с помощью самораскрывающихся стент-графтов, стало возможным лечение пациентов с выраженной соматической патологией.

Благодаря финансированию и выделению отдельной группы квот, покрывающему стоимость дорогостоящего расходного материала, данный вид операции стал широко распространяться в регионах России, а не консолидироваться только в клиниках столичных городов. На сегодняшний день возможность выполнения эндоваскулярного вмешательства зависит полностью от технических характеристик используемых стент-графтов, которые в свою очередь ограничены рамками анатомии аневризмы. При этом специалисты, непосредственно занимающиеся лечением таких пациентов, сталкиваются с все более сложными техническими случаями и желание выполнить вмешательство даже при неблагоприятной анатомии могут приводить к определенным сложностям и осложнениям имплантации.

Материалы и методы. В окружном центре сосудистой хирургии Няганской окружной больницы за период с января 2008 по декабрь 2015 года было пролечено 30 пациентов: 29 пациентов с аневризмами аорты, 1 с двусторонней аневризмой подвздошных артерий. Им выполнено 31 дистанционное эндопротезирование аневризм брюшной аорты и подвздошных артерий. По локализации это были: 9 аневризм II типа по классификации А.В. Покровского, III тип – 19 аневризм, у одного пациента шовная аневризма центрального анастомоза после аорто-бифедеренного шунтирования и один пациент с аневризмами подвздошных артерий. Средний возраст пролеченных больных составил 65,7 лет (от 42 до 79), из них 14 (80,0%) мужчин и 6 (20,0%) женщин. Все больные были обследованы в соответствии с существующими стандартами на предмет атеросклеротического поражения брахиоцефальных и коронарных артерий, и если это было необходимо, первым этапом производилась их реконструкция. По данным спиральной компьютерной томографии максимальный размер (поперечник) выявленной аневризмы в среднем составлял 56,6мм (от 35 до 120), у пациента с аневризмами подвздошных артерий диаметр их был 30мм и 35мм, слева и справа, соответственно.

Результаты. Всем пациентам было выполнено дистанционное бифуркационное эндопротезирование в условиях рентгеноперационной. Пациенту с аневризмами подвздошных артерий одномоментно была выполнена двусторонняя имплантация новых в России бифуркационных систем с сохранением кровотока во внутренних подвздошных артериях (ВнПА). Среднее время операции 163,6 минут (от 90 до 370). Послеоперационный койко-день – 13,6 (от 5 до 34). «Нестандартными» для нас операциями явились: 2 пациента с короткими (менее 1см) и широкими шейками, которым стент проксимально дополнительно фиксировался аортальным стентом; 2 пациента с одно- и двусторонними окклюзиями наружных подвздошных артерий, которым предварительно выполнена петлевая эндартерэктомия; 1 пациент с аневризмами обеих общих подвздошных артерий с переходом на их бифуркацию, но без захвата аорты, которому выполнена имплантация специальных подвздошных стент-графтов с браншей для ВнПА. Неспецифические осложнения интраоперационно отмечены у 2 пациентов – перфорация подвздошных артерий (устранены эндоваскулярно), 1 пациент – перфорация мочевого пузыря мочевым катетером (устранено консервативно). В послеоперационном периоде осложнения отмечены у 6 пациентов, все они устранены хирургическими или консервативными методами лечения. У 1 пациента через 3 часа после операции развился острый инфаркт миокарда, который привел к смерти.

Заключение. Эндопротезирование аневризм аорто-подвздошной зоны применимо в лечении пациентов с выраженной сопутствующей патологией. Совершенствование эндопротезов и техники операций приводит к улучшению результатов лечения тяжелой категории пациентов и позволяет расширять показания к эндоваскулярным вмешательствам, несмотря на сложные анатомические особенности.

РЕКОНСТРУКЦИЯ НЕСКОЛЬКИХ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ЗА ОДНУ ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ

Панов И.О., Фокин А.А.*, Кононенко Д.А., Уткаева И.А., Жукова Н.В.

*БУ ХМАО-Югры «Няганская окружная больница», г. Нягань, Россия
Кафедра хирургии ФДПО ГОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава РФ, г. Челябинск, Россия

Эффективность хирургических вмешательств при патологии сонных артерий, как метод профилактики нарушений мозгового кровообращения, доказана множеством исследований и не вызывает сомнения. Так же как и нет сомнений в том, что замкнутость Велизиева круга является важным фактором, предупреждающим гипоперфузионные нарушения мозгового кровообращения при изолированных операциях на внутренних сонных артериях. К сожалению, поражение одной артерии из системы кровообращения головного мозга в практике встречается редко. В существующей литературе не отражен вопрос возможности и целесообразности одномоментной реконструкции нескольких прецеребральных артерий, особенно в отечественных источниках.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты с гемодинамически значимыми стенозами прецеребральных артерий, пролеченные в период с января 2007г. по декабрь 2015г. в условиях окружного центра сосудистой хирургии г.Нягани. Из общего числа (более 1200) пациентов, которым были выполнены как открытые, так и эндоваскулярные реконструкции сонных, позвоночных и подключичных артерий мы выделили группу из 75 пациентов с множественным поражением брахиоцефальных артерий, которым за одну госпитализацию в один день или с разницей максимум в 16 дней были реконструированы пораженные артерии. Всего выполнено 158 операций, от 2-х до 4-х на пациента, в среднем 2,1 операции. Всем больным проводился комплекс клинико-инструментального обследования с обязательным проведением дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий, спиральной компьютерной томографии или ангиографии с захватом интракраниальных артерий и по возможности транскраниальное дуплексное сканирование. Все больные до и после вмешательства осматривались неврологом.

Выбор типа операции производился с учетом общепринятых показаний и противопоказаний к каротидной эндартерэктомии (КЭЭ) и каротидной ангиопластике со стентированием (КАС), а так же исходя из результатов работы центра. В группе КЭЭ за все время работы центра в раннем послеоперационном периоде были следующие осложнения (без учета местных): транзиторные ишемические атаки (ТИА) 0,8%, острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) – 1,4%, летальность – 0,14% (1 пациент от инфаркта миокарда); в группе КАС: ТИА 0%, ОНМК 3,1%, летальность – 0,24% (1 пациентка от обширного геморрагического инсульта на стороне КАС).

Сочетание вмешательств было следующим: две открытые операции у 3 пациентов, стентирование + операция у 32 пациентов, стентирование двух артерий + операция – 2, стентирование двух артерий без операции у 34 пациентов, тройное стентирование выполнено 2 пациентам, у 1 пациента за одну госпитализацию сделано два стентирования и две операции и у 1 – тройное стентирование + операция. Следует отметить, что первоочередной методикой при сочетанных вмешательствах было именно стентирование одной или нескольких значимых стенозов за один день (через один доступ), как метод профилактики гипоперфузии при подготовке пациентов к открытому вмешательству на артерии, не подлежащей КАС. Далее пациентам через сутки или двое выполнялась открытая реконструкция внутренней сонной артерии.

Результаты. Из неврологических осложнений нами были отмечены следующие – после КЭЭ нейропатия черепных нервов у 2 (2,7%) пациентов, ТИА у 1 (1,3%); после КАС у 2 (2,7%) появился реперфузионный синдром, купированный терапевтически, у 2 (2,7%) произошло ОНМК – 1 (1,3%) по ишемическому типу с быстрым регрессом симптоматики и 1 (1,3%) по геморрагическому типу со стороны реконструированной подключичной и позвоночной артерий с летальным исходом (1,3%).

Выводы. Исходя из нашего опыта можно с уверенностью сказать, что выполнение одномоментных реконструкций на брахиоцефальных артериях не увеличивает риск неврологических нарушений в периоперационном периоде в группе пациентов, которым выполнено КАС

или КАС + КЭЭ нескольких артерий. Нельзя делать определенные выводы по пациентам, которым выполнены только КЭЭ из-за малой численности группы, но, тем не менее, наши результаты говорят о том, что дальнейшее исследование в данном направлении не бесперспективно.

КАРОТИДНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Папоян С.А.¹, Щеголев А.А.², Красников А.П.¹, Квицаридзе Б.А.¹, Мутаев М.М.¹ Радченко А.Н.¹, Сазонов М.Ю.¹

*ГБУЗ ГКБ им. Иноземцева, Москва, Россия¹
ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, кафедра хирургических болезней
педиатрического факультета Москва, Россия²*

Одной из главных причин острого нарушения мозгового кровообращения является атеросклеротическое поражение сонных артерий. В настоящее время смертность от инфаркта головного мозга в развитых странах составляет 12-20%. Непременным одним из выборов хирургического лечения стеноза сонных артерий является каротидная эндартерэктомия, как с симптомным так и без симптомным поражением сонных артерий. Однако, увеличивается число эндоваскулярного метода лечения, баллонная дилатация и стентирование сонных артерий. На сегодняшний день остается не ясным какой метод оперативного лечения предпочтителен у пациентов старческого и пожилого возраста с атеросклеротическим поражением брахиоцефальных артерий перенесших нарушение мозгового кровообращения.

Цель исследования: изучить и оценить эффективность стентирования внутренних сонных артерий у пациентов старческого и пожилого возраста.

Материалы и методы: В период с января 2014 года по настоящее время в отделении сосудистой хирургии РСЦ ГКБ им. Ф.И. Иноземцева 25 пациентам имплантировано 33 стента во внутреннюю сонную артерию (ВСА). Средний возраст пациентов составил $78 \pm 2,2$ лет.

Из сопутствующих заболеваний у всех пациентов диагностирована гипертоническая болезнь 2-3 ст (100%) и ишемическая болезнь сердца (76%). ХОБЛ наблюдалось у 13,1% пациентов; бронхиальная астма у 2,6%; ПИКС у 32% пациентов; 4% пациентам в анамнезе было выполнено АКШ; 4% пациентам имплантация ЭКС в анамнезе. У 52% пациентов наблюдался сахарный диабет. 68% пациентов перенесли ОНМК в анамнезе. У 8% пациентов отмечалась постоянная форма фибрилляции предсердий.

Всем пациентам перед эндоваскулярным лечением выполнялось ультразвуковое ангиосканирование брахиоцефальных артерий с ТКДГ, мультиспиральная компьютерная томография интра- и экстракраниальных артерий с контрастированием с оценкой степени стенозов и состояния Вилизиева круга, осмотр невролога для оценки неврологического статуса.

За 3 дня до проведения процедуры больным назначалась двойная дезагрегантная терапия (клопидогрель 75 мг и аспирин 100 мг). Во время процедуры проводилась системная гепаринизация. Для уменьшения раздражения синокаротидной зоны и как следствие возникновения брадикардии внутривенно вводили от 0,5 до 1,5 мг атропина.

Результаты: При стентировании сонных артерий использовали саморасширяемые стенты: Xact Carotid Stent System – 1 (3%) пациенту; Acculink RX – 4 (12,2%) пациентма; Cristallo Ideale – 18(54,5%) пациентам; PRECISE PRO RX – 10 (30,3%) пациентам. Защита сосудов головного мозга от материальной эмболии осуществлялась с использованием: Accunet RX – 5 (17,2%) пациентам; Emboshield NAV6 – 8 (27,5%) пациентам; AngioGuard RX - 11 (38%) пациентам; при критическом стенозе ВСА установлена система проксимальной защиты Mo.Ma Ultra – 5 (17,3%) пациентам, среднее время пережатия сонных артерий составило 11 ± 2 минут. При анализе результатов технический успех получен у всех пациентов -100%. У одного пациента при контрольной ангиографии выявлена диссекция общей сонной артерии, что потребовало имплантации дополнительного стента в общую сонную артерию. В послеоперационном периоде осложнений не было отмечено ни в одном случае. Летальных случаев, связанных с рентгенэндоваскулярным стентированием сонных артерий, не было.

Выводы: Таким образом, эндоваскулярные вмешательства являются малотравматичным и эффективным методом лечения стенозирующих поражений внутренней сонной артерии у па-

циентов, перенесших нарушение мозгового кровообращения, и с тяжелой сопутствующей патологией, а также имеет особую актуальность у пациентов пожилого и старческого возраста, что обусловлено высоким риском хирургического вмешательства.

НАШ ОПЫТ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

Пискунов С.А., Масасин В.В., Клищ Л.А., Кухмистров И.В., Шиванов И.В., Лукин О.П.

ФГБУ Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии, г. Челябинск, Россия

Цель: Анализ нашего опыта применения транскатетерной имплантации аортального клапана (Transcatheter Aortic Valve Implantation, TAVI).

Актуальность: Традиционное хирургическое протезирование аортального клапана (АК) является стандартной процедурой с хорошими ранними и отдаленными результатами. Однако, в настоящее время все больше появляется неоперабельных кардиохирургических пациентов пожилого возраста с большим числом сопутствующих заболеваний. Их оперативное лечение или невозможно, или сопряжено с очень высоким хирургическим риском. Для таких больных хорошей альтернативой является TAVI. Методы TAVI клапанов различных типов были разработаны для минимально инвазивного лечения именно пациентов со значимым стенозированием АК, входящих в группу высокого и крайне высокого риска.

Материалы и методы: За период с 2014 года по декабрь 2015 года в нашем центре было выполнено 7 процедур транскатетерной имплантации аортального клапана Medtronic CoreValve, размером от 26 до 29 мм.

Среди пациентов было 3(43%) мужчин и 4(47%) женщин, средний возраст к моменту операции составил 76 года (от 64 до 86 лет). Хроническая сердечная недостаточность по классификации NYHA II функционального класса (ФК) выявлена – у 2 (28%), III ФК найдена у 5 пациентов (72%). Гипертоническая болезнь III стадии выявлена у 6 (85%) пациентов. Инсульт в анамнезе зарегистрирован у 1 (14%), ДЭП у 2(28%) пациентов. ЧКВ в анамнезе проведено 3 (42%) больным. ХОБЛ выявлен у 1(14%) пациента. Сахарный диабет 2 типа имелся у 3(43%) больных. Заболевание периферических артерий выявлено в 1(14%) случае.

По данным ЭхоКГ пиковый градиент систолического давления на АК до операции составил $110,5 \pm 15,12$ мм.рт.ст., средний $66,3 \pm 16,18$ мм.рт.ст. Скорость потока выходного отдела левого желудочка $4,87 \pm 10,6$ м/с. Средний конечный диастолический размер левого желудочка (КДР) – $58,4 \pm 11,6$ мм, Средний конечный систолический размер (КСР) - $37,0 \pm 8,0$ мм. Всем 7 пациентам имплантация выполнялась с использованием хирургического трансфеморального доступа с выделением бедренной артерии и последующим послойным ушиванием раны.

Результаты: У пациентов после TAVI достоверно уменьшались клинические проявления сердечной недостаточности. В ближайшем послеоперационном периоде по данным ЭхоКГ пиковый градиент систолического давления на АК (далее - средние цифры для всех пациентов) снизился и составил $17,2 \pm 5,5$ мм.рт.ст., средний $11,8 \pm 6,2$ мм.рт.ст. Скорость потока выходного отдела левого желудочка $1,6 \pm 0,4$ м/с. Среднее КДР – $52,2 \pm 6,7$ мм, КСР - $34,3 \pm 8,1$ мм. Нарушения ритма в ближайшем послеоперационном периоде наблюдались у 5 пациентов, 4 из них были имплантированы постоянные кардиостимуляторы. Таких осложнений как: разрыв клапанного кольца, выраженная параклапанная регургитация, нарушения мозгового кровообращения, осложнения в месте сосудистого доступа не было. Все 7 пациентов выписаны с явным клиническим улучшением.

Выводы: Транскатетерная имплантации АК является безопасной, эффективной но, к сожалению, дорогостоящей методикой лечения пожилых пациентов со стенозом АК. Показаниями для TAVI являются: аортальный стеноз, высокий хирургический риск, а принятие решения должно приниматься на основании проведенного междисциплинарного консилиума в составе кардиолога, кардиохирурга, рентгенхирурга с учётом мнения врача-эксперта фирмы производителя эндопротеза. Для аортального клапана данного поколения с самораскрывающимся нитиновым каркасом самым сложным и трудно управляемым в имплантации остаётся необратимый момент раскрытия клапана.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ САМОРАССАСЫВАЮЩИХ СОСУДИСТЫХ КАРКАСОВ «ABSORB» В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Пискунов С.А., Масасин В.В., Кухмистров И.В., Шиванов И.В., Лукин О.П.

ФГБУ Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии (г. Челябинск), Россия

Актуальность: Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является наиболее распространенной причиной смертности во всем мире. Коронарные стенты ознаменовали значимый прогресс в лечении ИБС, являясь альтернативой операции коронарного шунтирования, способствуя открытию просвета стенозированных сосудов и восстановлению кровотока. И если, металлические стенты устанавливаются пожизненно, то биорезорбируемые каркасы Absorb представляют собой важнейшее технологическое достижение, которое кроме восстановления коронарного кровотока позволяет предполагать после рассасывания каркаса полное восстановление функции всех слоев стенки артерии, сохранение ее геометрии и вазомоторики, а также отсутствие эффекта «клетки» и хронического воспаления артерии из-за присутствия инородного тела (металлического стента).

Цель: Анализ непосредственных результатов клинической эффективности и безопасности применения биорезорбируемых каркасов при эндоваскулярном лечении ИБС.

Материалы и методы: Проанализированы результаты лечения 127 пациентов с гемодинамически значимым поражением коронарных артерий (КА), которым в период с 2014 по февраль 2016 г. в ФЦ ССХ (г. Челябинск) выполнены плановые имплантации биорезорбируемых каркасов Absorb фирмы Abbott для восстановления нормального коронарного кровотока.

Среди пациентов было 87 (68,5%) мужчин и 40 (31,5%) женщин, средний возраст которых к моменту операции составил 62 года (от 37 до 87 лет). Стенокардия напряжения II функционального класса по ССС выявлена у 65 (51,18%) пациентов, стенокардия напряжения III - IV ФК выявлена у 50 (39,97%) пациентов. Гипертоническая болезнь III стадии выявлена у 118 (92,91%) пациентов. Нестабильная стенокардия диагностирована у 5 (3,94%) пациентов. Инфаркт миокарда в анамнезе зарегистрирован у 80 (62,99%) пациента. Хроническая сердечная недостаточность по NYHA I – II ФК выявлена у 112 (88,19%) больных. Сахарный диабет II типа выявлен у 26 (20,47%) пациентов. При анализе данных КАГ у 43 (49,61%) пациентов было значимое однососудистое поражение, 41 (32,28%) имели двухсосудистое поражение и 24 (18,90%) пациента имели многососудистое поражение коронарного русла.

Показанием для имплантации биорезорбируемого каркаса было гемодинамически значимое стенозирование коронарных артерий. Противопоказанием являлись выраженный кальциноз и извитость артерии, а так же крупная бифуркация. Согласно рекомендациям производителя во всех случаях выполняли эффективную предилатацию и постдилатацию.

Всего имплантировано 144 коронарных каркаса в следующие артериальные бассейны: ПМЖВ ЛКА – 73 (50,69%) , ОВ ЛКА – 27 (18,75%), ПКА - 28 (19,44%). Из них в проксимальный сегмент коронарных артерий было имплантировано – 33 (22,92%), в средний сегмент – 88 (61,11%), в дистальный — 10 (6,94%). Один каркас за процедуру имплантирован 116 (80,56%), два и более каркасов за одну процедуру установлено 12 (8,33%) пациентам.

Результаты: Технический успех доставки каркаса в место поражение КА достигнут в 126 (99,21%) случаев. Непосредственный ангиографический успех после имплантации каркаса составил 100%, кровотоков TIMI-3. Осложнения эндоваскулярной процедуры в виде тромбоза магистрального сосуда не наблюдалось, в 6 (4,17%) случаях отмечалась краевая диссекция потребовавшая имплантации дополнительного каркаса или стента, ухудшение кровотока или окклюзии боковой ветви отмечалось в 1 (0,69%) случае.

Выводы: Использование биорезорбируемых каркасов у пациентов с ИБС являются эффективным и безопасным методом лечения и по нашим наблюдениям он сопровождается хорошим непосредственным результатом, а многочисленные рандомизированные и не рандомизированные исследования (Absorb Extend, Absorb II, Absorb III, Absorb Japan) показывают его эффективность и безопасность в отдаленных периодах.

Наиболее привлекательной особенностью этого каркаса является технология саморассасывания, но имеется ряд недостатков – это худшая доставляемость, в сравнении с металлическими стентами и обязательные преддилатация и постдилатация.

Тем не менее, мы считаем, что технология саморассасывающегося сосудистого каркаса является очень перспективной.

НОВОЕ В УПРАВЛЕНИИ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И БОРЬБЕ С ИНФЕКЦИЯМИ, СВЯЗАННЫМИ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ИСМП)

Попова Т.А.

ЗАО «ЭКОЛАБ», г. Санкт-Петербург, Россия

Согласно национальной концепции по борьбе с ИСПМ особенно важна эпидемиологическая безопасность в ЛПУ как для пациента, так и для персонала. Мы знаем неутешительную статистику по гепатитам, ВИЧ и туберкулезу в РФ. К сожалению, отчасти это связано с неправильным подбором дезинфицирующих средств (ДС) и наличием ДС, которые имеют не отвечают требованиям действующих Санитарных правил и нормативов. В докладе представлен список «некорректных» средств, которые, к сожалению, в силу разных причин закупаются в ЛПУ. Использование этих ДС влечет за собой распространение этих и других инфекций, нарушение наших главных законов – СанПиНа, УК РФ (статьи «халатность» и «опасное нарушение эпидрежима»). В июне 2015 года вышли новые Санитарные Правила (СП 3.1.3263-15). Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических вмешательствах», где отражены очень важные изменения. Один из препаратов, который всегда полностью отвечал и отвечает всем требованиям, является Секусепт Актив, который теперь стал особенно эффективным, безопасным и экономичным.

Для правильного выбора дезинфицирующих средств и средств для стерилизации в 2015 году были изданы одноименные федеральные клинические рекомендации.

В 2015 году были разработаны и приняты еще одних федеральных клинических рекомендаций по оптимизации использования медицинского оборудования и медицинских изделий в режимных и специализированных отделениях, поскольку в наше время на вооружении в ЛПУ есть высокотехнологичное сложное оборудование, использующееся в оперблоке, отделениях функциональной диагностики, ОРИТ и др. подразделениях, контактирующее с пациентом, его биологическими средами. Его обработка достаточно трудоемка и сложна, и поэтому не всегда технически возможно в необходимой мере проведение дезинфекции и стерилизации. Разрабатываемые рекомендации – это попытка приблизиться к международным стандартам по решению этой проблемы.

Созданы специальные защитные покрытия и чехлы для оборудования, позволяющие быстро подготовиться к операции, защитить персонал, пациента и оборудование. Это сейчас особенно актуально, поскольку каждый пациент, согласно СанПин, рассматривается как потенциальный источник инфекции.

Очень важно, что мы предлагаем широкий ассортимент безлатексной продукции, согласно «Медицинскому предостережению Управления по контролю за продуктами и лекарствами США (FDA)» (о важности безлатексной продукции).

Выдержки из инструкций по эксплуатации оборудования о рекомендации использования защитных чехлов, а так же соответствующие пункты СанПин о рекомендациях производителей, нацеливают на использование специально предназначенных защитных покрытий и чехлов, особенно для интраоперационного использования УЗ-датчиков.

Категории покрытий и их ассортимент очень велик и позволяет задрапировать все необходимые виды оборудования в оперблоке, ОФД, и других профильных отделениях.

Ассортимент включает защитные покрытия и чехлы для Уз-датчиков, для всех видов оборудования в оперблоке (краткий обзор специфических видов продукции (покрытия для эндовидеокамер, для лапароскопов, мониторов, клавиатур, микроскопов, С-дуг) и т.д.

Таким образом мы можем повысить качество оказания медицинской помощи, обеспечить эпидемиологическую безопасность для пациента и персонала, сберечь дорогостоящее оборудование и рационально использовать таким образом все наши ценные ресурсы.

СРАВНЕНИЕ ГИБРИДНЫХ И ОТКРЫТЫХ ОПЕРАЦИЙ НА БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОМ СЕГМЕНТЕ У ПАЦИЕНТОВ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Пузряк П.Д., Шломин В.В., Юртаев Е.А., Диденко Ю.П., Касьянов И.В.,
Бондаренко П.Б., Чистякова И.Г.

Городская многопрофильная больница № 2, Санкт-Петербург, Россия

Итоги открытых реконструктивных вмешательств на бедренно-подколенном сегменте зачастую остаются неудовлетворительными. Различные варианты реконструкции характеризуются высокой травматичностью, неодинаковыми исходами и отдалёнными результатами. В свою очередь гибридные операции являются менее травматичным методом лечения облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей и характеризуются минимальными послеоперационными осложнениями.

Цель: проанализировать интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения, после выполнения петлевой эндартерэктомии, шунтирующих и гибридных оперативных вмешательств на бедренно-подколенном сегменте у лиц с хронической ишемией нижних конечностей. Оценить возможность проведения реконструкций артерий нижних конечностей у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией.

Материалы и методы: Проведен анализ данных 85 пациентов, перенесших реконструктивные операции на артериях в городской многопрофильной больнице № 2 в отделении сосудистой хирургии. Их них у 27 пациентов был выполнен гибридный метод лечения (первая группа), у 27 пациентов – шунтирующие операции, у 30 – петлевая эндартерэктомия. В качестве метода исследования результатов операции использовался опрос пациентов, а также изучение итогов дуплексного сканирования, ангиографии, КТ — и МРТ-ангиографии. Разница в категориальных переменных была проанализирована посредством χ^2 Пирсона и критерий Фишера. Различия считались статистически значимыми при $P < 0,05$. Математическую обработку проводили с использованием пакета программ Statistica 10. Группы пациентов были отобраны по сравнению путей оттока на голени.

Результаты:

Повторные оперативные вмешательства у пациентов с поражением бедренно-подколенного сегмента в анамнезе встречались чаще в группе с гибридными и шунтирующими операциями ($p < 0,05$).

Количество койко-дней в стационаре в группе гибридных операций было на 35% меньше, чем для групп с открытыми методами хирургического лечения. ($p < 0,05$).

Гибридные операции чаще выполнялись у лиц с наличием тяжелой хронической сердечной недостаточности и длительным стажем хронической ишемии нижних конечностей ($p < 0,05$).

Длительность оперативного вмешательства в группе с эндартерэктомии и гибридными операциями меньше, чем в группе шунтирования $181,4 \pm 69,5$ vs $209,2 \pm 58,9$ ($p < 0,05$).

В ближайшем послеоперационном периоде в группе шунтирующих операций и петлевой эндартерэктомии у 9 больных развились осложнения, среди которых у 6 больных отмечался тромбоз оперированного. При этом после шунтирования и эндартерэктомии были выполнены ампутации у 7,4% и 3% лиц. Неблагоприятные кардиоваскулярные события (ИМ) развились у 3,5% лиц после шунтирования и эндартерэктомии. После гибридных операций осложнения не наблюдались ($p < 0,05$).

Выводы: использование гибридных методов лечения хронической ишемии нижних конечностей при поражении бедренно-подколенного сегмента позволяют снизить риск возникновения осложнений в интраоперационном и ближайшем послеоперационном периоде. Гибридные сосудистые реконструкции позволяют выполнять вмешательства пациентам с плохими пу-

тями оттока на голени, которым ранее провести операцию было невозможно. Проведение подобных операций возможно у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией.

ОРГАНОПРОТЕКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ ИНВАЗИВНОГО ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИИ

Ришп Т.М., Мордовин В.Ф., Рябова Т.Р., Пекарский С.Е., Семке Г.В.,
Фальковская А.Ю., Ситкова Е.С., Личикаки В.А., Зюбанова И.В., Попов С.В.

ФГБНУ «НИИ Кардиологии», г. Томск, Россия

Введение. Для широкого внедрения методов инвазивного лечения гипертонии, одного из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы, требуются убедительные данные не только антигипертензивного эффекта этих методов, но и доказательства, справедливо ожидаемой органопротекции, после снижения АД или подавления активности симпатической нервной системы при эндоваскулярной денервации почечных артерий, а так же поиск предикторов эффективности процедуры.

Цель. Оценка возможных органопротективных эффектов и поиск предикторов успеха лечения резистентной АГ методами денервации почечных артерий. Материалы и методы. Все участники исследования дали информированное согласие на процедуру и исследования. Контроль АД проводился ежедневно 76 пациентам в возрасте 53.1 ± 9.7 лет с эссенциальной резистентной гипертонией (АД $> 160/100$ мм рт.ст., получающие 3-компонентную, включая диуретик, полнотозовую антигипертензивную терапию) по протоколу рекомендаций для измерений АД (ESH/ESC 2009), исходно (и.) и после (п.) ЭСДП на протяжении 30 дней ежедневно и п.24 недель - 1 день. Измерения регистрировались участником исследования в дневник наблюдения и автоматическую память приборов для СМАД и СКАД. Использовались экстра- и интра-краниальные методы УЗ-исследования во внутренних сонных (ВС), позвоночных (П) и средних мозговых (СМ) артериях (А), где определялись объемная (V_0) и линейные (F) средние скорости (V_m) кровотока, время и индекс ускорения (A_{cT} и A_{cI}) исходно и через 5-10 д. интервалы после ЭСДП. ЭСДП проводилась радиочастотной абляцией почечных артерий билатерально с использованием трансфеморального доступа (8 точек, под контролем температуры нагрева ткани до целевых $t=60^{\circ}C$, предел мощности 8 ватт, продолжительностью 2 мин). Фармакотерпия не менялась в период наблюдения. Результаты. Динамика и вариабельность «day by day» для САД/ДАД были: 1-5 дней $-24.6/-5.4$ и $14.8/6.1$; 6-10 дней $-22.4/-4.1$ и $11.9/6.7$; 11-15 дней $-14.6/-2.1$ и $11.3^*/5.9$; 16-20 дней $-16.1/-2.4$ и $8.6^*/6.1$ 21-25 дней $-18.6/7.2$ и $9.2^*/6.3$; 26-30 дней $-21.7/9.7$ и $9.9^*/5.9$ мм рт.ст. (* $p < 0.05$). Были найдены значимые коэффициенты корреляции между динамикой АД в течение промежутков времени 0-5 дней и динамикой АД через 24 недели после ЭСДП: $r=0.72/0.76$ $p=0.002/0.000$ и вариабельностью «day by day» $-0.71/-0.15$ $p=0.002/0.07$. Мозговой кровоток был и./п. ЭСДП справа-слева: V_0V_m во ВСА $181 \pm 62-148 \pm 76/179 \pm 56-174 \pm 55$ $p=0.31-0.28$; VV_m в ПА $205 \pm 56-194 \pm 58/202 \pm 63-210 \pm 74$ мл/мин $p=0.09-0.32$; для СМА FV_m $46.3 \pm 7.2-45.3 \pm 11.3$ см/с $p=0.6-0.7$ и A_{cT} $61.9 \pm 15.9/52.1 \pm 8.3$ $p=0.02$; A_{cI} $9.2 \pm 1.4/10.5 \pm 0.7$ $p=0.01$.

Выводы: САД по данным СКАД значимо снижалось в первые 10 суток после ЭСДП, что не сопровождалось дефицитом мозгового кровотока. Наблюдались положительные изменения параметров мозгового кровотока, которые свидетельствовали о снижении тонуса стенки артерий. Значимое уменьшение вариабельности при СКАД и корреляция этих параметров с отдаленной динамикой АД имело самостоятельное прогностическое значение для ожидания отдаленного эффекта ЭСДП.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ РАНЕННЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ОСКОЛОЧНЫМИ РАНЕНИЯМИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Розин Ю.А.¹, Иваненко А.А., Пацкань И.И.²

1. *Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака, отдел неотложной и восстановительной хирургии сосудов.,*
2. *Донецкий медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк, МЗ ДНР*

Актуальность: Во время ведения боевых действий на территории Донбасса с апреля 2014 по настоящее время мы столкнулись с применением ствольной артиллерии от 120мм до 203мм и реактивных систем залпового огня по объектам, находящимся в черте густонаселенных городов, что привело к массовым жертвам гражданского населения. Этим также обусловлено подавляющее количество раненых с множественными сочетанными осколочными ранениями, что отличает оказание медицинской помощи в известных нам ранее локальных военных конфликтах и войнах. Такие повреждения ранее были весьма редкими, а тактика их лечения до сих пор не изучена.

Цель исследования: На основании нашего опыта лечения сочетанных осколочных ранений кровеносных сосудов конечностей разработать систему мероприятий по совершенствованию оказания хирургической помощи раненым с применением современных методов визуализации и удаления осколков.

Материалы и методы: в период с апреля 2014 по декабрь 2015 г. было проведено оперативное лечение 103 раненных с множественными осколочными ранениями крупных магистральных сосудов. Всем поступившим на предоперационном этапе выполнялись рентгенография и ультрозвуковая доплерография сосудов, вторым этапом спиральная компьютерная томография с контрастным усилением (омнипак, ультравист) и интраоперационная рентгенография на аппаратах с С-дугой

Результаты : все раненные находились в крайне тяжелом состоянии, вызванном множественными и сочетанными повреждениями магистральных сосудов конечностей и тяжелыми ранениями других анатомических областей тела. Соблюдался исчерпывающий объем оперативного вмешательства (ревизия сосуда в ране с целью остановки кровотечения и восстановления кровотока, декомпрессионная фасциотомия, радикальная хирургическая обработка ран мягких тканей с отсроченной пластикой) с одновременной интенсивной противошоковой терапией. Если во время ревизии раны удавалось выявить металлические фрагменты они удалялись, при невозможности извлечь осколки мы не акцентировали внимание на их обязательном удалении, чтобы не пролонгировать время операции. Вторым этапом, после стабилизации общего состояния раненого и регресса ишемии конечности в условиях рентгенхирургической операционной визуализировались и удалялись осколки.

Выводы: патогенез осколочных ранений характеризуется значительной кинетической энергией боевых поражающих элементов (бпэ), что приводит к образованию в ране зоны механических и термических поражений, клинически протекающей с выраженным травматическим отеком тканей, нарушением микроциркуляции и вторичной ишемической деструкцией с развитием раневой инфекции. Таким образом хирургическая тактика заключается в радикальной первичной хирургической обработке с непременно удалением осколков первично или в раннем послеоперационном периоде. Использование рентгенологического аппарата с С-дугой на втором этапе лечения осколочных ранений, является наиболее щадящим и эффективным методом визуализации и извлечения металлических фрагментов бпэ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ.

Розин Ю.А., Орлов А.Г.

*Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака,
отдел неотложной и восстановительной хирургии сосудов., г. Донецк, МЗ ДНР*

Цель: улучшение результатов хирургического лечения трофических венозных язв путем сочетания миниинвазивных методик эндовенозной лазерной облитерации (ЭВЛО) и пенной эосклеротерапии направленных на устранение патологического венозного рефлюкса.

Материалы и методы: в отделении сосудистой хирургии ИНВХ в период с декабря 2010 по декабрь 2015 г. проведено оперативное лечение 154 пациентов с венозной недостаточностью CV-CVI по классификации CEAP. Все больные (мужчин – 61(39,6%), женщин – 93(60,4%), возраст от 28 до 86 лет, находились на стационарном лечении в течение одного дня.

Наряду с клиническими и функциональными методами исследования всем больным в предоперационном периоде выполнялось дуплексное ангиосканирование с цветным картированием кровотока и доплерографическим анализом на аппарате Toshiba Aplio XG. При этом оценивали наличие патологического рефлюкса по стволам БПВ и МПВ, диаметр сафено – феморального (СФС) и сафено – попитеального (СПС) соустьев, локализацию и диаметр несостоятельных перфорантных вен. У большинства пациентов -113 отмечалась несостоятельность СФС, несостоятельность СПС выявлена у 27, одновременная недостаточность с рефлюксом по БПВ и МПВ у 14 больных. Наличие трофических язв не являлось противопоказанием к выполнению вмешательства. Эти пациенты оперировались после тщательной санации язвенной поверхности.

Результаты: результаты лечения оценивали по характеру течения послеоперационного периода, данным ультразвукового обследования на протяжении 3 месяцев после вмешательства и клиническим отдаленным результатам.

В послеоперационном периоде воспалительных инфильтратов по ходу коагулированной вены, или развития флеботромбоза в глубокой венозной системе не отмечено. У большинства больных отсутствовали какие либо жалобы, и они расценивали результат лечения как хороший. Явления венозной недостаточности у всех больных регрессировали. Что касается несостоятельных перфорантных вен, выполнялись пенная эосклеротерапия препаратами Фибро-Вейн и Этоксисклерол. Косметический эффект удовлетворял требованиям пациентов. Трофические язвы полностью эпителизовались. Всем больным после операции выполнялось УЗДГ исследование, на 3 день просвет ствола БПВ гипоехогенный, при компрессии не сжимается и не заполняется при цветном доплеровском картировании. К 21 дню диаметр ствола БПВ на бедре уменьшался в 1,3 раза, а к году после операции в 2 раза. Определение просвета вены в сроки от 7 дня к году после операции изменялась до состояния, когда вену визуализировать бывает невозможно из-за изоэхогенности ее по отношению к окружающим тканям.

В послеоперационном периоде мы отмечали редуцирование диаметра не удаленных вен, у которых был еще сохранен мышечный тонус. Эндовенозное применение радиального световода и высокоэнергетического лазера с длиной волны 1470Нм приводит к равномерному воздействию тепловой энергии на всю внутреннюю поверхность вены, вызывая ее коагуляцию на определенную толщину стенки. В последующем, при соблюдении правил компрессионной терапии, вена полностью и равномерно замещается рубцовой тканью. Клинически не отмечалось проявлений венозной недостаточности.

Выводы: эндовенозная лазерная облитерация с использованием радиального световода в сочетании с эосклеротерапией перфорантных вен является альтернативой традиционным методикам операций, направленным на устранение вертикального рефлюкса по стволам магистральных подкожных вен, выполним в условиях «стационара одного дня».

КАРДИОМЕТРИЯ – НОВОЕ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЕ НАУЧНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В КАРДИОЛОГИИ

Руденко М. Ю., Зернов В. А.

Российский новый университет, г. Москва, Россия

Введение. Эффективность диагностики сердечно – сосудистой системы должна оцениваться показателями, которые могут однозначно характеризовать изменения её функционирования. Существующие методы оценки не могут оценить параметры гемодинамики и метаболические процессы. Это не позволяет вообще точно говорить о конкретных изменениях. Наиболее приемлемым для оценки эффективности может служить новое научное фундаментальное направление – кардиометрия. В её комплекс входит оценка гемодинамических, функциональных и метаболических процессов. Преимущества метода заключается не только эффективности, которую не обеспечивает ни один другой метод, а в простоте практической реализации. Фактически, косвенным способом, используя только один канал ЭКГ, измеряются основные фазовые объёмы крови, функции сокращения различных мышц сердца и аорты, а также метаболические характеристики, такие как количество кислорода, накопление лактата и наличие креатинфосфата в мышцах сердца. При этом время регистрации отмеченных параметров не превышает минуты. Важным фактом является возможность прогнозирования состояния. Экономически достигается колоссальный эффект. Себестоимость одного осмотра не превышает одной тысячи рублей.

Цель. Качественное повышение эффективности диагностики сердечно – сосудистой системы при значительном уменьшении экономических затрат.

Материалы и методы. Для достижения уникальных возможностей улучшения диагностики сердечно – сосудистой системы используется серийный прибор «Кардиокод». Он представляет собой приставку к любому типу компьютера, работающего на платформе Windows. Прибор косвенно измеряет следующие параметры:

SV – ударный объем крови, (мл);

MV – сердечный выброс, (л/мин);

PV1 – объём крови, притекающий в желудочек сердца в раннюю диастолу (мл);

PV2 – объём крови, притекающий в желудочек сердца во время систолы предсердия (мл).

PV3 – объём крови, изгоняемый из желудочка сердца во время быстрого изгнания, (мл);

PV4 – объём крови, изгоняемый из желудочка сердца во время медленного изгнания, (мл);

PV5 – объём крови, который перекачивает восходящая аорта в систоле, работая как перистальтический насос, (мл).

Также он позволяет качественно оценивать функции сердечно – сосудистой системы:

1. Естественные изменения при физической активности.
2. Сердечная недостаточность:
 - 2.1. Сокращение межжелудочковой перегородки.
 - 2.1. Сокращение миокарда.
3. Синхронизация гемодинамики большого и малого круга кровообращения:
 - 3.1. Аритмии.
 - 3.2. Признаки внезапной сердечной смерти.
4. Функция клапанов:
 - Открытие клапана аорты.
 1. Анатомическая однородность межжелудочковой перегородки.
 2. Функционирование коронарного кровотока.

Прибор Кардиокод позволяет оценить метаболические процессы в мышцах сердца:

1. Аэробные биохимические реакции – количество кислорода (в условных единицах).
2. Гликолитические реакции (уровень лактата) (в условных единицах).
3. Уровень креатинфосфата (в условных единицах).

Выводы.

1. С использованием теории кардиометрии на практике, диагностика приобретает новую реальную значимость повышения эффективности кардиологической системы здравоохранения.
2. Кардиометрия способствует:

- 2.1. Быстро и точно, при минимальных экономических затратах устанавливать диагноз при первом посещении пациента.
- 2.2. Контролировать эффективность лечения сердечно – сосудистых заболеваний.
- 2.3. В поликлиниках эффективно осуществлять скрининг населения для выявления трех групп населения по уровням состояния сердечно – сосудистой системы:
 - Абсолютно здоровые.
 - Нуждающихся в амбулаторной плановой помощи.
 - Нуждающихся в неотложной медицинской помощи и требующих особого контроля.
3. Вырабатывать эффективные рекомендации для нуждающихся в коррекции и лечении функционального состояния сердечно – сосудистой системы.
4. Обеспечить значимую привлекательность учреждению среди потенциальных клиентов, с целью достижения максимальной экономической загрузки учреждения, из – за отсутствия у конкурентов данного вида услуг.
5. Метод сертифицирован Минздравсоцразвитием РФ, а также имеет сертификаты ЕС. Прибор серийно выпускается и реализуется во многих страна мира.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАНУАЛЬНОЙ ВАКУУМНОЙ ТРОМБОЭКСТРАКЦИИ С ОДНОМОМЕНТНЫМ СТЕНТИРОВАНИЕМ ИНФАРКТ ОТВЕТСТВЕННОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ С ОИМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Рудуш В.Э., Кудряшов К.А., Карповский А.Б., Фальбоцкий Н.В.

ГБУЗ СО «Тольяттинская городская клиническая больница №2 имени В.В.Банькина»

Цель: оценить результаты использования мануальной вакуумной тромбэкстракции (МВТ) с одномоментным стентированием инфаркт ответственной артерии у больных с ОКС с п ST.

Материалы и методы. В исследование были включены пациенты оперированные в 2015 году. По поводу острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST было прооперировано 370 пациента. В 102(27%) случаях у пациентов с ОКС с подъемом сегмента st использовался аспирационный катетер Export Medtronic. Только в 2(0,55%) случаях при аспирации катетером не было получено тромботический масс. Из них у 100(98%) применялся трансрадиальный доступ через правую лучевую артерию. Использовался лучевой интродьюссер 6F. Показания к тромбэкстракции определялись после коронарографии: наличие визуализированных тромботических масс в просвете сосуда, или эмболизация дистального русла, синдром No-reflow, slow-reflow после стентирования.

Результаты. У всех 102 пациентов у которым выполнялась вакуумная тромбэкстракция был восстановлен адекватный антеградный кровоток по инфаркт ответственной артерии, ТИМІ II-III. В пределах от 30 мин до 12 часов происходило снижение сегмента ST в ответственных за пораженный участок отведениях. Клинически, улучшение состояния, уменьшение интенсивности болевого синдрома в большинстве случаев наступало на операционном столе. Осложнения в исследуемой группе после МВТ: феномен no reflow – 1(0,9%), дистальная эмболизация после процедуры ЧКВ - 2(1,9%), острый тромбоз стента 1(0,9%), диссекция в месте окклюзии – не было. В каждом случае применение аспирационного катетера было строго индивидуально в зависимости от клинической картины, характера поражения и наличия визуальных признаков тромбоза сосуда. Все пациенты были выписаны с общепринятыми рекомендациями.

Выводы. Наш опыт лечения больных с ОКС показывает безопасность применения этого метода и хорошие клинические результаты в совокупности с одномоментным стентированием инфаркт ответственной артерии. МВТ позволяет избежать феномена no-reflow в большинстве случаев, восстановить адекватный кровоток по инфаркт ответственной артерии. Применение МВТ трансрадиальным доступом вполне безопасно и эффективно. Выполнение МВТ и сравнение результатов эффективности, дальнейшее изучение и определение стандартов выполнения и оценки этого метода, в настоящий момент является актуальной проблемой в повседневной практике и требует дальнейшего накопления опыта.

ПРИМЕНЕНИЕ ИЗБИРАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

Сабельников В.В., Злобин О.В., Прокопец А.И., Денисов А.О., Аветян А.Ю.

Кафедра сердечно-сосудистой хирургии Северо-Западного Государственного Медицинского Университета им. И.И. Мечникова, 15 и 11 отделения Российского Научно-Исследовательского Института им. Р.Р. Вредена, г. Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: снизить риск венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) при эндопротезировании крупных суставов у пациентов с сопутствующими хроническими заболеваниями вен (ХЗВ).

Материал и методы. С 2010 по 2015 гг. на базе 15-го отделения Российского Научно-Исследовательского Института Травматологии и Ортопедии имени Р.Р. Вредена, (РНИИТО им Р. Р. Вредена), наблюдались 945 пациентов с патологией крупных суставов (основная группа), среди них с коксартрозом - 623 человека (66%) и гонартрозом - 322 человека (34%), и сопутствующими варикозной и посттромботической болезнью нижних конечностей. Средний возраст больных составил 58 лет (ДИ 95% от 45 до 75 лет). Из них с варикозной болезнью 597 человек (63%), посттромботической болезнью 348 человек (37 %).

При первичном обращении пациента производилась консультация сосудистого хирурга и ультразвуковое ангиосканирование (УЗАС) нижних конечностей. Стадии хронической венозной недостаточности оценивались по классификации СЕАР. Производилась оценка состояния магистральных артерий, оценивались признаки атеросклеротических изменений, степень стеноза просветов (по классификации Покровского А.В., стадии по (Fontaint и категории Rutherford).

Из осмотренных пациентов с варикозной болезнью - 281 человек (47 %) относились к классу С 2,3; 308 человек (51 %) к классу С2-4; 8 человек (1%) - к классу С 2-5.

105 пациентов с посттромботической болезнью имели класс С 2,3 (30%), 243 (70 %) человека — класс С 2-4.

Учитывая отсутствие четких критериев в определении показаний к хирургической коррекции венозной гемодинамики перед эндопротезированием крупных суставов, в нашей клинике в качестве апробации была принята следующая предварительная схема ведения больных, не противоречащая данным мировой литературы:

1. Пациентам с наличием сегментарного варикоза, с состоятельностью сафено-фemorального (СФС) и сафено-поплитеального (СПС) соустьев оперативное лечение не показано. В эту же группу отнесены пациенты с наличием приустьевого рефлюкса 1 степени и диаметром большой и малой подкожных вен менее 7 мм.

Профилактика ВТЭО при эндопротезировании крупных суставов у этих больных заключалась в назначении госпитального компрессионного трикотажа, низкомолекулярных гепаринов (НМГ) по схеме высокого риска, оральных антикоагулянтов (ОАК) до 3-х месяцев после оперативного лечения, ранняя активизация больного.

2. Показаниями к хирургической санации варикозной болезни перед ортопедической операцией мы выбрали следующие данные инструментального обследования:

При проведении эндопротезирования тазобедренного сустава:

1. Диаметр приустьевого участка большой подкожной вены (БПВ) более 8,0 мм. Наличие рефлюкса по стволу БПВ 3-4 степени (согласно классификации Nach) или наличие признаков перенесенного тромбофлебита.

2. Диаметр приустьевого участка малой подкожной вены (МПВ) более 10,0 мм, наличие рефлюкса по стволу МПВ 3-4 степени или наличие признаков перенесенного тромбофлебита.

При проведении эндопротезирования коленного сустава:

Диаметр приустьевого участка БПВ или МПВ 7,0 мм и более, расширение ствола БПВ или МПВ до 7,0 мм, рефлюкс 2-4 степени по БПВ или МПВ, несостоятельность перфорантов на оперируемой конечности.

По нашему опыту и на основании зарубежной литературы риск возникновения ВТЭО при проведении эндопротезирования коленного сустава значительно выше (около 25%) чем у пациентов, которым предстояло эндопротезирование тазобедренного сустава, поэтому показания для проведения хирургической санации варикозной болезни более расширены у данной категории пациентов.

Пациентам с варикозной болезнью С 2-5 и наличием сегментарного или тотального рефлюкса по стволу БПВ или МПВ, диаметром приустьевого участка до 7,0 мм, которым предстояло эндопротезирование коленного сустава, выполнялась плановая флебэктомия с последующей выпиской больных. Плановое эндопротезирование в данном случае было рекомендовано через 1-3 месяца после реабилитации пациента.

Пациентам с варикозной болезнью С 2-5 и с наличием рефлюкса 2-4 степени по БПВ или МПВ, диаметром приустьевого участка более 7,0 мм, которым предстояло эндопротезирование тазобедренного сустава выполнялась плановая флебэктомия с последующей выпиской больных.

Таким образом, за период с 2010 по 2015 гг. выполнены флебэктомии у 812 пациентов, у 10 пациентов выполнена лазерная абляция ствола большой подкожной вены.

При изолированном поражении С2, Аs 2 или С 2, Аs 4 мы производили симультанные вмешательства: санирующая флебэктомия минимального объема и эндопротезирование коленного или тазобедренного сустава. Всего за данный период было выполнено - 37 операций, в возрасте пациентов от 58 до 69 лет (средний возраст 64 года.) Все этой группы пациентов осознавали наличие варикозной болезни, но в виду отсутствия болевого синдрома в зоне расширенных подкожных вен, не обращались к врачам.

При профилактике ВТЭО у пациентов с посттромботической болезнью (235 больных) хирургическая санация не производилась. В данном случае при проведении эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов профилактика проводилась по схеме высокого риска, применялся компрессионный трикотаж 23-35 мм. рт. ст., курс сосудистой терапии в послеоперационном периоде, оральные антикоагулянты (дабигатран\ ривароксабан) до 3 месяцев.

Результаты исследования сравнивались с контрольной группой пациентов (220 человек), сходной по возрастному и половому составу, которым производилось эндопротезирование крупных суставов до 2009 г., без предварительной консультации ангиохирурга, по стандартным схемам профилактики.

Результаты. При применении выбранной тактики за весь представленный период случаев проксимальных тромбозов глубоких вен и ТЭЛА в основной группе не было отмечено. У 5-ти пациентов, что составляет 0,5 %, был диагностирован тромбоз венозных синусов голени, что потребовало динамического наблюдения в стационаре с контролем УЗАС в течение недели. В контрольной группе у 6 пациентов (2,7%) на 5-7 –е сутки после эндопротезирования тазобедренного сустава был выявлен тромбоз бедренно-подколенного сегмента, из них у 1 пациента возникла тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии (0,4%); у 8 пациентов (3,6%) – тромбоз венозных синусов голени (у 6 человек – после эндопротезирования коленного сустава, у 2 – после эндопротезирования тазобедренного сустава).

Таким образом, предложенные нами схемы профилактики, основанные на тщательном обследовании ангиохирургом, выполнении УЗАС, консервативной коррекции и, в ряде случаев, санирующей флебэктомии, позволяют значительно снизить вероятность тромбоэмболических осложнений.

На основании нашего опыта необходимо отметить, что подготовка к эндопротезированию коленных суставов требует более детального подхода с учетом индивидуальных особенностей каждого пациента в связи с большим риском осложнений.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
У ПАЦИЕНТОВ АНГИОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ
ПРИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ**

Сагандыков И.Н., Боровский С.П., Кудратуллаев М.М., Тё Д.В., Рахимов Р.А.

*АО «Научный национальный центр онкологии и трансплантологии», г. Астана
КГП «Областной кардиологический центр», г. Петропавловск, Республика Казахстан*

Цель: оценить результаты чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) - чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики со стентированием (ЧТКБАС) у пациентов ангиохирургического профиля, страдающих мультифокальным атеросклерозом (МФА), манифестированного в виде обострения ишемической болезни сердца: нестабильной стенокардии (НС).

Материалы и методы: в период с 2013 по 2015 гг. ретроспективно проанализированы данные 73 пациентов пролеченных в отделениях сосудистой хирургии на базе многопрофильных клиник с МФА коронарных и периферических артерий. У всех пациентов в ходе обследования выявлена ИБС с клиникой НС. В изучаемой когорте: мужчин 56 (76.7%), женщин 17 (23.3%), в возрасте от 48 до 80 лет. С сопутствующей патологией в виде сахарного диабета в стадии суб- и декомпенсации 48 (65.7%) пациентов. Всем пациентам с целью минимизации интраоперационного кардио-васкулярного риска при аортоангиографии выполнена предварительная диагностическая коронароангиография (КАГ). При анализе КАГ: у 17 (23.3%) больных гемодинамическое поражение передней межжелудочковой коронарной ветви (ПМЖВ), у 14 (19.2%) больных гемодинамическое поражение огибающей коронарной артерии (ОВ), у 19 (26%) больных гемодинамическое поражение правой коронарной артерии (ПКА). В 23 (31.5%) случаях выявлено на КАГ многососудистое окклюзионно-стенозирующее поражение коронарного русла со шкалой Syntax более 28-32 баллов. 50 (68.5%) пациентам выполнена ЧТКБА со стентированием симптом-связанной коронарной артерии стентами с антипролиферативным покрытием (Resolute integrity - 17, Orsiro - 4, Biomatrix - 17, Xcience - 15). С учетом мультидисциплинарного подхода группой «Heart Team» 23 (31.5%) пациентам рекомендовано аортокоронарное шунтирование (АКШ). После ЧКВ выполнена этапная хирургическая реконструкция артериального русла: у 37 (74%) пациентов - одностороннее бедренно-подколенное шунтирование, у 7 (14%) пациентов - ревизия с последующим шунтированием в глубокую бедренную артерию, у 6 (12%) пациентов - бедренно-тибиальное шунтирование. Пациентам с показанным АКШ реконструкция периферического артериального русла выполнена отсрочено.

Результаты: после ЧКВ у оперированной когорты клиника НС нивелировалась у 47 (94%) пациентов, что минимизировало риск развития неблагоприятных коронарных событий в виде угрожающего инфаркта. В 3 случаях КАГ завершилась стентированием нескольких артерий (ПМЖВ+ ПКА) ввиду критического поражения и интраоперационного ухудшения. Все пациенты после интервенционной кардиологической и кардиохирургической реваскуляризации перенесли артериальное реконструктивное вмешательство без развития коронарных событий и интраоперационной летальности

Заключение: коронарное стентирование гемодинамически значимых поражений у пациентов высокого кардио-васкулярного риска с МФА с учетом мультидисциплинарного подхода оправдано и актуально как с позиций клинической безопасности и нивелирования риска развития коронарных событий, ухудшающих прогноз и течение МФА, так и с позиции экономической эффективности, т.к. комплексный подход уменьшает частоту повторных госпитализаций, раннюю послеоперационную летальность от коронарных фатальных событий, увеличивает выживаемость и качество жизни пациентов.

ГИБРИДНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ АОРТО-ПОДВЗДОШНОГО И БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОГО СЕГМЕНТОВ

Сагандыков И.Н., Боровский С.П., Кудратуллаев М.М., Черета С.В., Тё Д.В.,
Землянский В.В., Тен И.Э.

*АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии» Астана
КГП на ПХВ «Областной кардиологический центр», г. Петропавловск, Казахстан*

Цель: оценить возможности артериальной реконструкции после чрескожной транслюминальной баллонной ангиопластики со стентированием (ЧТБАС) с ретроспективным анализом результатов 23 пациентов, пролеченных гибридными рентген-ангиохирургическими вмешательствами: эндоваскулярным стентированием аорто-подвздошного сегмента с одномоментной артериальной реконструкцией бедренно-подколенного и тиббиального сегментов.

Материалы и методы: с 2013 по 2015 гг. пролечены 23 пациента на базе двух клиник с многоэтажным аорто-подвздошным, бедренно-подколенным протяженным атеросклеротическим поражением, осложненным критической ишемией: 17 (74%) мужчин, 6 (26%) женщин, в возрасте 47-76 лет, у 18 сопутствующая патология в виде ИБС и артериальной гипертонии, у 5 сахарный диабет в стадии субкомпенсации. Средний срок госпитализации 8 дней. Все пациенты оперированы в рентгеноперационных с использованием ангиографической станции Axipm Artis zee в режиме DSA Roadmap. У всех пациентов кальцинированное этажное атеросклеротическое поражение: в 17 (74%) случаях критические стенозы одностороннего подвздошного сегмента с протяженных этажной окклюзией бедренных артерий и коллатеральным восстановлением подколенно-тибиальной зоны, в 6 (26%) случаях – критическое поражение подвздошно-бедренного и подколенного сегментов с шунтабельной проходимостью тиббиальных артерий. 17 (74%) пациентам выполнено гибридное вмешательство в виде эндоваскулярной баллонной ангиопластики со стентированием критического поражения общей (9 случаев) и наружной (8 случаев) подвздошной артерии: с применением стентов Smart control, Palmaz, Express с одномоментным бедренно-подколенным шунтированием на стороне поражения. У 6 (26%) пациентов выполнено стентирование подвздошного сегмента с одномоментной артериальной реконструкцией тиббиальных артерий.

Результаты: у 21 (91.3%) пациента клиническое и ангиографическое улучшение в виде нивелирования критической ишемии и удовлетворительной проходимостью в раннем наблюдении до 6 месяцев, 2 (8.7%) случая осложнились ранним тромбозом шунтов, устраненных успешными рещунтированием и баллонной ангиопластикой.

Заключение: применение гибридных технологий в лечении сложных атерокальцинированных поражений аорто-подвздошного и бедренно-подколенного сегментов актуально в дальнейшем развитии комплексного лечения мультифокального атеросклероза, несмотря на их дорогостоящую стоимость, затратные расходные материалы и недостаточное финансовое бюджетное обеспечение по клинко-затратной группе, но оправданно, т.к. гибридные технологии позволяют сократить частоту повторных госпитализаций, снизить количество инвалидизирующих ампутаций, повысить клинко-экономическую эффективность пролеченного случая и качество жизни пациентов.

ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ НЕЙРО-ИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Сагандыков И.Н., Кудратуллаев М.М., Боровский С.П., Тё Д.В., Черета С.В.

*АО «Научный национальный центр онкологии и трансплантологии», г. Астана,
КГП на ПХВ «Областной кардиологический центр», г. Петропавловск, Республика Казахстан*

Актуальность: чрескожная транслюминальная баллонная ангиопластика (ЧТБА) с учетом мультидисциплинарного подхода у больных с мультифокальным ангиоатеросклеротиче-

ским поражением, отягощенных синдромом диабетической стопы (СДС), критической ишемией, позволяет улучшить не только регионарный кровоток, качество жизни больных с более быстрой реабилитацией, выживаемость, но и значительно уменьшить количество «высоких» ампутаций, степень инвалидизации, что только обостряет значимость и актуальность данной проблемы, учитывая увеличение частоты критической ишемии по данным международных рекомендаций (TASC II, 2007).

Цель исследования: ретроспективный анализ результатов лечения ЧТБА у больных с мультифокальным ангиоатеросклеротическим поражением нижних конечностей, осложненным нейро-ишемическим поражением СДС.

Методы: проанализированы аортоангиограммы с ЧТБА у 81 пациента на базе двух клиник с мультифокальным ангиоатеросклеротическим поражением сосудов нижних конечностей, осложненных синдромом диабетической стопы с высокой степенью ишемии по Rutherford. Среди них: мужчин -31 (38%), женщин- 50 (62%), в возрасте от 40 до 80 лет, у 50 (62%) выявлено каскадное окклюзирующее поражение дистального русла тибиальных артерий: в 15 (30%) случаях- задняя большая берцовая артерия (ЗББА), в 22 (45%)- передняя большая берцовая артерия (ПББА), поражение ПББА+ЗББА в 13 (25%) случаях. У 31 (38%) больных выявлено гемодинамически значимое стенозирующее поражение магистрального и дистального артериального русла: поверхностная бедренная артерия (ПБА) -13 (41.6%)случаев, в 7(25%) случаях - ЗББА, в 10 (33.3%) случаях ПББА. Всем пациентам выполнена цифровая селективная ангиография с последующей ЧТБА пораженного артериального русла баллонными катетерами Sleafk RX PTA (Cordis) 80-12-220 мм под 6-8 атм. длительностью 4-5 мин.

Результаты: В ретроспективном анализе у 63 (78%) пациентов достигнут ангиографический и клинический успех с уменьшением класса критической ишемии по Rutherford с 4-5 степени до 1-2 степени: у 43 пациентов (53.5%) при стенозирующем поражении, в 28 случаях (34.4%)- при окклюзирующем поражении дистального артериального русла, в 4 случаях (9.3%) не достигнут эффект ввиду технических трудностей с учетом анатомии поражения с дальнейшей консервативной терапией, в 10 случаях(12%) выполнена «высокая» ампутация ввиду неэффективности консервативной и эндоваскулярной терапии. В 7 случаях (8.6%) при проведении ЧТБА осложнение виде диссекции с последующей «компрессионной» ЧТБА без прогрессии и ухудшения. Ближайшие наблюдения в течение 6 месяцев выявили ухудшения клинического и ангиографического состояния у 10 (12%)пациентов после ЧТБА. В 3 (3.7%) неустранимые диссекции тибиальных артерий устраняли имплантацией стентов с антипролиферативным покрытием.

Выводы: ЧТБА с учетом мультидисциплинарного подхода у больных с мультифокальным ангиоатеросклеротическим поражением, отягощенных СДС, прогрессирующей ишемией, позволяет улучшить качество жизни больных с ранней реабилитацией, увеличивает выживаемость, уменьшает количество «высоких» ампутаций, степень инвалидизации и экономические затраты повторных госпитализаций.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ МЕТОДОМ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ

Сагандыков И.Н., Парманов А.Т., Тё Д.В.

*АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии»,
г. Астана, Казахстан*

Стремительное развитие инновационных технологий с применением лазерных, радиочастотных, интервенционных вмешательств в современной флебологии позволяют рассматривать эндовенозные катетерные абляции при варикозной болезни как вариант альтернативного лечения хирургической флебэктомии. Косметический эффект, малоинвазивность, отсутствие наркоза, легкая переносимость, ранняя социальная и трудовая реабилитация ставят метод эндовенозной лазерной коагуляции вен (ЭВЛК) при варикозной болезни (ВБ), осложнённой хронической венозной недостаточностью (ХВН) в авангардный ряд вмешательств в последнее время все более предпочитаемых пациентами. Однако, экономическая затратность, дорогосто-

имость оборудования и расходного материала, отсутствие ЭВЛК в возмещающих бюджетом клиничко-затратных группах, разрабатываемая база рандомизированных клинических исследований, все еще лимитируют широкое применение ЭВЛК в стационарах и амбулаторных кабинетах ангиохирургического профиля.

Цель. Провести ретроспективный анализ опыта эффективного малоинвазивного лечения ВБ нижних конечностей методом эндовенозной лазерной коагуляции.

Материалы и методы: В период с 2012 по 2015 годы обследовано и ретроспективно проанализировано 270 S – пациентов (СЕАР) с варикозной болезнью нижних конечностей (С 3-4), осложненной ХВН. Проведено 330 процедур ЭВЛК. Среди обследуемых женщин 202 пациента (75%), мужчин – 68 (25%). С сопутствующей сердечно-сосудистой патологией 98 (36.3%) пациентов, сахарным диабетом – 40 пациентов (15%). С восходящим тромбофлебитом – 28 (10.3%). В когорте пролеченных ЭВЛК 15 пациентов с противопоказаниями к оперативному лечению ввиду высокого риска и сопутствующей патологии. 45 пациентов в анамнезе перенесли одностороннюю флебэктомию. Всем пациентам выполнено лабораторно-инструментальное исследование, включая УЗИ доплер - исследование вен обеих нижних конечностей до и после ЭВЛК на 3-е, 14-е сутки. У 27 пациентов диагностированы трофические нарушения в виде трофических язв. Среди исследованных ВРВ в бассейне большой подкожной вены – 229 (85%) пациентов, в бассейне малой подкожной вены – 41 больной (30%). 45(16.6%) пациентов обратились с рецидивом ВБ после комбинированного лечения. Всем пациентам в предоперационном периоде проведена консервативная, флебопротекторная терапия, антибактериальная терапия назначалась пациентам с трофическими нарушениями в стандартной схеме. Всем пациентам произведена кроссэктомия с ЭВЛК аппаратом LINA 30 с длиной волны 1450 нм. в температурном режиме 15-30 * ретроградным доступом с поэтапной тракцией лазерного электрода на протяжении пораженного участка вены и последующей компрессией противоварикозным трикотажем в соответствии классу ХВН. В 60 (%) случаях выполнена двусторонняя ЭВЛК. У 54 (20%) пациентов выполнена сочетанная ЭВЛК со склеротерапией варикозной трансформации раствором этоксисклерола. У 35 (13%) пациентов выполнена комбинированное лечение: сочетание ЭВЛК с флебэктомией из мини-доступа ЭВЛК выполнена под местной анестезией у 54 (20%), в 216 (80%) случаях успешно применялась внутривенная седация под стандартному протоколу.

Результаты: Sanatio per primam intentionem достигнуто в 99% случаев. В раннем послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 2(0.2%) пациентов с ожогом мягких тканей по ходу вены, 2(0.2%) локальных нагноения, успешно разрешенных малоинвазивным комбинированным лечением. В послеоперационном периоде на контрольном УЗИ Доплере выявлены: локальные флебогематомы у 13(5%) пациентов, локальные диссекции в 8 (3%) случаях, у 45(17%) пациентов признаки локального тромбоза без угрозы распространения в ТЭЛА. Все пациенты прослежены в послеоперационных периодах и follow-up в течение 4-6 месяцев. Рецидив ВБ в раннем периоде наблюдения выявлен у 10 (4%) пациентов. Эндовенозная лазерная коагуляция вен при варикозной болезни может успешно рассматриваться как безопасный альтернативный вариант хирургического лечения.

К ВОПРОСУ ХИМИЧЕСКОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН АКРИЛОВЫМИ СОЕДИНЕНИЯМИ.

Санников А.Б.

Первый Клинический Медицинский Центр, г. Ковров, Владимирская область, Россия

История использования различных быстротвердеющих и других синтетических материалов в хирургии насчитывает не один десяток лет. С этой целью было предложено большое количество веществ с различной химической и биологической структурой. Наибольшее распространение из них получили: фибриновый клей и цианкриловые соединения КЛ-3, МК-8, МК-7, МК-14, акриловый и коллагеновый гель (Петровский Б.В., Миланов О.Б., Цацаниди К.Н., 1982; Шалимов А.А., Шалимов С.А., Лифшиц Ю.З., 1981, 1984, 1986; Радзиховский А.П., 1988; Azolini

A., 1986; Haverich A., Walterbusch G., Bost H.G., 1981; Meisner H., Struck E., Schmidt-Haberlmann P., 1986; Bocca M., Grovella H., 1987).

Что касается использования акриловых соединений с целью облитерации варикозно измененных вен, то из доклада, сделанного европейскими флебологами на Венозном Славянском Форуме, проходившем в 2015 году в Витебске, можно было заключить, что пионерами использования данных соединений во флебологической практике являются исключительно специалисты США, чьи научные публикации относятся к 2011-2012 годам. Публикации эти касаются клинического использования у первых 200 пациентов в лечении варикозной болезни изобретенного в США на основе N-бутил-2-цианакрилата клея VENASEAL (Sapheon Closure Adhesive, Inc.), вводимого эндовазально при помощи специально разработанной системы Delivery System, состоящей из интрадьюсера, дилататора, катетера и специального пистолета-диспенсера (Томас Прозбстле, Материалы XVII Всемирного конгресса Международного общества флебологов (Бостон, Массачусетс, США, 8-13 сентября, 2013).

Однако, впервые в мире эндовазальная облитерация варикозных вен с использованием акриловых соединений была произведена мною еще в 1997 году (А.Б.Санников Способ лечения варикозно измененных поверхностных вен нижних конечностей путем стволовой катетерной облитерации полиакриламидным гидрогелем // *Ангиология и сосудистая хирургия.* – 1997. - №3. – С.55-63).

Мне не представляется реальным доказать сегодня преимущества полиакрилового соединения, синтезированного гораздо ранее в России, в сравнении с произведенным в США только через 20 лет. И уж совсем абсурдным представляется - попытаться отстоять приоритет от 16.04.1996 по использованию акриловых соединений для эндовазальной облитерации венозных магистралей при варикозной болезни. Да я и не собираюсь это делать. И все же!

Проведенные экспериментальные (на животных) и клинические исследования показали возможность использования акриловых соединений с целью эндовазальной окклюзии вен в комплексном лечении варикозной болезни.

При гистологическом исследовании были установлены следующие морфологические закономерности. В раннем послеоперационном периоде (до 10 сут.) наблюдалось незначительно выраженное и быстро купирующееся асептическое воспаление при активной резорбции вещества с фиксированием многоядерных клеток инородных тел. Организация пластического материала протекала за счет прорастания соединительной ткани со стороны субэндотелия. Интенсивная васкуляризация окклюзирующего материала в раннем периоде происходила за счет аутохромного ангиогенеза в формирующейся грануляционной ткани. В отдаленном периоде васкуляризация организованного материала в некоторых наблюдениях происходила за счет прорастания сосудов через стенку вены со стороны адвентиции. К 3-му месяцу после окклюзии просвет вены был полностью obturирован волокнистой соединительной тканью, интимно сращенной с субэндотелием без признаков реканализации во всех наблюдениях. Явлений тканевой атипии и избыточной пролиферации в более поздние сроки не наблюдалось. Был в деталях разработан и сам способ проведения эндовазальной окклюзии полиакриламидным гидрогелем (Патент на изобретение № 2131706 от 20 июня 1999 г). Начиная с 1993 по 1997 годы, всего было оперировано с использованием метода эндовазальной облитерации вен полиакриламидным гидрогелем 70 больных варикозной болезнью нижних конечностей. Все больные соответствовали ХВН II (с градацией сегодня по СЕАР С2-С4). При анализе клинических данных было получено 92,7% хороших и удовлетворительных результатов.

В заключении хотелось бы отметить, что мне лично сложно судить - почему не удалось более активно “продвинуть на рынок” в первую очередь сам акриловый препарат. Хотя о ходе непосредственной разработки и внедрения этого полиакриламидного соединения в клиническую практику у нас в России, мне известно многое. Так или иначе, от этого не уменьшается ценность проведенных научных исследований, да и сам приоритет тоже никуда не денется. Как говорится, «что написано пером, - не вырубишь топором», - даже если этот топор находится в руках наших заокеанских коллег.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ВЫДЕЛЕНИЕ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ АРТЕРИОВЕНОЗНОГО ШУНТА В КАЧЕСТВЕ ПОСТОЯННОГО СОСУДИСТОГО ДОСТУПА ДЛЯ ГЕМОДИАЛИЗА

Саукова Н.В., Стогний Н.Ю., Рыбалова В.А., Гнедашев А.Г., Арутюнян Л.А.,
Нелаев В.С., Стойко О.А.

ГБУЗ Тюменской области «Областная клиническая больница №1», г. Тюмень, Россия

На данный момент, в мире сотни тысяч больных, страдающих терминальной хронической почечной недостаточностью, нуждаются в лечении различными методами внепочечного очищения крови. Программный гемодиализ остается ведущим из них, его доля в разных странах мира составляет от 62% до 95%, в России 82,7% (Бибков Б.Т., Томилина Н.А., 2007). В связи с этим, возрастают требования к более продолжительному функционированию постоянного сосудистого доступа (Майсюк Я.Г., Беляев А.Ю., 2004).

Наиболее часто для формирования долговременного доступа используют нативную артериовенозную фистулу, эта методика является «золотым стандартом», так как в отдаленном периоде характеризуется низкой частотой осложнений и стабильным функционированием в течение многих лет эксплуатации (Руководство по диализу. Под ред. Джона Т. Даугирдаса, Питера Дж. Блейка, Тодда С. Инга. Пер. с англ. под ред. А.Ю. Денисова и В.Ю. Шило. 2008г., Malovrh M. Strategy for the maximal use of native arteriovenous fistulae for hemodialysis. Scientific World Journal 2006). К сожалению, во многих случаях, формирование стандартной дистальной или проксимальной АВФ невозможно по причине неоднократных попыток формирования постоянного сосудистого доступа, индивидуальных особенностей архитектоники сосудов или их патологических изменений. В этой ситуации выбор способа обеспечения постоянного сосудистого доступа обычно осуществляется использованием синтетического сосудистого протеза, либо транспозицией одной из вен конечности, и одной из таких вен является большая подкожная вена.

По литературным данным, производя формирование артериовенозного шунта, используя большую подкожную вену, применяют открытое выделение сосуда, что в свою очередь ведет к длительному периоду заживления, повышает риск инфекционных и неинфекционных осложнений. В тоже время, современная медицина стремится к внедрению малоинвазивных методик, которые лишены недостатков открытых доступов. К их преимуществам относят косметичность, минимальную травматичность, короткий период восстановления, уменьшение кровопотери, не продолжительный период реабилитации пациентов. Одной из таких методик является эндоскопическое выделение большой подкожной вены при операции аортокоронарного шунтирования. Данная технология была разработана как минимально инвазивная альтернатива традиционному (открытому) методу. Применение эндоскопического метода позволило добиться минимальной длины кожного разреза, стало возможным выделение большой подкожной вены на всём протяжении.

Имея опыт подобных операций, мы решили использовать данную методику в хирургии терминальной почечной недостаточности. В данной статье мы приводим клинический случай успешного формирования постоянного сосудистого при помощи аутовенозного трансплантата – большой подкожной вены, выделенной эндоскопическим путем.

Пациентка П., 63 года, поступила в плановом порядке в ГБУЗ ТОКБ №1, в отделение кардиохирургии №3 с диагнозом: ХБП 5д ст. ХПН терминальная стадия форма Па по Н.А.Лопаткину. Программный гемодиализ (октябрь 2014г). 09.2014г. формирование первичной АВ-фистулы на левое предплечье, тромбоз фистулы. 17.01.15г. формирование повторной АВ-фистулы на левое предплечье, дисфункция АВ-фистулы. 21.08.15г. формирование АВ-фистулы на правое предплечье, дисфункция АВ-фистулы. На момент поступления жалоб не предъявляла. Из анамнеза известно, что считает себя больной более 30 лет, когда впервые стала отмечать повышение давления, отечность нижних конечностей. В апреле 2014г. выставлена ХБП 5д стадии. В сентябре 2014г. Было выполнено формирование первичной дистальной АВ-фистулы на левой предплечье. В последующем тромбоз фистулы. 17.01.15 выполнено формирование повторной АВ-фистулы на левом предплечье. Дисфункция АВ-фистулы. 21.08.2015г. формирование дистальной АВ-фистулы на правом предплечье. В ноябре 2015г, после сеанса гемодиализа

продолжающееся кровотечение из АВ-фистулы. Выполнена экстренная операция 30.11.15г. – ревизия сосудистого пучка и шов вены. В последующем дисфункция АВ-фистулы. В настоящее время консультирована сосудистым хирургом ГБУЗ ТОКБ №1, госпитализирована планово, с целью формирования постоянного сосудистого доступа для гемодиализа. Status localis: Пульсация на артериях верхних конечностей отчетливая, симметричная. Периферические вены интактны. На левой верхней конечности в области нижней трети предплечья два послеоперационных рубца, воспалительных явлений не наблюдается. На правой верхней конечности, в области нижней трети предплечья послеоперационный рубец, по медиальной поверхности плеча послеоперационный рубец, без воспалительных изменений. По данным УЗДГ вен верхних конечностей выявлено, что диаметр поверхностных вен верхних конечностей не соответствует должному (меньше 2мм). В связи с неоднократными попытками формирования АВ-фистулы, множественными послеоперационными рубцами, данными УЗДГ вен верхних конечностей, принято решение о формировании дистального АВ-шунта аутовеной на левой верхней конечности. В качестве АВ-шунта решено использовать большую подкожную вену, выделенную эндоскопическим путём. Осуществлялось выделение большой подкожной вены в лоскуте с помощью эндоскопической установки Karl Storz – Endoskope. С левого бедра и голени выделена большая подкожная вена на протяжении эндоскопическим путем. Вена пересечена в дистальном отделе, перевязаны притоки большой подкожной вены. В дистальной трети левого предплечья продольным разрезом выделена лучевая артерия (d=3мм). Продольным разрезом в нижней трети левого плеча выделена вена Базилика (d=3мм). Подкожно на левом предплечье проведен аутовенозный шунт. Т-образный анастомоз вена-вена проксимально нитью пролен 6.0. Выполнена артериотомия. Анастомоз вены с артерией по типу «конец в бок» нитью пролен 7.0. Запущен кровоток. Пульсация и систолическое дрожание над фистулой отчетливые. Гемостаз. Послойное ушивание раны. Асептическая повязка. В послеоперационном периоде пациентка получала антикоагулянтную, антибактериальную и обезболивающую терапии. Послеоперационный период протекал без осложнений, швы заживают первичным натяжением, признаков воспаления нет. На пятые сутки после операции, пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии, для дальнейшего наблюдения в условиях амбулаторно-поликлинического звена.

Несмотря на успехи трансплантологии, количество пациентов, которым требуется проведение программного гемодиализа, с каждым годом растет. Контингент больных терминальной почечной недостаточностью зачастую сопровождается тяжелой сопутствующей патологией и декомпенсацией хронических заболеваний, из-за длительного пребывания на программном амбулаторном гемодиализе. В связи с чем, данных пациентов относят к группе повышенного риска развития различных интраоперационных и послеоперационных осложнений при оперативных вмешательствах. Учитывая все вышесказанное, у пациентов с терминальной почечной недостаточностью необходимо стремиться к минимизации оперативного вмешательства. Данному требованию отвечают малоинвазивные методики, в том числе эндоскопическое выделение большой подкожной вены при формировании постоянного сосудистого доступа для хронического гемодиализа. При грамотном и корректном исполнении этой методики, качество кондуита не отличается от традиционного, открытого метода забора, и у больных с ХПН наиболее целесообразно в виду меньшей травматизации и более быстрого периода реабилитации.

Вывод: Методика эндоскопического выделение большой подкожной вены, в качестве ауотрансплантата для формирования постоянного сосудистого доступа не описана в литературных источниках. Приведенный клинический случай является инновационным в способах формирования артериовенозных шунтов. Эндоскопическое выделение большой подкожной вены, при корректном исполнении этой методики не отличается от открытого метода забора, к тому же имеет все преимущества малоинвазивных методик, что в свою очередь наиболее приемлемо применять у пациентов с хронической почечной недостаточностью.

**ОДНОВРЕМЕННОЕ СОЧЕТАНИЕ ОТКРЫТЫХ И ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЯХ:
НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ**

Светликов А.В.^{1,2}

1) ФГБУЗ «КБ № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России» г. Санкт-Петербург, Россия

2) ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» МЗ РФ

В 1994 году впервые использован термин «гибридные» сосудистые операции для обозначения комбинации эндоваскулярных и традиционных хирургических методик в лечении больных с атеросклерозом (Marin ML, Veith FJ, 1994). На сегодняшний день, по данным различных центров, от 5% до 21% сосудистых вмешательств при атеросклерозе нижних конечностей выполняются с применением гибридного подхода, и это количество продолжает неуклонно расти (Dosluglu НН, 2010).

Известные методы визуализации, такие как дуплексное сканирование, КТ-, МРТ – ангиография в случае выполнения гибридных вмешательств используются в ином уже : качестве, в том числе для следующих целей:

- Планирование этапов гибридного вмешательства и выбор необходимых доступов.
- Оценка продолжительности вмешательства и необходимости того или иного вида анестезиологического пособия.
- Осуществление подбора необходимого расходного материала (длина системы доставки, диаметры баллонов и стентов и пр.)
- Контроль исходного состояния путей оттока

Дуплексное сканирование используется, в частности, для дооперационной диагностики (характер и локализация поражения), предоперационного картирования (бифуркация бедренной артерии), интраоперационного контроля (пункция непальсирующей артерии, эффект реконструкции) и, безусловно, динамического наблюдения оперированных сосудов.

В нашем отделении выполняются несколько вариантов гибридных вмешательств.

К ним относятся следующие ситуации:

1. Поражение подвздошной и бифуркации бедренной артерии
2. Поражение подвздошной артерии и бедренно-подколенного сегмента.
3. Поражение подвздошно-бедренного сегмента и берцовых артерий.
4. Ангиопластика и стентирование подвздошной артерии, экстранатомическое бедренно-бедренное шунтирование
5. Эндопротезирование аневризм брюшной аорты с сочетанием реконструкции подвздошной и бедренной артерии
6. Мультифокальное поражение брахиоцефальных артерий.
7. Аневризма грудного отдела аорты с вовлечением брахиоцефальных артерий (дебранчинг – деветвизация и эндопротезирование)

В работе отделения сосудистой хирургии Клинической больницы № 122 им. Л.Г. Соколова за 2014-2015 годы гибридные технологии заняли значительное место.

- Гибридные вмешательства – 22%
- Ангиопластика, Стентирование – 36%
- Открытые операции – 42 %

(и в этом случае силами сосудистых хирургов всем пациентам выполняется пред- и интраоперационная ангиография). Таким образом, соотношение открытых и эндоваскулярных операций в отделении составило 42%: 58%.

Заключение.

Гибридные операции:

1. Объединяют преимущества открытых и эндоваскулярных вмешательств (дополняя друг друга)
2. Позволяют вовремя выявить дефекты открытых операций и сразу их ликвидировать миниинвазивным путем

3. Значительно уменьшают операционную травму и время выполнения вмешательства
4. Расширяют контингент оперированных за счёт пациентов с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями
5. Улучшают отдалённые результаты выполняемых вмешательств

НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ В ЛЕЧЕНИИ АНЕВРИЗМ ИНФРАРЕНАЛЬНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Светликов А.В.

*СЗГМУ им И.И. Мечникова,
ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 имени Л.Г. Соколова ФМБА РФ,
г. Санкт-Петербург, Россия*

В последние годы наблюдается рост числа больных с аневризмами аорты, а наиболее частой локализацией является ее абдоминальный отдел (29-37,8%). Согласно «Национальным рекомендациям по ведению пациентов с аневризмами брюшной аорты» (2011): «Аневризма брюшной аорты (АБА) – дилатация или расширение аорты более 3 см, что соответствует двум стандартным отклонениям от среднего диаметра у мужчин и женщин», - и далее: «Еще один способ определить АБА – максимальный диаметр аорты в 1,5 раза больше, чем ожидаемый нормальный диаметр инфраренальной аорты». В основе развития АБА лежат заболевания стенки аорты, при которых происходит протеолитическая деградация эластина и коллагена, сопровождающаяся расширением просвета аорты и потенциальным риском разрыва её стенки. Разрывы АБА в 75-90% случаев заканчиваются гибелью больного, летальность при хирургическом лечении осложненных форм достигает 70 % и более. Разрыв АБА занимает десятую строку в списке причин смерти у мужчин в возрасте старше 65.

Известно, что бессимптомные АБА с диаметром превышающим 5,5 см и/или при росте диаметра аневризмы более 7 мм за 6 месяцев или 1 см в год являются показаниями для хирургического лечения, тогда как в случаях небольших размеров и медленного роста необходимо осуществлять наблюдение за аневризмой с помощью ультразвуковой диагностики или компьютерной томографии. Однако прогностическая значимость результатов визуализации диаметра и скорости роста далеки от совершенства. Многие пациенты с аневризмами, превышающими 5,5 см в диаметре, живут достаточно долго и умирают от состояний не связанных с разрывом аорты. В тоже время нарушение целостности стенки аорты и последующим разрывом аневризмы, может возникать в случаях, когда диаметр АБА меньше 5,5 см. Кроме того, связь риска разрыва с высокой скоростью роста до сих пор не была подтверждена крупными популяционными исследованиями. По этим причинам необходимо осуществлять поиск новых параметров предвестников разрыва и методов их визуализации, которые позволили бы более адекватно прогнозировать течение аневризмы и своевременно оценивать необходимость хирургического вмешательства.

В представляемом докладе обсуждается роль внутрисосудистого тромба в прогрессировании и разрыве аневризмы аорты.

Ранее, в течение длительного времени рассматривался больше как неактивный компонент аневризмы брюшного отдела аорты, в связи с чем, на него обращали мало внимания при оценке данных основных методов визуализации аневризмы. Появляется все больше доказательств того, что ВПТ может влиять на рост АБА и увеличивать риск ее разрыва.

Обсуждается тезис, что усилия должны быть направлены не только на техническое улучшение возможностей эндопротезирования аневризм но, прежде всего, на изучение патогенеза аневризм и воздействие на те или иные механизмы их роста.

Аневризмы аорты являются генетически детерминированным заболеванием. Можно предположить, что в настоящее время не до конца известны все гены, кодирующие аневризматические изменения в артериях. Форма, вид и локализация аневризмы также определяется набором генов, имеющихся у каждого из пациентов

Атеросклероз и аневризмы, очевидно, - разные заболевания, развивающиеся параллельно. Более того, вероятно, процессы происходящие при развитии аневризм аорты активируют и провоцируют развитие атеросклероза других локализаций

По-видимому, будущее - за индивидуальным математическим моделированием и анализом локализации пика стресса, который испытывает стенка аорты конкретного пациента. Использование в будущем возможностей мультиэнергетического томографа возможно позволит индивидуально оценивать риск такого наиболее тяжелого осложнения как разрыв аневризмы.

Таким образом, назрела необходимость в организации национальной программы скрининга аневризм и образовании Российского научного комитета по изучению патогенеза аневризм аорты совместно с заинтересованными обществами для разработки новых направлений по профилактике и лечению этого фатального заболевания.

КАРОТИДНАЯ ЭНДАРТЕРАТОМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОККЛЮЗИЕЙ ПРОТИВОПОЛОЖНОЙ ВСА И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Светликов А.В.^{1,2}, Сорокоумов В.А.^{3,4}, Богатенкова Ю.Д.^{3,4}, Лукин С.В., Шаповалов А.С.¹

1. Отделение сосудистой хирургии. Клиническая больница № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА РФ. Санкт-Петербург, Россия.

2. Санкт-Петербургский Северо-Западный Медицинский университет им. И.И. Мечникова, кафедра общей хирургии. Санкт-Петербург, Россия.

3. Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет им. И.П. Павлова, кафедра неврологии и нейрохирургии

4. Консультативно-диагностический центр № 1, Санкт-Петербург. Россия

Цель работы: Показать возможности мультидисциплинарного подхода в профилактике инсульта в многопрофильном стационаре, необходимость организации специализированного Центра профилактики инсульта, результаты выполнения операций у пациентов пожилого возраста и с окклюзией противоположной ВСА.

Материалы и методы: за период с марта 2013 по октябрь 2015 года в отделении сосудистой хирургии Клинической больницы № 122 им. Л.Г. Соколова выполнено 378 операций по поводу поражения артерий каротидной зоны.

Результаты:

Задачами Центра по профилактике инсульта Клинической больницы №122 являются активная информационная политика о возможностях Центра, привлечение неврологов, кардиологов, врачей диагностических Центров города

Сосудистые хирурги совместно с ангионеврологами, кардиологами, специалистами функциональной диагностики выявляют пациентов с потенциально опасным поражением брахиоцефальных артерий, устраняют с помощью хирургических методов (открытой каротидной эндартерэктомии или стентирования) источник возможного в ближайшем времени инсульта. В дальнейшем происходит передача пациента специалистам ангионеврологам на дальнейшее лечение и реабилитацию

Работа Центра профилактики инсульта начинается с приема пациентов врачом-координатором, который собирает анамнез, заполняет анкеты, в результате выявляется пациенты из группы риска и необходимость выполнения ангиосканирования брахиоцефальных сосудов.

По результатам детального обследования пациент направляется к профильному специалисту или на плановое хирургическое вмешательство. Данные всех пациентов заносятся в базу данных и при наличии показаний в дальнейшем они приглашаются для планового контрольного обследования, консультации.

Средняя продолжительность операции составила 63 мин. (40-82 мин.). Нахождение в отделении интенсивной терапии составило не более 1 суток. Длительность пребывания в стационаре после операции достигало в среднем 7 (2-11) суток. Летальных исходов послеоперационном периоде не наблюдалось. В одном случае у пациента 77 лет произошла транзиторная ишемическая атака, неврологический дефицит регрессировал в течение 3 часов после операции.

Перед КЭАЭ у асимптомного пациента проводится оценка неврологического статуса, тест MMSE, КТ/МРТ головного мозга. У симптомного пациента дополнительно проводится оценка по шкалам (NIHSS, индекс Бартел) до вмешательства и в 1-2 сутки после вмешательства. Эти данные позволяют количественно оценить течение периоперационного периода.

Оперированные пациенты направляются на реабилитацию и также в плановом порядке им выполняется ангиосканирование и консультация

Выводы:

На основании опыта работы Центра были сформулированы условия успеха по профилактике инсульта в многопрофильном стационаре:

Обеспечение квалифицированного фильтра первично обратившихся пациентов;

Наличие современной диагностической аппаратуры (в том числе церебрального оксиметра) и специалистов ангионеврологов, кардиологов работающих в связке с сосудистыми хирургами;

Возможность проведения экстренных исследований в круглосуточном режиме;

Современная операционная;

Квалифицированные анестезиологи и медсестры;

Послеоперационный мониторинг в ПИТ;

Создание архива наблюдаемых, регулярное обследование прооперированных пациентов.

На основании работы отделения сосудистой хирургии Клинической больницы № 122 им. Л.Г. Соколова можно сделать вывод об эффективности организации специализированного Центра, безопасности выполняемых операций брахиоцефальной зоны, в том числе у пациентов с окклюзией противоположной ВСА и пожилого возраста.

ТРОМБОЛИЗИС И СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ ИЛЕОФЕМОРАЛЬНОМ ФЛЕБОТРОМБОЗЕ: ПОКАЗАНИЯ И ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ

Светликов А.В.^{1,2}, Шаповалов А.С.¹, Ишпулаева Л.Э.³

1. *Отделение сосудистой хирургии. Клиническая больница № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА РФ. Санкт-Петербург, Россия.*
2. *Санкт-Петербургский Северо-Западный Медицинский университет им. И.И. Мечникова, кафедра общей хирургии. Санкт-Петербург, Россия.*
3. *Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет им. И.П. Павлова,*

Тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей и связанные с ним венозные тромбозомболические осложнения (ВТЭО) являются одной из наиболее значимых проблем общественного здравоохранения [White R.H., 2003]. Серьезным последствием ТГВ, особенно в случаях илеофemorального тромбоза (ИФТ), является развитие хронической венозной недостаточности (ХВН) и посттромботического синдрома (ПТС) [Kahn SR., 2012]. На сегодняшний день, в лечении ИФТ представляется возможным комплексный подход, включающий консервативную терапию и различные методы восстановления проходимости венозного русла. По данным международных рекомендаций, тромболитическая терапия острой стадии ИФТ является «методом выбора» (American Heart Association, 2010). Региональный катетерный тромболизис (РКТ) и фармакомеханический катетерный тромболизис (ФМКТ) признаются исследователями наиболее эффективными методами, однако вопрос о сроках их проведения остается предметом научной дискуссии. На основании «Российских клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронических заболеваний вен» [Флебология, 2013] срок возможного применения тромболитической терапии не превышает 5 суток. Однако, в отечественных рекомендациях не проводится дифференциация между системным и РКТ, обладающим явными преимуществами в эффективности и безопасности использования. По данным «Руководства по лечению илеофemorального тромбоза» (American Heart Association, 2011) РКТ успешен у пациентов с тромбозом давностью не более 10-14 дней. В повседневной клинической практике большая часть пациентов с ТГВ поступает на сроки, превышающих рекомендованный диапазон для проведения тромболизиса, а во многих случаях оценить давность тромбоза представляется крайне затруднительным.

Цель: Продемонстрировать случаи клинически успешного РКТ и ФМКТ в лечении ИФТ глубоких вен нижних конечностей на сроках, превышающих 5 дней от начала заболевания.

Материал и методы: Проведена оценка результатов лечения пациентов с применением тромболитической терапии на отделении сосудистой хирургии Клинической больницы № 122 им. А.Г. Соколова. В 3 случаях, в связи с выраженной формой венозной недостаточности, РКТ проведен у пациентов с ИФТ на сроках, превышающих рекомендованные. В первом случае РКТ начат на 11 сутки от первичной манифестации ТГВ. Инфузия урокиназы проводилась в течение 48 часов (общая дозировка составила 4 млн 700 тыс МЕ). Во втором случае ФМКТ (Fountain «Merit») начат на 18 сутки от начала заболевания, длительность инфузии урокиназы составила 36 часов (3 млн 300 тыс МЕ). Результаты: Во всех случаях был достигнут парциальный лизис тромботических масс подвздошно-бедренного сегмента с полным регрессом явлений венозной недостаточности. Проведенная тромболитическая терапия позволила с высокой достоверностью выявить синдром экстравазальной компрессии подвздошной вены (синдром Мей-Тернера), как основной патогенетический механизм развития ИФТ в представленных случаях. В двух из указанных наблюдений для профилактики рецидива заболевания потребовалась имплантация венозного стента подвздошных вен.

Выводы: Полученные данные позволяют с оптимизмом смотреть в сторону дальнейшего внедрения методик РКТ и ФМКТ в профилактике развития ПТС у пациентов с ИФТ. Целесообразным выглядит пересмотр рекомендуемых сроков проведения тромболитической терапии в зависимости от применяемых методик лизиса (РКТ, ФМКТ, системный тромболитизис). Несомненно, необходимо дальнейшее накопление опыта и анализ отдаленных результатов лечения имеющихся методик тромболитизиса с целью создания современного алгоритма лечения пациентов с ИФТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕСТНЫХ ГЕМОСТАТИКОВ В КАРДИОХИРУРГИИ

Серажитдинов А.Ш.¹, Фокин А.А.², Гасников А.В.¹, Логаненко Д.И.¹,
Малиновский Ю.В.¹, Надвиков А.И.^{1,2}, Нуждин М.Д.¹, Верещагин П.К.¹,
Пупков В.С.¹, Хисамутдинов Д.А.¹, Асатрян Г.М.¹,

1. ГБУЗ ЧОКБ, Челябинск, Россия, Центр хирургии сердца и сосудов

2. ГБОУ ВПО ЮУрГМУ Минздрава России, ГБУЗ «ЧОКБ», Челябинск, Россия

Цель исследования: оценка эффективности применения местных гемостатиков в кардиохирургии.

Материалы и методы: С апреля 2013 года мы стали активно использовать различные местные гемостатики производства фирмы «Джонсон и Джонсон» при кардиохирургических вмешательствах. «Ступенчатое» использование местных гемостатиков, начиная от доступа и заканчивая ушиванием раны, позволило нам, значительно снизить объёмы кровопотери во время операции и в послеоперационном периоде. «Ступенчатое» использование местных гемостатиков подразумевает под собой, использование определённого вида местного гемостатика на определённом этапе операции.

Особое внимание заслуживают операции на восходящей аорте и повторные вмешательства, требующие кардиолиза. За 2013-2015 годы мы выполнили 37 вмешательств на восходящей аорте, при которых было необходимо выполнение протезирования восходящей аорты клапаносодержащим кондуитом. При трёх вмешательствах, типа операции «Бенталла», без использования биоклея «Ивисел», в 2 случаях нам потребовалось повторное подключение искусственного кровообращения для обнаружения источника кровотечения и остановки кровотечения. В дальнейшем, при стандартном использовании биоклея, для «обработки» корня аорты, и «пятачков», у нас не было случаев кровотечения из данных областей. Внимание заслуживают нестандартные ситуации, когда происходит разрыв миокарда ЛЖ или ранение стенки ЛП. В таких случаях, использование нескольких видов местных гемостатиков даёт добиться успеха для остановки кровотечения. Комплексное применение местных гемостатиков и шовного материала

ла, типа пролен, где диаметр иглы соответствует диаметру нити, позволяет добиться успеха, в виде снижения объёма кровопотери в интра- и послеоперационном периоде.

Результаты. «Ступенчатое» использование местных гемостатиков, позволило нам снизить объём кровопотери, интраоперационно, на 250,0-350,0 мл. и дренажные потери на 100,0-150,0 в послеоперационном периоде при стандартных операциях на сердце. При выполнении операций на восходящей, а также дуге аорте, использование местных гемостатиков, на различных этапах должно быть обязательным. Большое значение имеет использование биологических клеев-гемостатиков, т.к. без них значительно увеличивается кровопотеря, и риск неконтролируемого кровотечения в послеоперационном периоде.

Заключение. С апреля 2013 года мы стали активно использовать различные местные гемостатики производства фирмы «Джонсон и Джонсон» при кардиохирургических вмешательствах. Особенно активно стали их использовать, после обучения наших сотрудников в Казанском общеобразовательном центре, в реальных условиях на подопытных животных, воспроизводя реальные ситуации, с получением кровотечения, а затем останавливая её с использованием различных видов гемостатиков. Всё это помогло нам в дальнейшем использовать местные гемостатики при кровотечениях в реальных условиях, а также имея опыт применения, использовать их с профилактической целью. Набирая опыт, мы уже сами решали в каких случаях, следовать рекомендациям производителя, а в каких отходить от них и применять их по нашему опыту.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗОВ СОННЫХ АРТЕРИЙ В ОСТРЕЙШЕМ И ОСТРОМ ПЕРИОДАХ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Сокуренок Г.Ю., Шатравка А.В., Андрейчук К.А., Суворов С.А.,
Логинов И.А., Ризаханова М.Р.

*Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова
МЧС России, Городская больница № 26, г. Санкт-Петербург, Россия*

В настоящее время вопрос о необходимости выполнения каротидной эндартерэктомии в ранние сроки после перенесенного ишемического инсульта остается дискуссионным.

Цель исследования: провести анализ результатов операций – каротидных эндартерэктомий, выполненных в острейшем и остром периодах ишемического инсульта.

Материалы и методы.

За период с апреля 2010 по апрель 2015 года нами было выполнено 145 операций на экстракраниальных артериях пациентам в сроки от 2 до 14 дней после перенесенного ишемического инсульта и 15 операций тромбэндартерэктомии у больных с тромбозом ВСА в острейшем периоде ОНМК.

Средний возраст пациентов составил $57 \pm 7,5$ лет (44-79 лет). Из них работающих было 67 (41,9%). Соотношение мужчин и женщин составило 2:1. Неврологический дефицит оценивался по модифицированной шкале Рэнкин. У пациентов, оперированных в сроки от 2 до 14 суток после начала ОНМК неврологический дефицит оценивался в 3 балла и ниже. У 15 больных, оперированных в связи с тромбозом внутренней сонной артерии в сроки до 6 часов от начала развития ОНМК, неврологический дефицит оценивался в 4-5 баллов.

Гемодинамически значимые стенозы бифуркации общей сонной и/или устья внутренней сонной артерии 60-90% (по NASCET) были выявлены у 104 (65%) человек. Критический стеноз 90-99% - у 41 (25%) пациента. У 15 (10%) пациентов был диагностирован тромбоз внутренней сонной артерии в проксимальной и средней трети с сохраненным просветом в дистальных ее отделах. Системный тромболизис в день поступления в стационар был выполнен 24 (15%) пациентам.

Методы исследования включали цветное дуплексное сканирование экстракраниальных артерий, транскраниальную доплерографию, компьютерную томографию головного мозга и мультиспиральную компьютерную томографию в режиме ангиографии экстра- и интракраниальных артерий.

Каждый пациент наблюдался как до операции, так и после операции совместно с неврологом. Показания к операции определялись после совместного клинического разбора. Наличие

неврологического дефицита более трех баллов по шкале Рэнкин (за исключением группы с острым тромбозом внутренней сонной артерии) и очага инфаркта по данным компьютерной томографии, превышающего 1/3 площади полушария головного мозга считали противопоказаниями к ранним операциям.

Все операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде у 5 (3,1%) больных развилось ОНМК, в одном случае – фатальное, причем 3 (1,9%) из этих пациентов, перенесших периоперационное ОНМК, были в группе оперированных по поводу тромбоза внутренней сонной артерии.

Регресс неврологического дефицита в течение 10 дней лечения в стационаре произошел у 105 пациентов (65,6%). В течение полугода у 102 больных (63,8%) отмечался регресс неврологической симптоматики (Рэнкин 0-1). Следует отметить, что у выживших после тромбэктомии из ВСА отмечен полный регресс неврологической симптоматики в течении двух недель. В течение полугодового наблюдения 2 пациента умерли от острого инфаркта миокарда. Через полгода к прежней работе вернулись 38 (56,7%) из 67 работающих. Ни у одного пациента не было повторного ОНМК в течение этого периода.

Обсуждение. В настоящее время вопрос о необходимости выполнения каротидной эндартерэктомии в как можно более ранние сроки после перенесенного ишемического инсульта остается открытым. В проведенной нами работе доказана целесообразность выполнения этой операции в ранние сроки после операции и безопасность выполнения данной процедуры. Летальность и частота развития периоперационных и повторных ОНМК не превышает таковую, наблюдаемую при плановых операциях.

Выводы: Каротидная эндартерэктомия, выполненная в остром периоде ишемического инсульта, является эффективным и безопасным методом профилактики развития повторных ишемических инсультов.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КЛОПИДОГРЕЛА И ТИКАГРЕЛОРА В СОСТАВЕ ДВОЙНОЙ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА БУЗОО «ОКБ»

Сорокина Е.А., Ситников Г.И., Корсаков М.В., Воробьева И.А., Бобров В.С.

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Областная клиническая больница», г. Омск*

Цель исследования. Оценить частоту тромботических осложнения (тромбоз стента, формирование тромба в полости левого желудочка) у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) и инвазивной стратегией лечения, получающих клопидогрел или тикагрелор в составе двойной антиагрегантной терапии.

Материалы и методы исследования. Изучены все клинические случаи (n=567) пациентов с ОКС, которым выполнялась эндоваскулярная реваскуляризация в порядке неотложной помощи в условиях Регионального сосудистого центра БУЗОО «ОКБ», работающего в круглосуточном режиме, за 2014 – 2015 гг. В исследуемой популяции было 444 мужчины (78,3%) и 123 женщины (21,7%). Средний возраст составил $59,8 \pm 10,2$ лет ($M \pm \sigma$). Пациентов с подъемом сегмента ST всего было 359 (63,3%). В исследование было включено 139 (24,5%) больных с нестабильной стенокардией и 428 (75,5%) с инфарктом миокарда. В 261 (46,0%) случаев выполнялась полная реваскуляризация, в 306 (54,0%) частичная.

Были выделены следующие группы пациентов: 1) группа №1 - пациенты, которым в составе двойной терапии назначался клопидогрел и аспирин (n=458, 80,1%), 2) группа №2 – тикагрелор и аспирин (n=109, 19,2%). При этом пациенты обеих групп достоверно не различались по возрасту и полу. В группу №2 вошли более тяжелые пациенты по совокупности признаков: (1) пациентов с подъемом сегмента ST было 79 (72,5%) в группе 2 и 280 (61,1%) в группе 1, критерий $\chi < 0,05$; (2) в группе 2 пациентов с инфарктом миокарда было 93 (85,3%), с нестабильной стенокардией 16 (14,7%), в группе 1 соответственно 335 (73,1%) и 123 (26,9%), критерий

$\chi < 0,01$. В группе 2 полная реваскуляризация была выполнена у 36 больных (33,0%), в группе 1 у 225 (49,1%), критерий $\chi < 0,01$.

Результаты исследования. (1) Частота случаев тромбоза стента составила 17 (3,7%) в группе 1, 2 (1,8%) в группе 2. (2) Наличие тромбов в полости левого желудочка у пациентов с инфарктом миокарда выявлено у 12 (3,6%) больных в группе 1 и у 4 (4,3%) больных в группе 2. Рецидивирование ангинозных болей в послеоперационном периоде отмечено у 69 (15,0%) больных в группе 1 и у 10 (9,2%) в группе 2. Различия частотных показателей по критерию χ не являются статистически достоверными, однако отмечена тенденция к меньшей частоте случаев тромбоза стента в группе тикагрелора, несмотря на наличие в этой группе более тяжелых пациентов, а именно большего числа больных с подъемом сегмента ST, являющегося диагностическим признаком окклюзирующего тромбоза коронарной артерии, относительный риск $RR=0,49$. В группе 2 также было меньше случаев рецидивирования ангинозных болей в послеоперационном периоде, несмотря на меньший процент пациентов с полной реваскуляризацией миокарда, $RR=0,61$. Частота выявления тромбов в полости левого желудочка была больше в группе 2, $RR=1,40$, что, наиболее, вероятно, определяется большим числом в группе тикагрелора пациентов с подъемом сегмента ST и, как следствие, трансмурального повреждения миокарда. Вместе с тем, по данным литературы, частота тромбов в полости левого желудочка составляет 30-40% при передне-верхушечной локализации инфаркта и 5-15% при ранней реваскуляризации и агрессивной антикоагулянтной терапии [Delewi R. Et al., 2012]. Соответственно, проводимые мероприятия по реваскуляризации миокарда в обеих группах пациентов (1 и 2) в сочетании с двойной антиагрегантной терапией и использованием антикоагулянтов, были эффективными в отношении профилактики развития тромбоза миокарда при инфаркте миокарда.

Выводы. 1. Проведенное когортное исследование демонстрирует преимущества двойной антиагрегантной терапии с использованием тикагрелора в отношении двойной антиагрегантной терапии с использованием клопидогрела у пациентов с острым коронарным синдромом с инвазивной стратегией лечения в отношении профилактики тромбоза стента, рецидивов боли в грудной клетке в послеоперационном периоде, которые должны быть подтверждены на большей популяции больных. 2. Ранняя реваскуляризация миокарда у пациентов с острым коронарным синдромом в сочетании с антикоагулянтной и двойной антиагрегантной терапией, независимо от использования в ее составе клопидогрела или тикагрелора, является эффективной в отношении формирования тромбов в полости левого желудочка при инфаркте миокарда.

ЭНДОМИОКАРДИАЛЬНАЯ БИОПСИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ МИОКАРДА

Сощенко Д.Г., Фокин А.А., Михайлов Е.В.

*ГБОУ ВПО ЮУГМУ, кафедра хирургии ФДПО,
кафедра поликлинической терапии и клинической фармакологии,
НУЗ ДКБ ОАО «РЖД» на ст. Челябинск,
г. Челябинск, Россия*

Эндомиокардиальная биопсия (ЭМБ) – метод прижизненной диагностики заболеваний сердца. Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск – единственный стационар, где выполняется эндомиокардиальная биопсия. Обеспечение для проведения биопсии миокарда: цифровой ангиографический комплекс, электрокардиограф, электродефибриллятор, биопсийные щипцы (биотом), гистологическая лаборатория.

Методика проведения стандартная: в условиях рентгеноперационной, под местной анестезией. Доступы: внутренняя яремная вена, подключичная вена, бедренная артерия или вена. Осложнения при проведении манипуляции, описанные в литературе: перфорации - 0,05%, эмболии, нарушения ритма и проводимости, повреждения клапанов, ваго-вагальные реакции, пневмоторакс. Противопоказания: наличие внутрисердечного тромбоза, активный эндокардит, тяжелая сердечная недостаточность, требующая внутривенной инотропной поддержки, блокады ножек пучка Гиса при контрлатеральной блокаде, традиционные противопоказания к катетеризации сердца.

Показания для ЭМБ: диагностика антрациклиновой кардиомиопатии (АКМП), дифференциальный диагноз дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) и кардиоমেгалий вообще, отторжение аллографта у больных после трансплантации сердца. В литературе обсуждаются показания: диагностика и оценка терапии миокардита, этиология ДКМП, генеза сердечной недостаточности, выявление специфических заболеваний – амилоидоз, саркоидоз, гемохроматоз, эндомиокардиальный фиброз, фиброэластоз, карциноид, ревматический кардит, лучевые поражения, болезни накопления гликогена, первичные опухоли сердца, опухоли внесердечные, токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция и т.д.

Материалы и методы: В период с 2009 по 2015гг в ДКБ ОАО РЖД выполнено 22 биопсии миокарда работающим железнодорожникам с целью дифференциальной диагностики. Все 22- мужчины, средний возраст – 48 лет. 13 пациентов направлены с комиссии с аритмиями неясного генеза (преимущественно – желудочковая экстрасистолия), 4 – с клиникой кардиалгии (не исключалась стенокардия), 3 больных с патологическими зубцами Q на ЭКГ, выявленные в первые в динамике (дифдиагноз с постинфарктными изменениями), у двоих больных выявлены ишемические изменения при велоэргометрии. Всем пациентам выполнялась сцинтиграфия миокарда в покое и при нагрузке, при которой выявлены нарушения гемоперфузии как при нагрузке, так и в покое, причем у 16 больных отмечалась гипоперфузия в покое общей площадью более 10%. Всем пациентам предварительно выполнялась коронарография, при которой выявлены изменения: стенозы более 50% у двоих больных, стенозы менее 50% у 20 больных (у 8 из них – отсутствие стенозов коронарного русла). Методика проведения биопсии стандартная – под местной анестезией 0,5% раствором лидокаина трансюгулярным доступом справа через интродьюсер в полость правого желудочка проведены биопсийные щипцы Biopsy Forceps 5,5 F – 50 см фирмы «Cordis». Взяты 6-8 биоптатов – из верхушки, межжелудочковой перегородки и из свободной стенки. Биоптаты помещены в раствор формалина, доставлены в гистологическую лабораторию. Гистологические препараты представлены тканевыми срезами, окрашенными гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван-Гизону, фукселинлитиевым кармином по Вейгерту, азотнокислым серебром по Гомори.

Результаты:

1. По данным гистологии, у 5 больных диагностированы изменения, характерные для ИБС, у 17 – миокардит различной стадии и степени выраженности лимфоцитарной инфильтрации и кардиосклероза. Полученные морфологические данные позволили сформулировать уточненный клинический диагноз и в соответствии с ним скорректировать проводимую терапию.
2. Морфологические повреждения структур сердца, выявленные гистологически не имеют специфичности критериев ЭКГ и ЭХОКГ.
3. В целом, эндомиокардиальная биопсия - относительно безопасный и надежный метод диагностики поражений миокарда.

ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ПОСЛЕ ИНТРАКОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Стойко О.А., Каюкова А.И., Стогний Н.Ю.

ГБОУ ВПО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень

Цель. Оценить частоту развития послеоперационных осложнений у пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСБПST), связь с показателями АДФ-агрегации тромбоцитов.

Материалы и методы. В исследование включили 120 пациентов. Для установления диагноза использовали клинические и лабораторные показатели, данные коронароангиографии (КАГ). Измерение АДФ-агрегации тромбоцитов проводилось на агрегометре CHRONO-LOG (модель 590) с лиофилизированным препаратом АДФ - аденозин-дифосфатом. Риск неблагоприятных сердечно-сосудистых осложнений в период госпитализации оценивался по шкалам GRACE и CRUSADE. Различия считались достоверными при двустороннем уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. Мужчин было 90 (75%). Широко распространены традиционные факторы риска ИБС: курили 48 (40%) пациентов, артериальная гипертония (АГ) зарегистрирована у 105 (87%) пациентов, сахарный диабет (СД) у 27 (22,5%) пациентов, индекс Кетле ≥ 25 кг/м² у 109 (91%) пациентов, ИБС у 77 (64%), треть пациентов имели ИМ в анамнезе. Все пациенты на этапе СМП получили аспирин, из них 73% (88) аспирин+клопидогрель. Изменения по ЭКГ отмечалось у 92% пациентов. Тропонин Т $\geq 0,05$ нг/дл определялся в 50% случаев, ЛПНП $\geq 1,8$ ммоль/л у 96 (80%) пациентов. По шкале кровотечения CRUSADE 94% больных имели до 40 баллов. По шкале GRACE пациенты были разделены на группы высокого (GRACE >140) -75%, среднего (GRACE <140)-13% и низкого риска (GRACE <109)-12%. Всем больным было показано проведение КАГ. **Перед процедурой** (в основном, правым трансрадиальным доступом-95%) **больным назначалась нагрузочная доза аспирина (160-325 мг)+клопидогрела (300-600 мг), либо тикагрелора (180мг).** Гемодинамически значимое сужение КА $\geq 50\%$ выявлено у всех пациентов, у 106 (88%) пациентов встречались стенозы КА более 75%. Однососудистое поражение КА в 9 случаях (7,5%), двусосудистое у 19(15,8%) больных, многососудистое - в 93 (77%) случаях. По локализации преобладало поражение ПНА. Согласно данным КАГ причиной возникновения ОКСБПСТ у 8 (6,6%) пациентов был рестеноз. Всем больным установили стенты, в 45% случаев с лекарственным покрытием. 9 (7,5%) пациентам одномоментно имплантировали стенты в 2 КА. Пациенты получали стандартное медикаментозное лечение ОКС, включающую двойную антитромбоцитарную терапию. Нестабильная стенокардия диагностирована у 60 пациентов, инфаркт миокарда без подъема сегмента ST у 60 больных. В качестве контрольной группы определили агрегацию тромбоцитов у 20 здоровых людей, данные варьировали от 4 до 12 Ом (6,8 \pm 1,6 Ом). У наблюдавшихся исходная АДФ – агрегация тромбоцитов регистрировалась в диапазоне 0-20 Ом. Было выделено 2 группы больных: с низкой реактивностью тромбоцитов (0-5 Ом) – 90 (75%), т.е. НРТ и с высокой остаточной реактивностью тромбоцитов (6-20 Ом) – 30 (25%), т.е. ВОРТ. Послеоперационные пульсирующие гематомы регистрировались у 4 (4,3%) больных с НРТ и у 1(3,4%) с ВОРТ (p=0,7). При этом достоверно чаще гематомы возникали у пациентов, принимавших тикагрелор, в сравнении с клопидогрелом (p=0,01). Ранняя постифарктная стенокардия зарегистрирована у 4 пациентов, возвратная стенокардия у 1 больного, рецидив ИМ – у 3 пациентов. Зарегистрирован 1 случай ишемического инсульта на 2-й день после ЧКВ. Выявлено, что развитие ишемических осложнений чаще регистрировалось у больных с ВОРТ (p $<$ 0,05).

Заключение. Развитие геморрагических осложнений (послеоперационных пульсирующих гематом - 4%) у пациентов с ОКСБПСТ, перенесших ЧКВ не зависело от функциональной активности тромбоцитов. Данный вид осложнения чаще регистрировался у пациентов, принимавших тикагрелор, что связано с механизмом действия препарата. Тикагрелор, в отличие от клопидогрела, действует непосредственно на P2Y₁₂-рецептор к АДФ и не требует метаболической активации в печени, тем самым обладает более быстрым и выраженным влиянием на ингибирование агрегации тромбоцитов. Риск возникновения госпитальных ишемических осложнений у больных ОКСБПСТ достоверно зависел от ВОРТ (p $<$ 0,05). Наши результаты подтверждаются данными международных исследований (ADAPT-DES, TRIAGE). Так, в многоцентровом исследовании ADAPT-DES с участием 8583 пациентов было выявлено, что высокая остаточная реактивность тромбоцитов, определяемая с помощью наборов VerifyNow, была независимым предиктором раннего тромбоза стента (ОР:3.00, 95% ДИ:1.39 – 6.49, p=0,005).

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОГО ПОРАЖЕНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Султаналиев Т.А., Сагандыков И.Н., Сулейменов С.С., Етекбаев А.С.

*АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии»,
г. Астана, Казахстан.*

С 2014 по 2015 год по поводу сочетанного поражения сонных артерий оперировано 30 больных. Выполнялась эверсионная каротидная эндартерэктомия из НСА и ВСА. Проксимальный и дистальный отрезки общей сонной артерии сегментарно иссекались в косом направле-

нии. Затем иссеченные концы сопоставляли для восстановления прямолинейного хода и беспрепятственного кровотока в ипсилатеральной зоне каротидного бассейна.

Актуальность. Проблема лечения цереброваскулярной недостаточности является одной из важнейших как в медицинском, так и в социальном плане для всех развитых стран мира. Среди причин возникновения недостаточности мозгового кровообращения на первом месте стоит атеросклеротическое поражение церебральных сосудов. В настоящее время патологическая извитость внутренней сонной артерии (ПИВСА) занимает второе место среди причин, обуславливающих развитие хронической сосудисто-мозговой недостаточности (ХСМН).

Термин «патологическая извитость» является обобщающим названием патологического изгиба сосуда. Наиболее грозным осложнением ПИВСА является ишемический инсульт в зоне, кровоснабжающейся данной артерией. В настоящее время каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ) и устранение патологической извитости внутренней сонной артерии являются наиболее часто выполняемыми реконструктивными операциями на брахиоцефальных артериях.

Важнейшим условием успеха реконструкции каротидного бассейна является адекватная реваскуляризация головного мозга. Традиционными вариантами хирургической коррекции при изолированной ПИВСА считаются: 1) резекция избытка в проксимальной части с реимплантацией устья в бифуркацию общей сонной артерии - редрессация; 2) резекция пораженного сегмента ВСА с восстановлением целостности сосуда анастомозом «конец в конец»; 3) протезирование ВСА.

Известные в литературе методы реконструкций деформации сонных артерий, в основном, имеют место при наличии изолированной ПИВСА. Однако нередко имеется сочетание атеросклеротического процесса каротидной зоны и ПИВСА. В этом случае применим лишь один вид реконструкции - метод эверсии и редрессации ВСА.

Материал и методы. С 2014 по 2015 год по поводу сочетанного поражения сонных артерий оперировано 30 больных, у которых выявлено атеросклеротическое поражение сонных артерий в сочетании с патологической извитостью ВСА. Мужчин 21(70%), женщин 9 (30%).

Все операции выполнялись под регионарной анестезией – блокадой шейного сплетения. Путем косо-поперечного пересечения ОСА ниже бифуркации проводили эверсионную каротидную эндартерэктомию из ОСА, ВСА и НСА, затем - пластику каротидного бассейна: проксимальный и дистальный отрезки общей сонной артерии сегментарно иссекают со стороны внутренней сонной артерии и сопоставляют до восстановления ее прямолинейного хода.

Устранение избытка патологической извитости ВСА достигалось путем резекции и лигирования верхней щитовидной артерии, при этом достигалась хорошая мобильность для подтягивания дистальной и проксимальной частей бифуркации ОСА со стороны полуокружности ВСА и сегментарной их резекции с дальнейшим сопоставлением и наложением анастомоза на эти отрезки по типу «конец в конец». Время окклюзии сонных артерий 13 минут. Неврологических нарушений во время операции и в послеоперационном периоде не было.

Результаты. Положительный клинический эффект операций достигнут в 100% случаев. Осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде не наблюдалось. Для оценки состояния каротидных сосудов проведены поэтапные исследования в различные сроки (от 2 дней до 12 месяцев) после оперативного лечения с помощью ультразвукового дуплексного сканирования - изучались форма оперированной артерии, состояние анастомоза, наличие градиентов, турбуленции кровотока; транскраниальной доплерографии - изучался регионарный мозговой кровоток; КТ-ангиографии - определялось восстановление прямолинейного хода ВСА. Сосудисто-мозговых осложнений не отмечено. Во всех наблюдениях обеспечена адекватная проходимость ВСА.

Таким образом, использованный метод хирургической коррекции позволил одновременно устранить атеросклеротическую бляшку в сонных артериях и восстановить прямолинейность хода ВСА.

Представленный метод операций является эффективным методом профилактики нарушений мозгового кровообращения и устранения сосудисто-мозговой недостаточности, что подтверждают непосредственные и отдаленные результаты у пациентов данной патологией.

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИТИЧЕСКИХ СТЕНОЗОВ
ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ОККЛЮЗИИ
КОНТРАЛАТЕРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ ПО ДАННЫМ КЛИНИКИ**

**Султаналиев Т.А., Сагандыков И.Н., Сулейменов С.С., Парманов А.Т.,
Етекбаев А.С., Дюсембаев Р.М., Сулейменова Г.А.**

*АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии»,
г. Астана, Казахстан.*

Цель исследования: Оценить результаты реконструктивных операций у больных с критическими стенозами внутренних сонных артерий (ВСА) при окклюзии контралатеральной артерии.

Материалы и методы: За период с 2014 по 2016 гг. в отделении сосудистой хирургии находилось 103 пациентов со стенотическим поражением брахиоцефальных артерий. Из них с окклюзией контралатеральной ВСА - 11 (10%). Перечень сопутствующих заболеваний: ИБС 3-4 ФК, Артериальная гипертензия, сахарный диабет, ХОБЛ. Асимптомных больных - 2 (18,1%), количество больных с ОНМК на стороне окклюзии ВСА составило 10 (90,9%). Из них на стороне гемодинамически значимого стеноза ВСА: ТИА (II степень ХСМН) – 2 (18,1%), ДЭП (III степень) – 7 (63,6%). Стенотическое поражение ВСА составляло 75-95%. Всем больным с окклюзией ВСА выполнялась транскраниальная доплерография с пробой Матаса, МСКТ с контрастированием. Признаки сниженной толерантности к пережатию ВСА (скорость ретроградного кровотока по СМА на стороне поражения менее 30 см/сек, проба Матаса менее 9 - 10 сек) выявлены у 4 (36,6%) пациентов. Временный внутрипросветный шунт нами не применялся. Из 11 пациентов – 4 (36,3%) в оперативном лечении отказано ввиду сниженной толерантности к пережатию ВСА и предложено стентирование последней, 7(63,6%) выполнена классическая каротидная эндартерэктомия с пластикой первичным швом, 1(14,2%) выполнена каротидная эндартерэктомия с пластикой заплатой. В качестве анестезиологического пособия применялась регионарная анестезия с блокадой шейного сплетения. Всем оперированным пациентам проводилась интраоперационное измерение ретроградного давления в ВСА с пробным пережатием. Среднее время пережатия сонных артерий составляло 13 ± 3 минут. Послеоперационный госпитальный период длился $5,0 \pm 2$ дня.

Результаты: При анализе раннего послеоперационного периода основное внимание уделялось неврологической симптоматике. Интраоперационная транзиторная ишемия отмечалась у 1(14,2%), и носила обратимый характер после снятия зажимов. ОНМК и летальных исходов не наблюдалось.

Заключение: Пациенты с наличием критического стеноза ВСА и окклюзией контралатеральной ВСА нуждаются в более тщательном обследовании. Данная категория больных требует более быстрой и высокой техники исполнения основного этапа операции. Применение временного внутрипросветного шунта не всегда является абсолютным показанием при сниженной толерантности головного мозга в случае непродолжительного пережатия сонных артерий и возможности стентирования последней.

**ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ
НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ МЕТОДОМ ЭВЛК**

**Султаналиев Т.А., Сулейменов С.С., Сагандыков И.Н., Парманов А.Т.,
Онгаров М.Д., Те Д.В.**

*АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантации»,
г. Астана, Казахстан.*

Стремительное развитие инновационных технологий с применением лазерных, радиочастотных, интервенционных вмешательств в современной флебологии позволяют рассматривать эндовенозные катетерные абляции при варикозной болезни как вариант альтернативного

лечения хирургической флебэктомии. Косметический эффект, малоинвазивность, отсутствие наркоза, легкая переносимость, ранняя социальная и трудовая реабилитация ставят метод эндовенозной лазерной коагуляции вен (ЭВЛК) при варикозной болезни (ВБ), осложнённой хронической венозной недостаточностью (ХВН) в авангардный ряд вмешательств в последнее время все более предпочитаемых пациентами. Однако, экономическая затратность, дороговизна оборудования и расходного материала, отсутствие ЭВЛК в возмещающих бюджетом клиник-затратных группах, разрабатываемая база рандомизированных клинических исследований, все еще лимитируют широкое применение ЭВЛК в стационарах и амбулаторных кабинетах ангиохирургического профиля

Цель. Провести ретроспективный анализ опыта эффективного малоинвазивного лечения ВБ нижних конечностей методом эндовенозной лазерной коагуляции.

Материалы и методы: В период с 2012 по 2015 годы обследовано и ретроспективно проанализировано 270 пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей (С 3-4), осложненной ХВН. Проведено 330 процедур ЭВЛК. Среди обследуемых женщин 202 пациента (75%), мужчин -68 (25%). С сопутствующей сердечно-сосудистой патологией 98 (36.3%) пациентов, сахарным диабетом-40 пациентов (15%). С восходящим тромбофлебитом – 28 (10.3%). В когорте пролеченных ЭВЛК 15 пациентов с противопоказаниями к оперативному лечению ввиду высокого риска и сопутствующей патологии. 45 пациентов в анамнезе перенесли одностороннюю флебэктомию. Всем пациентам выполнено лабораторно-инструментальное исследование, включая УЗИ доплер - исследование вен обеих нижних конечностей до и после ЭВЛК на 3-е, 14-е сутки. У 27 пациентов диагностированы трофические нарушения в виде трофических язв. Среди исследованных ВРВ в бассейне большой подкожной вены -229 (85%) пациентов в бассейне малой подкожной вены -41 больной (30%). 45(16.6%) пациентов обратились с рецидивом ВБ после комбинированного лечения. Всем пациентам в предоперационном периоде проведена консервативная, флебопротекторная терапия, антибактериальная терапия назначалась пациентам с трофическими нарушениями в стандартной схеме. Всем пациентам произведена кроссэктомия с ЭВЛК аппаратом LINA 30 с длиной волны 1450 нм. в температурном режиме 15-30 * ретроградным доступом с поэтапной тракцией лазерного электрода на протяжении пораженного участка вены и последующей компрессией противоварикозным трикотажем в соответствии классу ХВН. В 60 (%)случаях выполнена двусторонняя ЭВЛК. У 54 (20%) пациентов выполнена сочетанная ЭВЛК со склеротерапией варикозной трансформации раствором этоксисклерола. У 35(13%) пациентов выполнена комбинированное лечение: сочетание ЭВЛК с флебэктомией из мини-доступа ЭВЛК выполнена под местной анестезией у 54 (20%), в 216 (80%) случаях успешно применялась внутривенная седация под стандартному протоколу.

Результаты: Sanatio per primam intentionem достигнуто в 99% случаев. В раннем послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 2(0.2%) пациентов с ожогом мягких тканей по ходу вены, 2(0.2%) локальных нагноения, успешно разрешенных малоинвазивным комбинированным лечением. В послеоперационном периоде на контрольном УЗДГ вен выявлены: локальные флебогематомы у 13(5%) пациентов, локальные диссекции- в 8 (3%) случаях, у 45(17%) пациентов признаки локального тромбоза без угрозы распространения в ТЭЛА. Все пациенты прослежены в послеоперационных периодах и follow-up в течение 4-6 месяцев. Рецидив ВБ в раннем периоде наблюдения выявлен у 10 (4%) пациентов. Эндовенозная лазерная коагуляция вен при варикозной болезни может успешно рассматриваться как безопасный альтернативный вариант хирургического лечения.

АУТОВЕНОЗНАЯ ОБТУРАЦИЯ ПОДКОЖНЫХ ВЕН В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Султаналиев Т.А., Сагандыков И.Н., Сулейменов С.С., Етекбаев А.С., Парманов А.Т.

*АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии»,
г. Астана, Казахстан.*

С 2014 по 2015 год по поводу варикозной болезни вен нижней конечности из 54 оперированных больных, аутовенозная обтурация расширенных поврежденных вен голени осуществ-

лена 12 больным. В качестве обтурирующего аутовенозного материала использовались полоски, выкроенные из стенки расширенного ствола большой подкожной вены, экстрагируемой в пределах бедра больного. Применение аутовенозной обтурации варикозно-расширенных вен в качестве компонента комбинированной венэктомии способствует существенному улучшению непосредственных и отдаленных результатов операции.

Типичные «радикальные» венэктомии по праву могут быть включены в группу наиболее часто выполняемых хирургических вмешательств. Они осуществляются в хирургических стационарах самого различного уровня. Травматичность этих несложных операций не следует недооценивать. Венэкстракция по Беккокку приводит к образованию выраженных в той или иной степени подкожных гематом. Удаление большой и малой подкожной вен на уровне голени в большинстве наблюдений сопровождается повреждением лимфатических коллекторов нижних конечностей. Проблематично удаление либо разрушение варикозно-расширенных вен в зонах нарушенной трофики, где принципы хирургического радикализма вступают в противоречие с требованием максимально бережного отношения к дистрофически-измененным тканям. Техника флебохирургических операций не остается неизменной. Публикации последних десятилетий свидетельствуют об устойчивой тенденции к замене традиционной венэкстракции менее инвазивными эндоваскулярными манипуляциями, имеющими конечной целью не удаление, а облитерацию пораженных вен. Аналогичный эффект, то есть облитерация, может быть достигнут иным способом – имплантацией в просвет сосуда обтурирующего материала, в частности, фрагментов собственных вен пациентов в виде полосок шириной около 4 мм. С помощью имплантации аутовенозного материала осуществляется дистанционная окклюзия устьев перфорантных вен, что способствует регрессу нарушений трофики в нижней трети голени. Частичная аутовенозная обтурация большой подкожной вены (в пределах голени) зарегистрирована как способ хирургического лечения варикозного расширения поверхностных вен. Последовательность процессов, происходящих в обтурированной вене, представляется следующей: имплантация обтурирующего материала приводит к тромбозу сосуда с последующей не выраженной воспалительной реакцией. Исходом воспаления является облитерация, а в дальнейшем фиброзная трансформация сосуда. В ходе последней происходит резорбция значительной массы, как обтурирующего материала, так и собственно венозной стенки, что макроскопически (пальпаторно и визуально) воспринимается как исчезновение окклюзированной вены без внешних признаков рубцевания и липосклероза.

Материал и методы. В период с 2014-2015г. прооперировано 12 больных с аутовенозной обтурацией подкожных вен. Основными объектами аутовенозной обтурации стали расширенные поверхностные вены голени и сеть расширенных поверхностных вен тыла стопы. Наиболее часто окклюзировали большую подкожную вену в пределах голени, как правило, совместно с краевой медиальной веной стопы. В принципе аутовенозной окклюзии подлежит любая расширенная подкожная вена голени и стопы, ход которой достаточно прямолинеен для проведения проводника. В качестве последнего использовали зонд типа Фогарти, и специально изготовленные различные по длине металлические пуговчатые зонды. С помощью проводника сквозь просвет сосуда проводили обтурирующий материал - аутовенозную полоску, подвязанную к проводнику. Источником аутовенозного материала являлся расширенный ствол большой подкожной вены, экстрагируемый в пределах бедра. Тем самым достигалась окклюзия пораженной вены на всем протяжении голени. Дистальный и проксимальный концы фиксировались капроновой нитью.

Результаты. У большинства больных в раннем послеоперационном периоде отмечали слабо выраженную воспалительную реакцию в виде умеренной болезненности при пальпации по ходу обтурированного сосуда, иногда в виде легкой преходящей гиперемии кожи над ним. На 7-10 день эти явления купировались. Лечение не требовалось. Реже – у больных имели место более явные признаки воспаления – боль, гиперемия кожи, отек окружающих мягких тканей и выраженная болезненность по ходу окклюзированной вены. С целью купирования воспалительной реакции применяли НПВП, местно – полуспиртовые компрессы. Это способствовало быстрому, в течение 3-5 суток, купированию воспалительного процесса. Гиперемия кожи переходила в нестойкую пигментацию, исчезающую через 1,5 месяца. На основании наблюдений можно с уверенностью сказать, что применение аутовенозной обтурации варикозно расширенных вен в качестве компонента комбинированной венэктомии способствует существенному улучшению как непосредственных, так и отдаленных результатов этой операции. А в частности

не повреждаются лимфатические коллекторы и подкожный нерв нижних конечностей, тем самым не нарушается трофика кожных покровов. При трофических нарушениях происходит регресс их. Достоинствами метода считается, надежность, безопасность, простоту технического исполнения, доступность обтурирующего материала. Отсутствует необходимость в применении дополнительных медикаментозных средств, инструментария и аппаратуры. Способ удовлетворяет требованию миниинвазивности, так как обтурация подкожных вен может быть выполнена после их мобилизации из продольных или поперечных кожных разрезов длиной не более 1 см. Специфические осложнения аутовенозной обтурации не выражены и не оказывают влияния на окончательный благоприятный исход оперативного лечения.

КАТЕТЕРНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС И ТРОМБОАСПИРАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ИЛЕОФЕМОРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА

Суннатов Р.Д., Ирнazarов А.А., Рахманов С.У., Хасанов В.Р.,
Ганиев Д.А., Джафаров С.М.

*Кафедра госпитальной и факультетской хирургии лечебного факультета
Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан*

Цель: оценить эффективность и безопасность катетерно-аспирационной тромбэктомии и тромболиза в лечении острого илеофemorального венозного тромбоза (ОИФВТ).

Материал и методы. Нами были проанализированы результаты эндоваскулярных вмешательств у 20 больных с ОИФВТ, находившихся на стационарном лечении во 2-клинике Ташкентской Медицинской Академии, в период с 01.08.2014 по 20.01.2016 г. 12 пациентов были женского, 8 пациентов мужского пола в возрасте от 18 до 75 лет. Больные обратились на 4-7 сутки от начала заболевания с жалобами на отек и болезненность нижней конечности. Эндоваскулярные вмешательства произведены на 1-3 сутки с момента поступления. У 14 больных была поражена левая, а у 6 правая нижняя конечность. Разница окружности нижних конечностей в среднем составила: в средней трети голени +4 см; в средней трети бедра +6 см. Тромбоз был идиопатического характера. Диагностический этап был начат с ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС). Во время проведения УЗДС был определен уровень тромбоза и характер тромба. Для уточнения тромбогенности были определены такие лабораторные показатели как гематокрит, МНО, АЧТВ, фибриноген, РФМК, которые были повышены. Больным до проведения эндоваскулярного вмешательства назначены антиагрегантная и антикоагулянтная терапия. Вмешательства произведены в ангиографической операционной. Всем больным рутинно произведена восходящая флебография. Подколенная вена пунктирована под контролем УЗДС. Во всех случаях первым этапом произведена механическая тромбэктомия с последующей установкой кава-фильтра в нижнюю полую вену; вторым этапом, болюсный и пролонгированный тромболизис катетерным введением препарата. Предпочтения отдано подколенному доступу с целью профилактики таких осложнений, как кровотечение, гематома во время и после тромболиза.

Результаты. В 10 случаях при ОИФВТ слева выявлен синдром May-Thurner. Данной категории больных выполнены баллонная ангиопластика и стентирование общей подвздошной вены. В 13 случаях было уменьшение отека на 3 сутки после операции. При УЗДС глубокие вены нижней конечности были проходимы, при сдавлении датчиком сдавливались, пристеночных тромбов не выявлено. В 4 случаях причиной тромбоза вен правой нижней конечности являлась гипоплазия бедренной вены с наличием флотирующего тромба, в связи с чем, ограничились установкой кава-фильтра, с последующей консервативной терапией. В одном случае на вторые сутки была картина ретромбоза, повторно произведена тромбаспирация с положительным результатом. Все больные постоянно принимают варфарин или ривароксабан, а также носят компрессионный трикотаж со средней степенью компрессии.

Вывод. Эндоваскулярный метод лечения является малотравматичным и эффективным в лечении ОИФВТ, в профилактике ТЭЛА и ПТФС, а также сопровождается ранней активизацией и улучшением качества жизни пациентов.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КЛАПАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ БЕДРЕННОЙ И ПОДКОЛЕННОЙ ВЕН У БОЛЬНЫХ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Сушков С.А., Скоморощенко В.А.

*УО «Витебский государственный медицинский университет»,
г. Витебск, Республика Беларусь*

Цель. Изучить частоту недостаточности клапанов глубоких вен нижних конечностей у пациентов с варикозной болезнью.

Материал и методы. Для выявления частоты встречаемости клапанной недостаточности бедренной и подколенной вен проведен анализ результатов ультразвукового исследования глубоких венозных сосудов нижних конечностей у 2984 пациентов с варикозной болезнью. В работу включены все пациенты, которым в полном объеме проведена оценка глубоких вен нижних конечностей. Критерием исключения пациентов из анализа являлся сомнительный результат исследования хотя бы одного из венозных сегментов. Таких случаев было 48.

В сформированной описанным образом выборочной совокупности женщин было 1998 (66,96%), мужчин – 986 (33,04%). Возраст у пациентов обоего пола варьировал от 16 до 74 лет и в среднем составил у женщин $46,5 \pm 11,1$ лет, мужчин – $44,1 \pm 12,1$ ($M \pm \sigma$). Длительность заболевания варьировала у женщин в диапазоне от 1 до 50 лет, мужчин от 1 до 40 лет.

Результаты. Недостаточность клапанов бедренной вены чаще встречалась во всех клинических классах у мужчин ($p \leq 0,001$, критерий χ^2 Пирсона с поправкой Йетса). Аналогичная ситуация выявлена и при анализе частоты встречаемости недостаточности клапанов подколенной вены ($p \leq 0,001$, критерий χ^2 Пирсона с поправкой Йетса).

При сравнении частот выявления несостоятельности клапанов как бедренной, так подколенной вен в различных классах заболевания четко прослеживается тенденция увеличения числа случаев клапанной недостаточности глубоких вен нижних конечностей у пациентов с более выраженными функциональными расстройствами. Так если у пациентов, отнесенных к клиническому классу С 2, несостоятельность клапанов бедренной вены выявлена у 6,6% женщин и 10,5% мужчин ($p = 0,01$, критерий χ^2 Пирсона с поправкой Йетса), то в классах С5–6 эти показатели составили 33,0% и 37,5% соответственно ($p = 0,001$, критерий χ^2 Пирсона с поправкой Йетса). Недостаточность клапанов подколенной вены в классе С 2 диагностирована у 1,8% женщин и у 4,1% мужчин ($p = 0,0269$, критерий χ^2 Пирсона с поправкой Йетса). В классах С 5–6 она уже выявлена у 16,0% женщин и 28,6% мужчин ($p = 0,001$, критерий χ^2 Пирсона с поправкой Йетса).

В результате анализа распространенности различных вариантов несостоятельности клапанов в бедренно-подколенном сегменте получены следующие результаты. Изолированная клапанная недостаточность бедренной вены выявлена у 266 (13,3%) женщин и у 153 (15,5%) мужчин. Несостоятельность клапанов только подколенной вены диагностирована у 41 (2,1%) женщин и 39 (3,9%) мужчин. В обоих венозных сегментах недостаточность клапанов имела у 48 (2,4%) женщин и у 61 (6,2%) мужчин.

Изолированная (в бедренной и подколенной венах) или сочетанная (в двух сегментах) клапанная недостаточность у пациентов обоего пола реже встречается в клиническом классе С 2. Частота выявления изолированной несостоятельности клапанов подколенной вены во всех классах невелика и не превышает 8,9%. Обращает на себя внимание постепенное увеличение частоты изолированной клапанной недостаточности бедренной вены в клинических классах от С 2 до С 5-6. Наблюдается аналогичный рост частоты выявления несостоятельности клапанов одновременно в двух сегментах. Если у пациентов относящихся к клиническому классу С 2 она составляла 0,8–1,8%, то у пациентов с классом недостаточности С 5-6 достигала 10,4–19,6%.

Таким образом, полученные в результате проведенного нами анализа данные свидетельствуют, что у пациентов с варикозной болезнью частота выявления несостоятельности клапанов бедренной и подколенной вен варьирует в широких пределах и зависит от пола обследованных и в большей степени от стадии патологического процесса. Это позволяет объяснить довольно большой разброс цифр, приводимых разными авторами.

Частота выявления несостоятельности клапанов бедренной и подколенной вен увеличивается по мере прогрессирования хронической венозной недостаточности. Данный факт может

свидетельствовать о существенной роли клапанной недостаточности глубоких вен в патогенезе заболевания. Очевидно, что гемодинамические сдвиги, обусловленные несостоятельностью клапанов, приводят к развитию функциональных расстройств и трофических нарушений.

Заключение. Частота выявления несостоятельности клапанов бедренной и подколенной вен при варикозной болезни варьирует в широких пределах и зависит от пола пациентов, а также от стадии патологического процесса. Чаще клапанная недостаточность глубоких вен встречается у пациентов, относящихся к клиническим классам С 4–С 6. Увеличение частоты несостоятельности клапанов глубоких вен при прогрессировании ХВН может свидетельствовать о значительной роли гемодинамических нарушений, вызванных нарушением функции клапанов, в патогенезе заболевания.

АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ РАДИЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ

Темрезов М.Б., Боташев Р.Н., Темрезов Т.Х.

*Северо-Кавказская государственная гуманитарно-технологическая академия (СКГГТА),
Медицинский институт, Региональный сосудистый центр Карачаево-Черкесской республики,
г. Черкесск, Россия*

С развитием хирургических методов лечения варикозной болезни вопрос об актуальности антитромботической терапии остается дискуссионным из-за сохраняющихся осложнений в виде тромбозов глубоких вен и более тяжелых осложнений в виде ТЭЛА.

Цель работы: Оптимизировать антитромботическую медикаментозную профилактику в хирургическом лечении варикозной болезни нижних конечностей с применением радиочастотной абляции (VNUS Closure TM).

Материалы и методы. Нами проведено сравнительное проспективное исследование с целью изучить эффективность медикаментозной профилактики тромбоэмболических осложнений у оперированных больных по поводу варикозной болезни нижних конечностей. Исследованы 170 пациентов с варикозной болезнью, которых оперировали методом радиочастотной абляции, до уровня 2 см от устья. В бассейнах БПВ (89.8%) и МПВ (7.7%) и 2.5% деструкцией обеих стволов. Средний возраст пациентов составил 41 год. У 34% пациентов имелись различные нарушения трофики С4-С6, 43% больных были с различной сопутствующей соматической патологией, у 18% индекс массы тела (ИМТ) превышал 30 баллов. В период всех этапов лечения и наблюдения пациентам трижды проводилось триплексное ангиосканирование. Оценивая клинический статус, обращало особое внимание на симптоматику возможного периферического венозного тромбоза и ТЭЛА. Пациентов разделили на 2 группы, в первую (основную) группу включили 102 пациента, которым в раннем послеоперационном периоде назначали антитромботическую терапию. У 62 пациентов (подгруппа 1А) риск тромбоэмболических осложнений расценивали, как умеренный, а у 40 человек (подгруппа 1Б) – как высокий, при наличии нескольких факторов риска (ожирение, сахарный диабет 2 типа, хронический тромбофлебит, трофические язвы, заболевания крови т.д.) В зависимости от степени риска тромбоэмболических осложнений применяли разные схемы антитромботической профилактики. В подгруппе 1А: до операции – кардиомагнил 75 мг/сутки минимум 3 дня, во время операции – гепарин 2.5 т и последующим продолжением 4 раза в сутки или клексан 20 мг 2 раза/сутки п\к 2 дня, на третий день 1 раз/сутки. Далее в течение 1 месяца Вессел Дуэф 250 ЛЕ 2 раза/сутки и кардиомагнил 75 мг. В подгруппе 1Б: до операции – не менее 3 суток кардиомагнил 75 мг, перед операцией – обильное питье или р-р Рингера от 600 до 800 мл, во время операции – клексан 40 мг 1 раз/сутки п\к 2 дня, на третий день – клексан 20 мг 2 раза/сутки, затем 1 раз/сутки. Далее в течение 1 месяца – Вессел Дуэф 250 ЛЕ 2 раза/сутки и кардиомагнил 75 мг пожизненно. При обнаружении тромбозов глубоких вен нижних конечностей в раннем послеоперационном периоде пациентам назначалась «Прадакса» 110 и 150 мг (кратность по весу в лечебных дозах). Во вторую (контрольную) группу включены 68 пациентов, которым, опеределив ситуацию, как низкий риск венозного тромбоза антитромботическая терапия была назначена в виде кардиомаг-

нила 75 мг. В период исследования и лечения антитромботической терапией проводился контроль коагулограммы крови, учитывались возможные факторы кровотечения.

Результаты. Проведенный анализ показал, что ТЭЛА не было отмечено ни в одном случае. Всего в обеих группах пациентов диагностирован тромбоз глубоких вен у 5 человек. В основной группе тромбоз глубоких вен голени развился у 2 человек, в том числе у одного пациента — тромбоз суральных вен и у второго – задней большеберцовой вены, через перфорант. В контрольной группе тромбоз глубоких вен в проекции задней большеберцовой вены развился у 3 пациентов. Обязательно надо отметить то, что эластическая компрессия кроме того, как является хорошей профилактикой тромбозов, она может сглаживать клиническое течение острых тромбозов глубоких вен, не говоря уже об обезболивающих средствах. Не имея стандарта обязательного ультразвукового исследования в раннем послеоперационном периоде, осложнения в виде тромбозов глубоких вен могут быть своевременно не диагностированы.

Заключение. Таким образом, всем пациентам после хирургического лечения варикозной болезни нижних конечностей с использованием радиочастотной абляции необходимо применять методы неспецифической профилактики тромбоэмболических осложнений. Медикаментозную антитромботическую профилактику необходимо проводить дифференцированно и целенаправленно с использованием тромбоцитарных антиагрегантов, антикоагулянтов и корректоров эндотелиальной функции с учетом степени риска тромботических осложнений. Считаем, что данный метод профилактики тромбоэмболических осложнений является оптимальным.

ЗАЩИТА ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ

Темрезов М.Б., Боташев Р.Н., Лепшочков М.К.

*Северо-Кавказская государственная гуманитарно-технологическая академия (СКГГА),
Медицинский институт, Региональный сосудистый центр Карачаево-Черкесской республики,
г. Черкесск, Россия*

Актуальность: Одной из основных проблем в сосудистой хирургии при реконструкции брахиоцефальных артерий (БЦА), является поражение центральной нервной системы (ЦНС): гипоксическая энцефалопатия, острое нарушение мозгового кровообращения. Необходимо выработать тактику защиты головного мозга у больных при реконструктивных операциях на БЦА.

Цель: Оптимизация методов защиты головного мозга у больных при реконструктивных операциях на БЦА, для снижения риска ишемических инсультов в интраоперационном периоде.

Материалы и методы: В отделении ОССХ за 2012-2013 гг. прооперировано более 51 больных, из них все вошли в исследование. Выделены две группы больных: в первую (контрольную) группу были включены больные которым не проводилась защита головного мозга, N=16, во вторую входили больные которым применялась защита головного мозга нейропротекторами, (глиатилином, даларгином), наркозным препаратом Севоран N=35. Возраст больных от 45 до 61 года (мужчины и женщины). Клиническое обследование пациентов проводилось при поступлении в стационар, оценивалось состояние непосредственно после операции в момент экстубации, в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде (от 1 года до 3 лет). В первой группе у больных, в раннем послеоперационном периоде, при неврологическом и нейропсихологическом обследованиях, у 1 пациента были преходящие нарушения мозгового кровообращения, в виде гемипареза до 3 ст. с восстановлением в течение до 12 часов. У 2 пациентов были выявлены умеренно выраженные общемозговые симптомы (вялость, головная боль, головокружение); угнетение когнитивных функций (памяти, внимания). Во второй группе преходящих нарушений мозгового кровообращения в послеоперационном периоде не было, наблюдалась меньшая выраженность общемозговых симптомов и отсутствие угнетения когнитивных функций. В отдаленном послеоперационном периоде (до 3 лет) у 2 пациентов ОНМК в бассейне оперированной артерии (тромбоз артерии). У 1 пациента тромбоз артерии выявлен при плановом обследовании, протекал асимптомно.

Вывод: Данный метод медикаментозной защиты головного мозга у больных при реконструктивных операциях на БЦА с целью профилактики развития неврологических осложнений: ОНМК и энцефалопатии показал свою высокую эффективность. Для его внедрения в практическое здравоохранение необходимо дальнейшее изучение.

РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ.

Темрезов М.Б., Боташев Р.Н., Темерезов Т.Х.

*Северо-Кавказская государственная гуманитарно-технологическая академия (СКГГТА),
Медицинский институт, Региональный сосудистый центр Карачаево-Черкесской республики,
г. Черкесск, Россия*

С развитием малоинвазивных методов хирургического лечения варикозной болезни появился такой метод, как радиочастотная абляция. Применение данного метода позволяет выполнить ликвидацию вертикального рефлюкса в варикозно трансформированных венах крупного диаметра с минимальным ущербом для организма, хорошим косметическим эффектом, сокращая сроки послеоперационной реабилитации.

Цель работы: Улучшение результатов хирургического лечения больных с варикозной болезнью нижних конечностей с различной степенью хронической венозной недостаточности (ХЗВ С2-С6 кл. по CEAP) с использованием современного метода – радиочастотной абляции подкожных вен нижних конечностей (VNUS Closure TM),

Материалы и методы. За период с 2011 по 2015 год в РГБ ЛПУ «КЧР КБ» в отделении сердечно-сосудистой хирургии прооперированы 631 пациент с варикозной болезнью нижних конечностей в бассейнах БПВ (89.8%), МПВ (7.7%) и 2.5% деструкцией обеих стволов. Из них 153 пациента (204 конечности) прооперированы с применением радиочастотной абляции (1 группа.) 478 пациентам (2 группа) произведена классическая методика комбинированной венэктомии по Беккоку-Нарату, оба метода сочетались с применением методики минифлебэктомии и склеротерапии. Средний возраст пациентов составил 41 год. У 34% пациентов имели место различные нарушения трофики (ХЗВ С4-С6 кл. по CEAP), 43% больных были с различной сопутствующей соматической патологией, у 18% индекс массы тела (ИМТ) превышал 30 баллов. Диагноз и тяжесть заболевания формировались с учетом шкал тяжести заболевания, CEAP, VCSS и VSDS, а также разработанного диагностического алгоритма. В период всех этапов лечения и наблюдения пациентам трижды проводилось триплексное ангиосканирование (GE Medical Systems). Обязательные технические условия при проведении РЧА – непосредственный УЗИ контроль (расположение зонда от 2 см от соустья) и создаваемая водяная подушка паравенозно в фасциальную сумку БПВ («Египетский глаз»), что максимально снижает возможные риски реканализации. Фактор боли по аналоговой шкале составил 0,8 балла. В послеоперационном периоде пациенты наблюдались в сроки на 3-й день, 10-й день, через 1, 3, 6, 12 и более месяцев.

Результаты. Результаты операции контролировались в сроки от 2-х недель до 4 лет. В результате проведенной сравнительной оценки у пациентов первой группы значительно ниже количество послеоперационных подкожных гематом, лимфорей, инфекционных осложнений послеоперационных ран, отсутствовало нарушение чувствительности подкожных нервов, отмечен очень хороший косметический эффект. Так же существенно сокращается время реабилитации пациента. Регресс клинических симптомов и улучшение качества жизни отражено в VCSS. 100% пациентов вернулись к привычной активности в день операции. Радиочастотная абляция с успехом применялась у пациентов во всех венозных бассейнах независимо от диаметра и анатомического хода венозных структур. В 98% случаях достигнута окклюзия с ликвидацией рефлюкса в сроки до года.

Заключение. Таким образом, радиочастотная абляция с очевидной эффективностью может применяться в различных топографических областях нижних конечностей независимо от диаметра вен и их анатомического хода. По нашему мнению, радиочастотная абляция является приоритетным методом в хирургическом лечении варикозной болезни нижних конечностей,

методом выбора у пациентов с высоким ИМТ и сопутствующей соматической патологией. Клинические шкалы тяжести заболевания VCSS и VSDS удобны в использовании, четко отражают динамику заболевания в до- и послеоперационном периоде, что позволяет рекомендовать их к широкому применению наравне с другими шкалами по изучению качества жизни.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АНГИОГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Темрезов М.Б., Коваленко В.И., Кемова С.Ш.

*Северо-Кавказская государственная гуманитарно-технологическая академия (СКГГТА),
Медицинский институт, Региональный сосудистый центр Карачаево-Черкесской республики,
г. Черкесск, Россия*

Цель: улучшение результатов лечения больных с критической ишемией нижних конечностей.

Материалы и методы: геннотерапевтический препарат Неоваскулген, использующийся с целью терапевтического ангиогенеза у группы пациентов с облитерирующими заболеваниями нижних конечностей. В период с февраля 2014 по январь 2015 года на базе отделения сердечно-сосудистой хирургии 11 пациентам было проведено комплексное лечение (инъекции препарата с геном эндотелиального сосудистого фактора роста «Неоваскулген», в том числе в сочетании с хирургическим лечением). Возраст пациентов варьировал от 49 до 75 лет, из которых 8 мужчин и 3 женщины. Для оценки состояния пациентов до и после проведенного лечения пациентам выполнялась ангиография, ультразвуковое дуплексное исследование сосудов нижних конечностей, определялась сатурация крови нижних конечности. По результатам клинико-инструментального обследования состояние пациентов соответствует критической ишемии нижних конечностей 2Б-3 степени.

Результаты: спустя 2 месяца после первого введения препарата у пациентов при повторной ангиографии объективно отмечается улучшение мелкого сосудистого рисунка, также отмечается повышение дистанции безболевого ходьбы, увеличения уровня сатурации кислорода тканей. Данные результаты демонстрируют наличие положительного эффекта от применения препарата «Неоваскулген»: позволяет в относительно короткие сроки (2 месяца) добиться прекращения прогрессии ишемии нижних конечностей

Обсуждения: в результате последних мировых исследований были получены данные о распространенности тяжелой ишемии нижних конечностей (ЛПИ <0.60, артериальное давление в области лодыжки <70 мм рт. ст., или III-IV степень ишемии нижних конечностей по Фонтейну), которая составила 800/100,000 населения (95%CI 300-1400). При Оксфордском исследовании сосудов (The Oxford Vascular Study) оценив частоту сосудистых заболеваний в общей популяции, заболеваемость КИНК составила 22/100,000 населения в год (95%CI 17-28). Среди населения старше 65 лет распространенность КИНК составила 113 - 200/100,000 населения в год. В условиях современной медицины перед врачами стоит задача максимально улучшить качество жизни пациентов, снизить риск инвалидизации, снизить количество случаев ампутации среди населения страдающего облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей. С этой целью необходимо использовать все известные методы лечения активно внедряя в практику достижения науки.

Выводы: Наблюдение в динамике за пациентами, получившими курс ангиогенной терапии препаратом с геном эндотелиального сосудистого фактора роста «Неоваскулген», показывает клиническую эффективность препарата у пациентов с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей в стадии критической ишемии. Уже через 2 месяца после введения препарата у пациентов отмечается улучшение клинических, инструментальных и лабораторных данных. Наибольший прирост микрососудистого русла достигнут в месте введения препарата (что подтверждается данными ангиографии). Пациентам с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей необходимо проводить комплексное лечение (традиционное консервативное лечение в сочетании, при необходимости, с хирургическим лечением с использованием препарата «Неоваскулген»).

ТЕРАПИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ.

Темрезов М.Б., Лепшонов М.К., Боташев Р.Н

*Северо-Кавказская государственная гуманитарно-технологическая академия (СКГГА),
Медицинский институт, Региональный сосудистый центр Карачаево-Черкесской республики,
г. Черкесск, Россия*

Актуальность: Одним из наиболее частых осложнений после операций на брахиоцефальных артериях (БЦА) является поражение периферической нервной системы (ПНС): лицевого, подъязычного, языкоглоточного, диафрагмального нервов. Причинами повреждений нервов во время операции могут быть: непосредственная травма нерва инструментами, воздействие температуры вследствие коагуляции рядом расположенных тканей, сдавление при тракциях зажимами, держалками, а также вследствие послеоперационного отека окружающих тканей. Данные осложнения не являются решающими, для увеличения продолжительности госпитализации (количества койко-дней после операции), однако они снижают трудоспособность и качество жизни пациентов, требуют дополнительного лечения, эффективность которого при позднем и несвоевременном начале лечения снижается

Цель: Оптимизация тактики ведения и лечения больных с осложнениями в виде поражения ПНС после операции на БЦА.

Материалы и методы: В отделении ОССХ за 2012-2014 гг. нами обследовано 73 пациента, возраст от 45 до 61 лет (мужчины и женщины), с данным осложнением 7 человек, после реконструкции сонных артерий. В исследуемую группу были включены пациенты с послеоперационными повреждениями: лицевого, подъязычного, языкоглоточного. Наиболее часто отмечалось поражение лицевого, языкоглоточного нервов, реже подъязычного нерва, симптом Горнера. Клиническое обследование пациентов проводилось в различные сроки после операции: от нескольких часов (ближайшие) до 4 месяцев (отдаленные).

У пациентов с данным поражением ПНС в первые часы применялась противоотечная и нейропротективная терапия, а также препараты улучшающие микроциркуляцию. Со 2-х суток после операции проводилась терапия ноотропами и антиоксидантами. Учитывая, что отек поврежденного нерва проходит к пятым суткам от момента повреждения, во избежание развития ранних контрактур, витаминную терапию и препараты улучшающие нервную проводимость (антихолинэстеразной группы) применяли только на пятые сутки после операции. Лечебная физкультура, физиотерапия, иглорефлексотерапия проводились также начиная с 5-х суток после операции.

При проведении такой схемы первый эффект лечения проявляется уже к 7-10 суткам. Лечение обычно начиналось в стационаре и продолжалось амбулаторно по предписанной схеме, таким образом, продолжительность госпитализации практически не увеличивалась.

При обследовании пациентов в отдаленном послеоперационном периоде полное восстановление отмечено в большинстве случаев. Отсутствие эффекта или частичное восстановление связываем с повреждением нерва, которое носило необратимый характер.

Вывод: Тактика ведения пациентов с неврологическими и периферическими осложнениями, после реконструктивных операций на брахиоцефальных артериях,

показала хорошие результаты лечения и может быть признано оптимальной. При наборе достаточной группы пациентов и рандомизированной оценки исследования может быть рекомендовано для использования в других лечебных учреждениях соответствующего профиля.

**ОТРАБОТКА МЕХАНИЗМОВ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ НА
ГОСПИТАЛЬНОМ И АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПАХ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ
КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

Ткачева А.Г., Сприкут А.А., Ильиных Д.Л.

МБУЗ «Городская клиническая больница №2», г. Челябинск, Россия

Проблема недостаточно эффективного использования возможностей кардиореабилитации (далее именуется – КР) является особенно актуальной для России. Это связано как с недостаточным использованием методов КР в современном практическом здравоохранении, так и с низкой мотивацией самих пациентов. Открытие в Челябинске в 2011 году Федерального центра сердечнососудистой хирургии (ФЦССХ), где проводятся плановые кардиохирургические вмешательства, широкое применение хирургических методов лечения обострений коронарной болезни сердца, продиктовали необходимость внедрения поэтапной программы КР с привлечением команды специалистов. Изменение образа жизни, регулярные физические тренировки, воздействие на модифицируемые факторы риска, достигаемые в процессе КР, способны увеличить долгосрочную приверженность к выполнению врачебных назначений, и, тем самым, снизить сердечнососудистую смертность и улучшить качество жизни у пациентов перенесших операции на сердце.

С 2011 года на базе МБУЗ ГКБ №2 проводится госпитальный (второй) и амбулаторный (третий) этапы КР пациентам после кардиохирургических вмешательств. На стационарный этап реабилитации в отделение КР направляются пациенты из ФЦССХ на 7-10 день после полостных операций и на 2-4 после плановых чрескожных коронарных вмешательств. На сегодняшний день в отделении 33 койки. В 2012 г. на стационарный этап КР был направлен 601 пациент, в 2013 г. – 622, в 2014 г. – 942, в 2015 г. – 1008 пациентов (около 80 человек в месяц). Средняя длительность пребывания больного в стационаре – 10 дней. В структуре направленных больных 38% жители города Челябинска, 48% – жители Челябинской области, 14 % – жители других регионов. Около четверти прооперированных пациентов (26%) – лица трудоспособного возраста. Основная доля пациентов, направленных в отделение – пациенты с ишемической болезнью сердца (67,2%).

Программа КР создается индивидуально для каждого пациента при взаимодействии кардиолога, хирурга, физиотерапевта, психотерапевта, врача функциональной диагностики, инструктора ЛФК (при необходимости привлекаются врачи других специальностей) и включает в себя медикаментозную, физическую, психологическую реабилитацию, проведение «Школ здоровья для пациентов, перенесших операции на сердце».

При поступлении кардиолог информирует пациента о виде проведенного оперативного вмешательства, имеющихся у него факторах сердечно-сосудистого риска и назначает медикаментозную терапию. Кроме индивидуальных бесед с пациентами в отделении проводятся групповые «Школы для пациентов, перенесших операции на сердце». Цель данных школ – информировать пациентов о факторах, негативно влияющих на течение заболевания и прогноз, и о необходимости приема лекарств, обучение здоровым поведенческим привычкам и стереотипам, повышение понимания пациентом его собственной роли в восстановлении своего здоровья и сохранения его на должном уровне.

В зависимости от вида операции, фракции выброса левого желудочка, наличия/отсутствия осложнений, уровня физической активности до операции, результатов теста 6 минутной ходьбы, проводимого на следующий день после поступления в стационар, кардиологом, совместно с врачом ЛФК, составляется индивидуальная программа физических тренировок, которые проводятся 5 раз в неделю под контролем инструктора ЛФК. Средний показатель дистанции прогулочного теста у мужчин составил 323 м, у женщин – 295 м, что соответствует II-III функциональному классу ХСН. Физические тренировки проводятся в групповой или индивидуальной форме и включают в себя утреннюю гимнастику, дыхательные упражнения, упражнения для мелких групп мышц, силовые упражнения, дозированную ходьбу, занятия на тренажерах. Основными целями лечебной физкультуры на госпитальном этапе КР являются восстановление дооперационного уровня физической и социальной активности, профилактика

послеоперационных осложнений. После завершения стационарного этапа реабилитации функциональный класс ХСН по результатам теста 6 минутной ходьбы, как правило, не менялся, при этом дистанция увеличивалась у мужчин, в среднем, на 56 м, у женщин - на 33 м.

В период стационарного этапа у пациентов проводится контроль основных показателей гемодинамики, лабораторных показателей, ЭКГ, при необходимости – рентгенография легких, эхокардиоскопия, холтеровское мониторирование ЭКГ, медикаментозная терапия основного заболевания и различных послеоперационных осложнений (фибромиалгии, торакалгии, пароксизмальные тахикардии, воспаление послеоперационных рубцов, экссудативные плевриты и перикардиты, госпитальные пневмонии, декомпенсация хронических заболеваний).

На сегодняшний день со специалистами кардиоцентра установлена тесная двусторонняя связь, отработаны механизмы преемственности в ведении больных. При необходимости проведения дополнительных лечебно-диагностических мероприятий (консультация сосудистого хирурга, тестирование ЭКС, проведение МСКТ, МРТ, КТ и т.д.) пациенты направляются из отделения в ФЦССХ.

Вместе с тем, нами накоплен достаточный опыт подготовки пациентов перед плановыми операциями на сердце. В случае декомпенсации хронической сердечной недостаточности, выявления по данным коронароангиографии «опасных» анатомических особенностей, требующих проведения хирургических вмешательств в первоочередном порядке, обострения сопутствующих заболеваний, специалисты центра направляют таких пациентов к нам в отделение (в среднем 20 пациентов в месяц). С 2015 года, помимо медикаментозной терапии, данной категории больных проводится обучение, включающее в себя посещение «Школ» и информирование о виде предстоящего оперативного вмешательства, а также назначается консультация психотерапевта, индивидуальные физические тренировки с целью оптимальной подготовки к операции и снижения риска послеоперационных осложнений.

Перед выпиской пациенты повторно проходят тест 6-минутной ходьбы, даются рекомендации, содержащие стратегический план по коррекции факторов сердечно-сосудистого риска с указанием целевых уровней ЧСС, АД, липидов, гликемии, ИМТ, модификации образа жизни, назначается медикаментозная терапия.

В 2012 году на нашей базе открыто Городское отделение амбулаторной реабилитации и кардиологии, куда направляются жители города Челябинска после стационарного этапа (жители Челябинской области и других регионов (57%) наблюдаются по месту жительства). В структуру отделения входит дневной стационар на 10 мест, кабинеты амбулаторного приема кардиолога, психотерапевта, кабинет ЛФК, массажа. По показаниям и с учетом личных пожеланий пациенты направляются в дневной стационар либо наблюдаются амбулаторно. Создание программы реабилитации на амбулаторном этапе, как и на стационарном, основывается на мультидисциплинарном подходе. В отделении пациенты активно наблюдаются в течение года, а далее – по требованию, формируются группы для участия в длительных контролируемых занятиях ЛФК.

Таким образом, внедрение поэтапной системы кардиореабилитации с использованием мультидисциплинарного подхода на уровне одной медицинской организации с использованием обучающих программ и программ физических тренировок, позволит увеличить приверженность к лечению, снизить смертность и улучшить качество жизни у пациентов перенесших операции на сердце.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ СОЦИАЛЬНО-СРЕДОВОГО АНАМНЕЗА

Топалян К.В.

ГБОУ ВПО Тверской государственной медицинской университет Минздрава РФ

С целью разработки новых подходов к прогнозированию неблагоприятного течения нестабильной стенокардии в амбулаторных условиях были изучены 145 факторов социально-средового анамнеза у пациентов с нестабильной стенокардией. В ходе проведенного корреляционного анамнеза были выделены признаки характерные для пациентов с неблагоприятным тече-

нием нестабильной стенокардии. Достоверность полученные результатов оценивалась с помощью метода углового преобразования Фишера. Все диагностические значимые признаки были объединены в три группы – особенности внутрисемейных взаимоотношений, особенности внесемейных взаимоотношений, вредные привычки и особенности поведения.

На основании полученных данных была проведена неоднородная последовательная статистическая процедура распознавания А. Wald'a (1947, 1960) в модификации А.А.Генкина (1962) и Е.В.Гублера (1964). Для каждого диагностические значимого признака была рассчитана информативность и диагностическая ценность.

Был разработан алгоритм прогнозирования риска возникновения неблагоприятного течения нестабильной стенокардии на основании данных социально средового анамнеза. Данный алгоритм позволяет с высокой достоверностью выявить пациентов с вероятным возникновением неблагоприятного течения нестабильной стенокардии в среднесрочной перспективе (2,5-4 месяца).

В настоящее время изучается возможность создания компьютерной программы для оценки риска развития неблагоприятного течения нестабильной стенокардии с учетом пола и возраста пациента.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОЙ АНГИОГРАФИИ В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Фейсханова Л.И.

ГБОУ ВПО Казанский медицинский университет, г. Казань, Россия

Нами получены и проанализированы результаты коронароангиографии в условиях кардиологического отделения за 2013-2015гг. За это время было госпитализировано 5112 пациентов. Из общего числа госпитализированных в среднем 42,2% пациентов были подвергнуты коронароангиографии. Эта цифра варьировала от 17,6% в феврале 2013г до 74,6% в марте 2015г.

В ходе исследования были получены следующие данные. У 22,7% пациентов от всего количества пациентов, подвергнутых коронароангиографии, обнаружены мультифокальные гемодинамически значимые стенозы коронарных артерий вплоть до окклюзии. У 34,6% пациентов зафиксированы гемодинамически значимые стенозы. У 22,9% пациентов выявлены гемодинамически незначимые стенозы. Доля пациентов, которым была проведена коронарография и у которых сосуды оказались «чистыми», интактными, составила 19,8%.

Пациенты с выявленными мультифокальными стенозами были направлены нами в межрегиональный клиничко-диагностический центр для проведения аортокоронарного или маммарокоронарного шунтирования. В условиях нашего стационара проводилась чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика со стентированием у пациентов с гемодинамически значимыми стенозами одной артерии согласно показаниям. Пациенты, у которых были зафиксированы гемодинамически незначимые стенозы, получили рекомендации, касающиеся лечения атеросклероза и профилактики возникновения фатальных сосудистых катастроф. Доля пациентов с интактными артериями соответствует данным научной литературы, по которым среди лиц, имевших показания к коронарографии, она составляет 15-20%. Бытует мнение, что выявление интактных артерий свидетельствует о гипердиагностике и напрасном проведении коронарографии. На самом деле, наличие такого результата – это следствие диагностического поиска, это «снятый» диагноз ИБС, это сэкономленные в будущем деньги стационара и пациента.

Таким образом, использование коронарографии позволяет быстро и успешно определять тактику ведения пациентов с атеросклерозом коронарных артерий.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ.

Фисталь Э.Я., Розин Ю.А., Иваненко А.А.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака, Донецк, МЗ ДНР.

Актуальность: значение специализированной хирургической помощи в военных конфликтах возрастает в связи с успехами хирургии повреждений мирного времени, достигнутыми на пути специализации. Результаты раннего специализированного хирургического лечения при ранениях сосудов несравнимы с результатами многоэтапного хирургического пособия, когда специалисты приступают к лечению в поздние сроки, исправляя ошибки, допущенные на предыдущем этапе. Во время ведения боевых действий на территории Донбасса с апреля 2014 по настоящее время мы столкнулись с отсутствием промежуточных этапов медицинской эвакуации, что привело нас к оказанию ранней специализированной хирургической помощи (РСХП).

Цель исследования: обобщение нашего опыта оказания РСХП раненым с огнестрельными ранениями кровеносных сосудов на территории Донбасса.

Материалы и методы: в период с апреля 2014 по декабрь 2015 г. было проведено оперативное лечение 149 раненных с огнестрельными повреждениями крупных магистральных сосудов. По характеру повреждения: пулевые ранения у 24, осколочные у 17, множественные осколочные – у 103, комбинированные ранения – огнестрельные и ожоги кожи и верхних дыхательных путей у 5. У 11 раненных было повреждение сосудов шеи, у 31 – повреждение сосудов верхних конечностей, у 99 – повреждения сосудов нижних конечностей, у 8 повреждение сосудов грудной клетки, живота и забрюшинного пространства. Раненных с тяжелыми сочетанными повреждениями сосудов было 34. Реконструктивно-восстановительные операции выполнены у 129, из них у 9 на сосудах шеи, у 3 – на брюшной аорте и нижней полой вене, у 117 – на сосудах конечностей. При наличии тяжелых сочетанных повреждений, сопровождающихся массивной кровопотерей и нестабильной гемодинамикой, проведены лигирующие операции 13 раненым. Первично по жизненным показаниям выполнено 7 ампутаций. Всем поступившим выполнялась рентгенография и ультразвуковая доплерография сосудов.

Результаты: Из 129 реконструктивно-восстановительных операций на магистральных сосудах 3 раненных умерло. Из 117 операций на сосудах конечностей кровотоки восстановлены у 115, ампутации выполнены у 2. После лигатурных операций произведено 4 ампутации. Всего выполнено 13 ампутаций. После реконструктивных и лигатурных операций конечность сохранена у 124 раненных.

Выводы: На этапе оказания РСХП показания к восстановлению магистрального кровотока определяется степенью ишемии дистальнее ранения сосуда. Высокая вероятности ампутации не означает необходимости отказа от попытки сохранения конечности. Выполнение реконструктивной операции возможно при соблюдении исчерпывающего объема оперативного вмешательства (ревизия сосуда в ране с целью остановки кровотечения и восстановления кровотока, остеосинтез переломов, декомпрессионная фасциотомия, радикальная хирургическая обработка ран мягких тканей с отсроченной пластикой) с последующей интенсивной терапией, что осуществимо лишь на этапе РСХП.

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЛОЖНЫХ АНЕВРИЗМ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ ВНУТРИСОСУДИСТЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Фокин А.А., Абайдулин Р.Ж., Киреев К.А.

*ГБОУ ВПО «Южно-уральский государственный медицинский университет Министерства
здравоохранения РФ», НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. «Челябинск»
ОАО «РЖД», г. Челябинск, Россия*

Постпункционные бедренные псевдоаневризмы являются наиболее частым

осложнением и возникают при 0,1 – 0,2% диагностических ангиографий и при 3,5-5,5% интервенционных лечебных вмешательств.

Высокий риск развития гематом возникает в случаях повреждения стенки (в том числе, и задней) артерии при проведении проводника, катетера или интродьюсера; при использовании интродьюсера большого размера (6F или 7F и более); короткого времени иммобилизации конечности или времени ручного пережатия артерии; низкого уровня тромбоцитов (менее 50 000/мм³), коагулопатий; введения высоких доз антикоагулянтов (гепарина) и антиагрегантов (аспирина); высокого артериального давления; пожилого возраста; женского пола; ожирения; наличия периферического атеросклероза; отсутствие достаточного опыта у оператора, отсутствия дуплексного сонара в операционной.

Спонтанное рассасывание гематом наблюдается от 1,4 до 9,5% случаев по данным различных исследований.

При физикальном осмотре не диагностируется до 60 % псевдоаневризм. При подозрении на псевдоаневризму больному проводят цветное дуплексное сканирование места пункции (выявление сообщения, так называемой шейки, между просветом псевдоаневризмы и стенкой бедренной артерии, а также характерной формы волны маятникообразного кровотока в обнаруженной шейке).

Большинство неосложненных псевдоаневризм можно лечить консервативно, используя либо компрессионную терапию под ультразвуковым контролем, либо введением незначительного количества тромбина непосредственно в полости псевдоаневризм.

Гемостатические устройства (ГУ) применяются для закрытия пункционного отверстия в бедренной артерии вместо обычного способа ручной компрессии и наложения давящей повязки. Принципиально ГУ можно разделить на две группы: устройства пассивного и активного гемостаза. Применение современных ГУ позволяет эффективно и быстро обеспечить локальный гемостаз, избежать дискомфорт, связанный с использованием традиционного способа компрессии и строгим постельным режимом после процедуры, что ускоряет выписку больных.

Проанализировано 927 историй болезни пациентов, поступивших с острым коронарным синдромом с 1.01.2012г. по 1.07.2014г. и подвергнутых коронарографии в изолированном виде или с коронарными стентированиями трансфemorальным доступом. Регистрировались случаи доказанных ложных аневризм бедренных артерий, в том числе у пациентов с закрытием артериальных дефектов с помощью специальных устройств. В связи с этим всех пациентов разделили на 2 группы: 1-я группа – применение закрывающих устройств 589 (63,5%) и 2-я группа – без их использования 338 (36,5%). В 1-й группе использованы устройства Cordis Exoseal – 89% и St. Jude Angio-Seal – 11%.

Всего выявлено 24 (2,6%) случая ложных аневризм бедренной артерии: 2 (0,3%) в группе применения специальных устройств и 22 (6,5%) в группе без их применения.

Для снижения риска возникновения псевдоаневризм во время интервенции должны быть предприняты следующие меры: пункция сосудов под УЗИ контролем, пункция артерий, альтернативных бедренной артерии, совершенствование опыта интервенциониста, адекватная антигипертензивная терапия у пациентов. Для уменьшения количества ложных аневризм после чрескожных коронарных вмешательств – проведение с пациентом беседы о предстоящей интервенционной процедуре и как избежать возможных осложнений, своевременный контроль артериального давления, разработка и применение портативных гемостатических устройств длительной компрессии места пункции, применение у пациентов в бессознательном состоянии, с нарушением мочеиспускания в положении лежа гемостатических устройств активного типа.

При возникновении постпункционных пульсирующих гематом принципиально их разделение на малые и большие по данным ультразвукового сканирования, а также на симптомные и асимптомные, что влияет на тактику их обследования и лечения.

Пациентам с крупными и/или симптомными псевдоаневризмами бедренной артерии как первоначальный метод проводилось компрессионное лечение аневризмы под ультразвуковым контролем. Малые бессимптомные псевдоаневризмы (менее 2 см в диаметре) можно лечить консервативно, исключая случаи, когда псевдоаневризма присутствует на последующем дуплексном сканировании спустя 2 месяца. В 16 случаях компрессионное лечение оказалось эффективным, практически у всех пациентов закрытие дефекта отмечено к 3-4 суткам консервативного лечения. В первой группе компрессионное лечение также было эффективным во всех 2

(0,3%) случаях пульсирующих гематом, которые наблюдались после применения устройств Cordis Exoseal и St.Jude Angio-Seal (по 1 наблюдению).

Хирургическое лечение проведено у 6 пациентов без применения ГУ с сохраняющимися псевдоаневризмами бедренной артерии 2,0 см и более в диаметре несмотря на консервативное лечение. Проводился рутинный ультразвуковой контроль через 1 месяц пациентам с бессимптомными псевдоаневризмами бедренной артерии меньше 2,0 см в диаметре, псевдоаневризм не было выявлено.

В нашем исследовании дифференцированный подход в диагностике, лечении и профилактике ложных аневризм бедренной артерии у пациентов с острой коронарной патологией после эндоваскулярных диагностических и лечебных внутрисосудистых вмешательств, получавших интенсивное кардиологическое лечение, сопровождался минимальным количеством пульсирующих гематом – 0,8%, и нулевой летальностью, связанной с кровотечением из пункционного отверстия.

ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ САФЕННЫХ ВЕН КРУПНОГО ДИАМЕТРА (БОЛЕЕ 2 СМ) – РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО НЕСРАВНИТЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Фокин А.А., Борсук Д.А.

*Кафедра хирургии ФДПО ГОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава РФ, Челябинск, Россия
ООО «Медлайн» Клиника современной флебологии, г. Челябинск, Россия*

Эндовенозные лазерные и радиочастотные методы лечения варикозного расширения вен обладают большой доказательной базой и рассматриваются в качестве средств первой линии для устранения рефлюкса по магистральным подкожным венам. Современные катетеры и световоды распределяют энергию радиально. Это позволяет закрывать вены большого диаметра, что было крайне затруднительно ранее. Однако на сегодняшний день до сих пор нет единого консенсуса о том, какой диаметр вен считать крупным. В большинстве существующих работ, как правило, крупным считается диаметр более 1 см (*Chaar C.I., et al. 2011; Florescu C., et al. 2014*). В то же время, в ежедневной клинической практике у большинства пациентов приустьевой диаметр большой или малой подкожных вен составляет от 1 до 2 см, при этом эффективность коагуляции таких вен приближается к 100%.

При лечении вен более 2 см в диаметре возрастает риск образования слепых карманов после тумесцентной анестезии - то есть участков вены, не контактирующих со световодом. Это способствует развитию реканализации или может быть причиной изначально неудовлетворительного результата коагуляции.

Целью настоящей работы стало отследить результаты эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК) вен, диаметр которых в приустьевом отделе составлял более 2 см.

Материал и методы: в проспективное несравнительное исследование вошли 64 пациента, оперированные с ноября 2014 по сентябрь 2015 года, которым было выполнено 67 ЭВЛК. Во всех случаях коагуляции была подвергнута большая подкожная вена (БПВ). ЭВЛК выполнялась лазером с длиной волны 1470 Нм, радиальными световодами с автоматической тракцией под тумесцентной анестезией. Диаметр вен, подвергнутых коагуляции, в приустьевом отделе составил от 21 до 43 мм (в среднем 27 +/- 4,3 мм). Во всех случаях применялась мощность 10 Вт. Линейная плотность энергии в расширенной зоне составляла от 83,3 до 142 Дж/см. Период наблюдения - от 68 до 340 дней (медиана 138 +/- 37 дней). Пациенты осматривались в течение первой недели после процедуры, далее в сроки 2-6 месяцев.

Результаты: В данном исследовании оценивался результат технический – окклюзия вены, подвергнутой коагуляции, а также гемодинамический – наличие или отсутствие рефлюкса в случае остаточного просвета или реканализации. На 1-е сутки после ЭВЛК окклюзия была достигнута в 60 (89,5%) случаях. В 7 (10,5%) случаях оставался остаточный просвет в расширенном сегменте БПВ, однако на 7-е сутки этот просвет уже определялся только у 4 (6%) пациентов, трем из которых была выполнена ЭХО-контролируемая сегментарная микропенная склеротерапия. В сроки до 6 месяцев у 3 (4,5%) пациентов сформировалась небольшая культя БПВ,

длиной до 3-3,5 см, с резким уменьшением изначального диаметра (в среднем до 1,2 см). Во всех случаях патологический рефлюкс в культе не определялся. Также у одного пациента через 3 месяца после ЭВЛК появился сегмент по ходу коагулированной вены с ретроградным кровотоком. Этому пациенту также выполнена ЭХО-контролируемая микропенная склеротерапия с хорошим техническим результатом. Необходимости повторной ЭВЛК не возникло ни в одном случае.

Выводы: ЭВЛК 1470 Нм с применением радиальных световодов высоко эффективна, в том числе и для вен крупного (более 2 см) диаметра, и позволяет добиться окклюзии коагулированного сегмента в 99,5% случаях на ранних сроках наблюдения. Потребность в повторном вмешательстве (ЭХО-контролируемой склеротерапии) возникает примерно в 4,5% случаев.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ АБДОМИНАЛЬНОЙ АОРТЫ

Фокин А.А., Владимирский В.В., Барышников А.А., Кочнева В.Д., Черноусов В.В.

*ГБУЗ «Челябинская Областная Клиническая Больница», г. Челябинск, Россия
ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
г. Челябинск, Россия*

Введение: Аневризмы инфраренального отдела аорты являются довольно распространенным заболеванием, которое в прогностическом плане достаточно опасно, так как представляет непосредственную угрозу для жизни пациентов. Эндоваскулярное лечение в сравнении с открытой реконструкцией снижает риск оперативных вмешательств, следовательно уменьшает летальность. Эндопротезирование на сегодняшний день является одним из признанных методов лечения больных с аневризмами брюшной аорты.

Цель исследования: оценить непосредственные и отдаленные результаты эндоваскулярных реконструкций при аневризмах брюшной аорты и подвздошных артерий и изучить эффективность и безопасность применения стент-графта «Ella» (Чешская Республика) на основании трехлетнего опыта его имплантации.

Материалы и методы исследования: за период с августа 2013 года по декабрь 2015 года нами были выполнены эндоваскулярные реконструкции при аневризмах брюшной аорты и подвздошных артерий у 36 пациентов. Бифуркационные эндопротезы были имплантированы 34 пациентам с аневризмами абдоминальной аорты и подвздошных артерий, 1 больному был имплантирован конический стент-графт в левую подвздошную артерию, 1 пациенту линейный стент-графт. Протезирование общей бедренной артерии выполнялось 3 пациентам при выраженном кальцинозе и при аневризматическом изменении артерии. Возраст больных варьировал от 53 до 79 лет, средний возраст пациентов составил $68 \pm 5,6$ года. Из 35 прооперированных нами больных 35 (97,2 %) мужчины и 1 (2,8 %) женщина. У 33 (91,7 %) пациентов в анамнезе была ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь у 27 (77,1 %), облитерирующий атеросклероз нижних конечностей у 13 (37,1 %), постинфарктный кардиосклероз у 13 (37,1 %) больных, операции на сердце в анамнезе у 9 (25,7 %), нарушение ритма сердца у 10 (28,6 %), сахарный диабет 2 типа у 8 (22,9 %), хроническая обструктивная болезнь легких у 7 (20 %), каротидная эндартерэктомия в анамнезе у 5 (14,3 %), идеопатический дерматомиозит у 1 (2,9 %), панкреатит у 1 (2,9 %), рак почки у 1 (2,9 %) пациента.

Индивидуальные расчеты выполнялись по данным КТ-ангиографии. Диаметр аневризматического мешка по данным КТ-ангиографии варьировал от 50 до 104 мм и в среднем составил $61,3 \pm 1,4$ мм. Проксимальная шейка не менее 15 мм. Распространение аневризматического поражения на наружные подвздошные артерии было отмечено у 9 пациентов, в данных случаях протезами накрывались устья внутренних подвздошных артерий. Больным перед операцией назначались антибиотики, для профилактики септических осложнений. Вмешательство выполнялось под спинномозговой и эпидуральной анестезией. Интраоперационная гепаринизация осуществлялась в дозе 7500 Ед.

Количество контрастного вещества (ультравист 300) для всех пациентов в среднем составило 150 мл. После операции все пациенты находились под наблюдением в палате реанима-

ции 1 сутки, затем переводились в отделение сосудистой хирургии, а в дальнейшем находились на амбулаторном лечении.

Результаты исследования: Первичный технический успех был достигнут во всех вмешательствах. В ближайшие сроки (до 30 суток) после эндопротезирования аневризм брюшной аорты и подвздошных артерий не отмечалось летальных исходов, дыхательных и кардиальных осложнений. В одном случае, после протезирования с покрытием обеих внутренних подвздошных артерий возникла высокая перемежающаяся хромота. В срок от 6 до 18 месяцев контрольное УЗИ было выполнено 20 (55,5 %) пациентам. Увеличение аневризматического мешка не было выявлено ни в одном случае. Один пациент скончался через год после имплантации стент-графта (с диагнозом «эндокардит»), на патологоанатомическом исследовании признаков инфекции стент-графта не было.

Несмотря на средний возраст пациентов 68 лет, наличие сопутствующей патологии и высокого хирургического риска, результаты эндопротезирования аорты без значимых осложнений. В настоящее время эндоваскулярное лечение аневризм брюшной аорты пациентам с сопутствующей патологией является приоритетным видом хирургического лечения.

Выводы: Непосредственные и отдаленные результаты (6-18 месяцев) операции эндопротезирования брюшного отдела аорты и подвздошных артерий у 36 пациентов подтвердили безопасность и хорошую переносимость используемых бифуркационных стент-графтов «Ella». Эндоваскулярное лечение является методом выбора для пациентов высокого риска, сопровождается низким уровнем послеоперационных осложнений и быстрым восстановлением функционального состояния по сравнению с результатами открытого хирургического лечения. Полное исключение аневризмы абдоминальной аорты из кровотока является главным критерием успешного лечения аневризмы. Пациенты после протезирования аневризм по эндоваскулярной методике должны находиться под диспансерным наблюдением с регулярным обследованием и контролем за возможными осложнениями.

ОПЫТ ПЕРВОГО ГОДА РУТИННОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОТКРЫТОГО И ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГАМИ ОТДЕЛЕНИЯ СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Фокин А.А.¹, Владимирский В.В.², Барышников А.А.², Черноусов В.В.²

¹ ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»

² ГБУЗ «Челябинская Областная Клиническая Больница»,

г. Челябинск, Россия

Цель: оценить изменения в тактике хирургического лечения пациентов сосудистого профиля в условиях возможности рутинного использования открытого и эндоваскулярного методов вмешательств персоналом отделения сосудистой хирургии.

Материалы и методы: в 2014 году операционная отделения сосудистой хирургии ЧОКБ была оснащена рентгеновской С-дугой GEOEC 9900 Elite. Хирурги отделения прошли специализацию по рентген-эндоваскулярной хирургии. 2014 год принят нами за период освоения методики. С 1.01.2015 года по 31.12.2015 на базе отделения сосудистой хирургии ЧОКБ всего было выполнено 423 реконструктивных вмешательства на периферических артериях, из них открытых – 243 (57,4%), эндоваскулярных – 138 (32,6%), гибридных – 42 (9,9%). В общей группе мужчин – 347 (82,1%), женщин – 76 (17,9%), средний возраст составил 63,8±9,9 года. В группе эндоваскулярных вмешательств мужчин – 91 (66,2%), женщин – 47 (33,8%), средний возраст составил 67±6,2 лет. В группе гибридных вмешательств мужчин – 36 (85,6%), женщин 8 (14,4%), средний возраст составил 64±7,1 года.

Эндоваскулярных вмешательств на аорто-подвздошной зоне – 59 (42,8%), из них с типами поражения С и D по TASC II – 24 (40,7%). Эндоваскулярных вмешательств на бедренно-подколенном сегменте – 55 (39,9%), из них с типами поражения С и D по TASC II – 29 (52,7%). Эндоваскулярных вмешательств на берцовом сегменте – 24 (17,4%). В целом типы поражения С и D по TASC II в группе эндоваскулярного лечения составили – 53 (38,4%), а доля больных с критической ишемией – 22 (77,5%).

Проксимальных гибридных вмешательств (открытая реконструкция бедренных артерий в сочетании со стентированием подвздошных артерий) – 33 (78,6%). Дистальных гибридных вмешательств (открытая реконструкция бедренных артерий в сочетании с эндоваскулярной пластикой дистальных артерий бедра и голени) – 9 (21,4%). Доля больных с критической ишемией в группе гибридных вмешательств составила –40 (95,2%). С типами поражения С и D по TASC II – 35 (83,3%).

Результаты: в группе открытых вмешательств 21 (8,6%) ранних осложнения. Два тромбоза бедренно-берцового шунта (тромбэктомия; 1 - сохранение конечности, 2 – ампутация). Три тромбоза бедренной артерии после эндартерэктомии (1 - тромбэктомия, 2 и 3 - бедренно-подколенное шунтирование). У одного пациента - повреждение подвздошной артерии при выполнении ЭАЭ с забрюшинным кровотечением и последующей проксимальной ампутацией конечности. Один тромбоз перекрестного бедренно-бедренного шунта – выполнена тромбэктомия. В одном случае, тромбоз подвздошных артерий после протезирования брюшной аорты с успешной ранней тромбэктомией. Четыре кровотечения из п/о ран. Три нагноения п/о ран (ампутации). Шесть ампутаций голени (распространение гнойного процесса). Расхождение п/о ран произошло у 22 (9,1%) пациентов.

В группе эндоваскулярных вмешательств 10 (7,2%) осложнений. Один тромбоз после БАП бедренной артерии (ЭАЭ из бедренной артерии). Один тромбоз подвздошной артерии после стентирования (тромбэктомия). Один тромбоз плечевой артерии при брахиальном доступе (тромбэктомия). Одно забрюшинное кровотечение при выполнении стентирования подвздошной артерии (конверсия). Два повреждения ветвей бедренной артерии при антеградном бедренном доступе (открытые ревизии). Выполнено четыре ампутации голени ввиду распространения трофических нарушений.

В группе гибридных вмешательств – пять осложнений (11,9%). Тромбоз стентированной подвздошной артерии (тромбэктомия). Кровотечение из п/о раны (ревизия). Одно нагноение раны (ампутация). Две ампутации голени (распространение гнойного процесса).

Обсуждение: В сравнении работы отделения в 2015 году с показателями 2014 года, произошло снижение средней длительности лечения больных с артериальной патологией с 19,3 до 15,7 койко-дней. Частота открытых вмешательств на аорто-подвздошной зоне снизилась на 50,2%. Летальность при этих вмешательствах снизилась с 1,4% до 0%. Самый низкий процент осложнений получен в группе эндоваскулярных вмешательств (7,2%). Самый высокий – 11,9% в группе гибридных вмешательств, что мы объясняем более тяжелым генерализованным атеросклеротическим поражением (тип TASC II С и D – в 83,3%).

Выводы: с учетом результатов нашего исследования, мы можем говорить об эффективности внедрения в рутинную практику выполнения открытых и эндоваскулярных вмешательств на базе отделения сосудистой хирургии. Владение обоими видами лечения позволяет в полной мере оценить преимущества и недостатки каждой из них, выбрать оптимальный метод или скомбинировать их. При постоянной доступности в операционной, возможна своевременная конверсия вмешательства и осуществление контрольных исследований. Ведение пациента врачами одного отделения делает более эффективной преемственность на всех этапах лечения. Считаем использование открытых и эндоваскулярных методик вмешательства «в одних руках» наиболее рациональным и перспективным.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ СОСУДИСТОГО ДОСТУПА У ПАЦИЕНТОВ ПРОГРАММНОГО ГЕМОДИАЛИЗА

Фокин А.А.¹, Владимирский В.В.², Барышников А.А.², Черноусов В.В.²

¹ ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»

² ГБУЗ «Челябинская Областная Клиническая Больница»

Челябинск, Россия

Цель: оценить эффективность эндоваскулярных методов лечения осложнений постоянного сосудистого доступа у пациентов программного гемодиализа.

Материалы и методы: В период с января по декабрь 2015 года на базе областного центра хирургии сердца и сосудов ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница» выпол-

нено 35 эндоваскулярных процедур направленных на коррекцию осложнений постоянного сосудистого доступа у 30 пациентов (возраст от 20 до 76 лет, средний $51,1 \pm 15,3$; мужчин – 8, женщин – 22). В 11 случаях (31,4%) процедура выполнялась пациентам с сахарным диабетом.

23 процедуры баллонной ангиопластики (БАП) было выполнено при стенозах (15) и тромбозах (8) АВФ и синтетических протезов. В 4 случаях, из них, эндоваскулярное вмешательство сочеталось с открытой тромбэктомией из АВФ (2) и протезов (2). 12 процедур выполнено при развитии синдрома венозной гипертензии у больных со стенозами (3) и окклюзиями (9) брахиоцефальных вен и верхней полой вены, из них 11 – БАП и одно – стентирование. Показаниями для выполнения вмешательства были клинические данные и результаты УЗДС.

Доступ при выполнении БАП АВФ осуществлялся ретроградно – через фистульную вену (18;94,7%) или через плечевую артерию (1;5,3%), при пластике протеза – через его дугу. Реканализация подключичных вен проводилось через фистульную (9;75%) и плечевую (3;25%) вену.

Результаты: Период наблюдения составил от 1 месяца до 1 года.

В группе вмешательств на АВФ и синтетических протезах срок проходимости составил от 0 до 12 месяцев (в среднем 5,0), из них окончательно потеряно 8 (34,8%) доступов. При коррекции стеноза проходимость от 0 до 12 месяцев (в среднем 5,0), потеряно - 5 (33,3%). При коррекции тромбозов – от 0 до 12 (в среднем 5,0), потеряно – 3 (37,5%). Технический успех достигнут в 23 случаях (95,7%).

При выполнении изолированно эндоваскулярных вмешательств на АВФ и синтетических протезах срок проходимости составил от 0 до 12 месяцев (в среднем 5,7), из них окончательно потеряно 5 (26,3%) доступов. При выполнении гибридных вмешательств (эндоваскулярное + открытое) срок проходимости составил от 0 до 5 месяцев (в среднем 1,5), из них окончательно потеряно 3 (75,0%) доступов.

В группе вмешательств на БЦВ срок проходимости составил от 0 до 8 месяцев (в среднем 3,2), из них окончательно потеряно 7 (58,3%) доступов. При коррекции стеноза проходимость от 3 до 7 месяцев (в среднем 5,7), потеряно – 1 (33,3%). При коррекции окклюзий – от 0 до 7 (в среднем 2,3), потеряно – 6 (66,7%). Технический успех достигнут в 9 случаях (75,0%).

Обсуждение: Наилучших результатов в лечении осложнений постоянного сосудистого доступа удалось достичь в группе изолированных эндоваскулярных вмешательств – технический успех 95,7% и сохранение доступа в 73,7% в период наблюдения. При выполнении гибридных вмешательств, результаты значительно хуже – удалось сохранить лишь 25% доступов. Наличие стеноза или окклюзии доступа значимо не влияло на результат (сохранено 66,7% и 62,5%, соответственно).

Выполнение эндоваскулярных вмешательств при стенозах и окклюзиях БЦВ позволило сохранить функцию ПСД и купировать синдром венозной гипертензии у 5 (41,7%) пациентов в период наблюдения и, в одном случае (+8,3%), на период ожидания трансплантации почки. Результаты были значительно лучше при коррекции стенозов, чем окклюзий БЦВ – сохранено 66,7% и 33,3% доступов, соответственно.

Выводы: Сохранение постоянного сосудистого доступа избавляет от необходимости установки центрального венозного катетера сопряженного с многочисленными осложнениями, а так же сохраняет сосудистый потенциал для дальнейшего формирования ПСД. Возможность рутинного использования эндоваскулярных методов лечения осложнений ПСД расширяет потенциал возможностей сосудистого хирурга. Тенденция к увеличению числа пациентов на программном гемодиализе в РФ, развитие эндоваскулярных технологий и расширение показаний к этому методу лечения требует его дальнейшего более широкого освоения.

АНОМАЛЬНОЕ ОТХОЖДЕНИЕ ВЕТВЕЙ ОТ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Фокин А.А.*, Гасников А.В., Серажитдинов А.Ш., Надвиков А.И., Асатрян Г.М.

*Центр сердечно-сосудистой хирургии ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»,
г. Челябинск, РФ*

**Кафедра хирургии факультета дополнительного профессионального образования
ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава РФ, г. Челябинск*

Введение. В подавляющем большинстве руководств по нормальной анатомии человека и литературе сердечно-сосудистого профиля встречается аксиома о том, что экстракраниальный отдел внутренней сонной артерии (ВСА) не имеет ответвлений. Однако, начиная с середины XIX века (Hurtle J., 1841, Quain R., 1844), в зарубежной литературе эпизодически появляются статьи об обнаружении аномального отхождения сосудов от экстракраниального отдела ВСА. В своей работе мы так же встречались с данным явлением.

Результаты. За период с 2012 по 2015 год на базе Центра сердечно-сосудистой хирургии Челябинской областной клинической больницы было выполнено 522 операции по поводу атеросклеротического поражения бифуркации общей сонной артерии (ОСА). Всем пациентам выполнялась эверсионная каротидная эндартерэктомия. В 4 случаях, как интраоперационная находка, было выявлено аномальное отхождение ветви от экстракраниального отдела ВСА. Частота интраоперационного обнаружения аномальной ветви ВСА в нашем наблюдении составила 0,8%, что согласуется с зарубежными данными. В 3 случаях аномально расположенная ветвь отходила от переднемедиальной поверхности ВСА на расстоянии от 1 см. до 3 см. дистальнее зоны бифуркации ОСА. С высокой вероятностью эту ветвь можно расценить как аналог восходящей глоточной артерии. В 1 случае ветка отходила от задней поверхности ВСА на расстоянии 5 см. дистальнее бифуркации и являлась вариантом затылочной артерии. Хотелось бы отметить, что ни в одном из случаев данная аномалия не была выявлена при выполнении пациентам обязательного дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий перед операцией. По данным иностранной литературы артерии, отходящие от ВСА, чаще всего обнаруживаются как находка во время оперативного вмешательства, а так же при выполнении магниторезонансного (МРТ) исследования брахиоцефальных артерий либо спиральной компьютерной томографии (СКТ) в ангиографическом режиме.

Клинический пример. В своей практике мы столкнулись со случаем ошибочной трактовки анатомии каротидной бифуркации врачами, столкнувшимися с данной аномалией.

Больной Д., 58, проходил в 2010 г. лечение в стационаре онкологического профиля с диагнозом: Рак языка и ротоглотки. Т-3, N-0, М-0. 12.01.2010 г. пациенту был проведен сеанс внутриаортального введения радахлорина с последующим лазерным облучением путем введения световода в просвет левой наружной сонной артерии с диспозицией 9 минут. Операция была завершена перевязкой левой НСА. Через 30 мин. после окончания операции, при выведении пациента из наркоза, у пациента была диагностирована правосторонняя гемиплегия. В операционную был вызван ангиохирург. При ревизии послеоперационной раны отмечено, что выделение каротидной бифуркации было выполнено частично. При полном выделении сонных артерий выявлено, что лигированной оказалась ВСА. При этом аномальная ветка, отходившая от переднемедиальной поверхности сосуда, была принята за верхнюю щитовидную артерию, а, соответственно, ВСА ошибочно принята за НСА, с последующей перевязкой ВСА. При удалении лигатур, был обнаружен разрыв всех слоев стенок ВСА на протяжении 5 см. Учитывая необходимость немедленной реваскуляризации левого каротидного бассейна, ангиохирургом было выполнено вмешательство: резекция проксимального отдела ВСА на протяжении 5 см. с формированием НСА-ВСА анастомоза конец в конец. Общее время ишемии головного мозга составило около 3 ч. 30 мин. В раннем послеоперационном периоде неврологическая симптоматика у пациента полностью регрессировала.

Заключение. Своевременно не распознанная ветка ВСА может привести к незапланированному интраоперационному кровотечению на этапе выделения сонных артерий, а так же вызвать трудности при удалении атеросклеротической бляшки, особенно при эверсионном варианте эндартерэктомии. Следует внимательно изучать результаты СКТ и МРТ исследований

для предоперационного обнаружения аномально отходящих сосудов. Необходимо учитывать, что на каротидной бифуркации работают не только хирурги сердечно-сосудистого профиля, но и врачи других специальностей (ЛОР-врачи, онкологи), причём вмешательство чаще всего направлено на лигирование наружной сонной артерии. Данная аномалия может послужить причиной принятия ошибочного решения из-за сложившегося стереотипа «от внутренней сонной артерии ветви не отходят» и перевязке внутренней сонной артерии, а не наружной сонной, что может привести к тяжелым необратимым последствиям. Только полное выделение каротидной бифуркации может дать правильную оценку расположения при нестандартной анатомии сонных артерий и позволит избежать развития тяжелых осложнений.

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ИНФАРКТАХ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 75 ЛЕТ

Фокин А.А., Киреев К.А., Киреева Т.С.

*ГБОУ ВПО «Южно-уральский государственный медицинский университет»
НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД»*

Введение. При рассмотрении структуры смертности пациентов с острыми инфарктами миокарда (ОИМ) в зависимости от возраста обращает на себя внимание высокий показатель у больных старшей возрастной группы. По данным ЧелябинскСтата, в 2011 г. смертность от ОИМ в группах «50-54 лет» и «60-64 лет» составила 47,7 и 108,3 на 100 тыс. населения, тогда как в группе «70-74 лет» – 334,8 на 100 тыс. населения. Данные показатели прогнозируемы, поскольку лечение пациентов старшей возрастной группы сопровождается серьёзными трудностями (полиморбидность и естественное снижение адаптационных ресурсов).

Цель работы – анализ непосредственных результатов оказания специализированной медицинской помощи при ОИМ у пациентов старше 75 лет с оценкой эффективности чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ).

Материал и методы исследования. Исследование проведено на базе Междорожного центра сердечно-сосудистой хирургии НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД» (НУЗ ДКБ) в 2012-14 гг. В исследование вошли 232 случая ОИМ, зарегистрированных у 230 пациентов старше 75 лет. Возраст пациентов варьировал от 75 лет до 101 года. Средний возраст составил 81,9 лет. Среди инфарктных пациентов преобладали женщины – 137 (59,1%). Заключительный диагноз ОИМ был выставлен у 150 (64,7%) и 82 (35,3%) больных, исходно поступивших с острым коронарным синдромом с подъёмом и без подъёма сегмента ST соответственно. У 149 (64,2%) пациентов с ОИМ выявлены крупноочаговые поражения с формированием патологических зубцов Q на ЭКГ. В 83 (35,8%) наблюдениях зарегистрирован не-Q ОИМ. Для 150 (64,7%) пациентов инфарктные нарушения коронарного кровообращения были первичными, для 82 (35,3%) – на фоне постинфарктного кардиосклероза.

Распространённость сопутствующих заболеваний среди исследуемых пациентов: артериальная гипертензия – 213 (91,8%), стенокардия напряжения 2-3 ФК – 107 (46,1%), хроническая сердечная недостаточность (2ФК и выше) – 104 (44,8%), инструментально доказанная хроническая аневризма левого желудочка – 20 (8,6%), сахарный диабет 2 типа – 42 (18,1%). Среди пациентов старше 75 лет с установленным диагнозом ОИМ зарегистрированы следующие классы острой сердечной недостаточности по Т. Killip: I – 169 (72,8%), II – 25 (10,8%), III – 21 (9,1%) и IV – 17 (7,3%).

В первые 2 часа от начала заболевания госпитализировано 17 (7,3%) больных. В сроки «3-6 часов» доставлено 102 (44%), «7-12 часов» – 44 (19,0%) и «> 12 часов» – 69 (29,7%) пациентов. Всем больным проводилось специализированное лечение в соответствии с действующими стандартами и клиническими рекомендациями.

Результаты. Экстренными КАГ охвачено 58,2% (135 процедур) пациентов старше 75 лет с ОИМ. По данным КАГ установлено, что в 6 (4,4%) случаях гемодинамически значимой патологии коронарных артерий нет. В 9 (6,7%) случаях выявлено поражение только в 1 коронарной артерии. Двухсосудистые и трёхсосудистые окклюзионно-стенотические изменения об-

наружены в 32 (23,7%) и 68 (50,4%) наблюдениях соответственно. Множественная патология коронарных артерий (4 и более артерии) отмечена в 20 (14,8%) случаях.

Всего реперфузионную терапию получили 109 (47,0%) больных. Тромболитическая терапия выполнена (ТЛТ) у 24 (10,3%) пациентов. Первичные ЧКВ перенесли 85 (36,6%) пациентов. У 123 (53,1%) больных реперфузионное лечение не проводилось.

Летальность среди пациентов с ОИМ – 21,6% (50 летальных исходов). Данный показатель у перенесших ЧКВ – 12,9%. Летальность у больных, которым не проводилось реперфузионного лечения, составила 25,2%. Летальность после тромболитической терапии – 33,3%. Госпитальная летальность среди инфарктных пациентов старше 75 лет в 2007-2011 гг. в НУЗ ДКБ, когда не применялись эндоваскулярные технологии для лечения ОИМ, составила 35,0% (49 летальных исходов у 140 пациентов).

Выводы.

1. Работа регионального сосудистого центра, ориентированного на экстренных пациентов кардиологического профиля, характеризуется интенсивным потоком больных старшей возрастной группы (старческого возраста и долгожителей). Всего в 2012-14 гг. в НУЗ ДКБ поступило 1812 пациентов с ОКС, из них старше 75 лет – 17,9%. Из 890 случаев выявленных ОИМ каждый четвёртый пациент был старше 75 лет (26,1%).
2. Среди больных данной возрастной группы можно выделить следующие клинические особенности:
 - преобладание пациентов женского пола – около 60%;
 - высокая распространённость заболеваний сердечно-сосудистой системы, основных соматических нозологий, а также явлений острой сердечной недостаточности.
4. Оказание специализированной медицинской помощи при ОИМ пациентам старшей возрастной группы ассоциировано со следующими клиническими проблемами:
 - поздние обращения (доля пациентов, поступивших спустя 6 часов от начала заболевания, составила 48,7%), осложняющие проведение реперфузионной терапии;
 - высокая распространённость гемодинамически значимых поражений трёх коронарных артерий и более (у 65,2% пациентов исследуемой группы), что усложняет проведение ЧКВ.
5. Госпитальная летальность среди инфарктных пациентов старше 75 лет по итогам 2013-14 гг. составила 21,6%. Это значение достоверно ниже ($p < 0,05$) аналогичного показателя 2007-2011 гг. – 35,0%. Значительное снижение летальности в исследуемый период связано с применением ЧКВ: подгруппы без реперфузионного лечения и коронарное стентирование – 25,2% и 12,9% соответственно ($p < 0,05$).
6. Дальнейшее снижение летальности в данной возрастной группе связано с увеличением доли экстренных коронарных стентирований среди инфарктных больных. Пациенту старшей возрастной группы, поступившему с острой коронарной патологией, при наличии эндоваскулярных технических особенностей, даже при многососудистом поражении, необходимо выполнять коронарное стентирование инфаркт(ишемия)-ответственной коронарной артерии. Особенно это касается клинических ситуаций, осложнённых острой сердечной недостаточности.

НАШ ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Фокин А.А., Кочнева В.Д., Игнатов В.А., Абайдулин Р.Ж., Алферов М.А.

*ГБУЗ «Челябинская Областная Клиническая Больница», г. Челябинск, Россия
ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
г. Челябинск, Россия*

Цель: Провести анализ результатов деятельности службы по оказанию эндоваскулярного лечения больным с острым коронарным синдромом (ОКС) в условиях Челябинской областной клинической больницы №1 (ЧОКБ №1).

Материал и методы: В работе обобщен трехлетний опыт лечения ОКС с использованием эндоваскулярных методик. Для оказания помощи больным с ОКС в ЧОКБ №1 дежурит бригада состоящая из врачей: кардиолога, рентгенхирурга и анестезиолога-реаниматолога. Ведущим фактором, определяющим прогноз у пациентов с ОКС, является быстрое и полноценное восстановление кровотока по коронарным артериям.

В ЧОКБ №1 круглосуточная неотложная помощь пациентам с ОКС оказывается с мая 2013 года три дня в неделю (четыре дня в неделю пациенты направляются в ДКБ). Пациенты доставляются бригадой скорой медицинской помощи. В течении 15 минут пациентов из приемного покоя в сопровождении кардиолога и анестезиолога-реаниматолога поднимают в рентгеноперационную, где выполняется экстренная коронароангиография и стентирование коронарных артерий.

Начиная с мая 2013 г. по декабрь 2015 года в условиях рентгеноперационной ЧОКБ №1 выполнено 1201 стентирование коронарных артерий. Установлено 1579 стентов из них 28 стентов с лекарственным покрытием. В среднем на одного пациента устанавливалось 1,3 стента.

Чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) при ОКС были проведены 1201 пациенту. Из них 909 мужчин (75,7 %) и 292 женщины (24,3 %). Возраст пациентов варьировал от 24 до 85 лет, средний возраст составил $59,4 \pm 7,9$ лет.

Стентирование ЛКА выполнено 809 пациентам: (ПМЖВ - 561; ДВ ПМЖВ – 12; ОА - 147; ВТК - 40; АИ - 12; ствол – 4; ПМЖВ+ОА – 10; ПМЖВ+ВТК – 3; ПМЖВ+АИ – 2; ПМЖВ+ствол ЛКА – 1; ОА+ВТК – 1), стентирование ПКА проведено 392 пациентам, стентирование ПМЖВ+ПКА – 3; ПКА+ОА – 11; ОА+ПКА+ПМЖВ – 1; стентирование шунта ЛВГА-ПМЖВ – 1 пациенту.

Результаты: Увеличение количества ЧКВ как наиболее эффективного метода реперфузионной терапии позволяет улучшить прогноз у пациентов с ОКС. Основной причиной смерти остается кардиогенный шок.

Выводы: У пациентов с ОКС после эндоваскулярной реваскуляризации отмечается положительная динамика на ЭКГ, уменьшение зон гипо- и акинеза, увеличение ФВ при ЭхоКС. Проведение ЧКВ в оптимальные сроки от начала клинических проявлений заболевания и соблюдение минимального интервала дверь—баллон позволяют добиться сохранения жизнеспособного миокарда и существенно снизить смертность при ОКС. В случае многососудистого поражения при ОКС, целесообразно выполнение ЧКВ на инфаркт-зависимой артерии, а выполнение вмешательств на других коронарных артериях следует проводить отсроченно.

Высокая эффективность ЧКВ при ОКС по сравнению с другими методиками доказана в многочисленных рандомизированных исследованиях, эндоваскулярные методы являются приоритетными при ведении пациентов с различными формами ОКС.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗОВ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ КОНТРАЛАТЕРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ В ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Фокин А.А.¹, Мудрякова М.В.¹, Сазанов А.В.²

1 - ГБОУ ВПО ЮГМУ Минздрава России,

2 - ГБУЗ ОКБ 3, г. Челябинск, Российская федерация

Актуальность. Стеноз сонных артерий является причиной ишемического инсульта в 25-30% случаев. После ряда мультицентровых, рандомизированных исследований, таких как ECST, NASCET, было доказано, что при стенозе более 70% у больных, перенесших транзиторную ишемическую атаку (ТИА) или острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), и стенозе свыше 80% у асимптомных больных каротидная эндартерэктомия (КЭЭ) достоверно снижает вероятность развития ОНМК по сравнению с консервативным методом лечения. Современные медикаментозные средства могут лишь уменьшить риск инсульта, но полностью предотвратить развитие ОНМК они не в состоянии. Поэтому медикаментозная терапия не может рассматриваться как альтернатива хирургической профилактике.

В настоящее время доказана эффективность антиагрегантов и статинов в профилактике ишемического инсульта, однако ни один из лекарственных препаратов не способен вызвать регресс уже сформированного атеросклеротического стеноза и окклюзии сонной артерии. В настоящее время малоизученным остаётся вопрос о тактике ведения и эффективности методов лечения больных с гемодинамически значимым стенозом сонной артерии при окклюзии на контралатеральной стороне.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с гемодинамически значимыми стенозами сонных артерий при окклюзии контралатеральной артерии в отдалённом периоде наблюдения.

Материалы и методы исследования. За период с 2007 по 2015г. в отделении сосудистой хирургии ОКБ №3 было пролечено 530 больных с поражением брахиоцефальных артерий. Число пациентов с окклюзией ВСА на одной стороне и стенозом на другой составило 130 (24.5%). Средний возраст больных составил 66.7. Первую группу пациентов составили больные с критическим стенозом на одной стороне и контралатеральной окклюзией на другой, и которым было выполнено хирургическое лечение – 79 (60.7%). Вторую группу составили пациенты с критическим стенозом на одной стороне и контралатеральной окклюзией на другой стороне, и которые получали консервативное лечение - 26 (20.1%). Третью группу составили пациенты с гемодинамически незначимым стенозом на одной стороне и контралатеральной окклюзией на другой, и которые не были подвергнуты хирургическому лечению – 25 (19.2%). Все пациенты в стационаре или на догоспитальном этапе проходили обследование, включающее: сбор анамнеза, объективный осмотр, общеклинические исследования, оценка неврологического статуса, оценка кардиального статуса, цветное дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, компьютерно-томографическое (КТ) или магнитно-резонансное (МРТ) исследование головного мозга, дополнительные инструментальные и лабораторные методы диагностики сопутствующей патологии. В исследование были включены пациенты с симптомными и асимптомными окклюзиями ВСА на одной стороне и гемодинамически значимыми стенозами на противоположной. Оценка неврологических расстройств проводилась по шкале степени тяжести инсульта NIHSS (Американского института неврологических расстройств и инсульта). У всех больных после приступа имелись постинсультные пирамидные двигательные расстройства в виде гемипарезов различной степени выраженности, нарушения чувствительности, дизартрия или афазия. По выраженности неврологических симптомов пациенты трёх групп статистически не различались ($p > 0.05$). Для оценки степени инвалидизации применялась модифицированная шкала Рэнкина

Результаты и обсуждение. В группе пациентов, которым было проведено хирургическое лечение: 3 пациента перенесли нелетальный инфаркт миокарда; летальный исход вследствие инфаркта миокарда у 3-х пациентов; нелетальный ишемический инсульт - у двух пациентов. У всех оперированных больных степень рестенозов не превышала 20% от общего просвета артерии в зоне операции. Во 2-й и 3-й группах пациентов, лечившихся только консервативно, сохранялась высокая частота ТИА, причём в течение первого года наблюдений она составила 20.5%. В течение 8 лет у 26.6% развился инсульт в ипсилатеральном бассейне, из этого числа отмечено развитие двух летальных исходов вследствие инфаркта миокарда, 8 - вследствие ишемического инсульта; у двоих пациентов отмечается летальный исход вследствие сопутствующих онкологических заболеваний.

У 78 пациентов была проведена оценка качества жизни (57 и первой группы и 21 из второй группы). Для наглядности исследовали динамику показателей качества жизни за 8 лет, 5 лет и один год.

Анализ результатов свидетельствует, что у пациентов после проведения КЭЭ достоверное улучшение качества жизни наблюдалось по следующим показателям: «физическая активность» (16.6%), «роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности» (64.5%), «общее здоровье» (24.2%), «жизнеспособность» (24.3%), «социальная активность» (12.3%), «психическое здоровье» (16.1%). Не выявлено достоверных различий до и после КЭЭ по показателю «физическая боль».

В группе неоперированных больных достоверно не возрос ни один показатель, а напротив, достоверно снизились «социальная активность» (39.3%), «роль эмоциональных проблем» (21%), «психическое здоровье» (24.4%).

Заключение. Данные наблюдений свидетельствуют о том, что у оперированных больных в большинстве случаев не отмечалось признаков развития нарушения мозгового кровообращения в ипсилатеральном полушарии. Результаты же наблюдения за группой неоперированных больных совпадают со среднестатистическими данными, согласно которым больные, перенесшие ишемический инсульт, имеют риск развития последующего инсульта на уровне 5-9% в год, и до 40% из них переносят повторный инсульт в течение 5 лет.

Результаты исследования показали, что консервативная терапия не обеспечивает достаточной коррекции и предупреждения прогрессирования цереброваскулярной недостаточности на фоне билатеральных атеросклеротических окклюзионно-стенотических поражений сонных артерий.

РЕЗУЛЬТАТЫ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ И ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ В СРАВНЕНИИ С ИЗОЛИРОВАННЫМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ НА ПОДКЛЮЧИЧНОЙ АРТЕРИИ

**Фокин А.А.,^{1,2} Надвиков А.И.,^{1,2} Серажитдинов А.Ш.,² Владимирский В.В.,²
Гасников А.В.,² Рудакова И.Ю.²**

¹ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, Россия.

²ГБУЗ Челябинская областная клиническая больница, г. Челябинск, Россия.

Цель: Определить являются ли одномоментные операции, включающие коррекцию стеноза внутренней сонной и подключичной артерий, безопасными. Сравнить непосредственные результаты отдельных и сочетанных операций.

Материалы и методы: В нашем центре с марта 2007 по декабрь 2012 года оперировано 807 пациентов с поражениями брахиоцефальных артерий (БЦА). Из них, 104 пациента оперированы по поводу атеросклеротического стеноза ПКА. При этом, у 30 пациентов имелось поражение внутренней сонной артерии (ВСА) на стороне поражения ПКА. У 10 пациентов поражение ВСА на противоположной стороне. У 17 пациентов двухсторонний стеноз ВСА. Пациенты были разделены на две группы. В первой группе, 29 пациентов, была выполнена одномоментная коррекция каротидного и подключичного бассейнов. Во второй группе, 75 пациентов, выполнялась изолированная пластика подключичной артерии. 9 пациентам второй группы была выполнена этапная коррекция каротидного и подключичного бассейнов. Первую группу составляли 23 пациента мужского пола, 5 женского. Средний возраст 60.9 лет. Все пациенты страдали артериальной гипертензией (АГ). Сахарный диабет 2 типа (СД) у 1 пациента. ИБС 2 ф.к. 9 пациентов, 3 ф.к. – 9, ПИК у 6 пациентов. По степени ХСМН: 1 степени – 10; 2 степени – 4; 4 степени – 15 пациентов. Поражение артерий нижних конечностей у 15 пациентов. Вторую группу составляли 56 мужчин и 19 женщин. Средний возраст 57.9 лет. АГ у 61 пациента. СД у 6 пациентов. ИБС 2 ф.к. - 18 пациентов, 3 ф.к. – 16 пациентов, ПИК – 11 пациентов. По степени ХСМН: 1 степени – 62; 2 степени – 3; 4 степени – 10 пациентов. Поражение артерий нижних конечностей у 22 пациентов.

В первой группе были выполнены следующие виды симультанных операций. Подключично-сонная транспозиция (ПСТ) и каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ) у 13 пациентов. Сонно-подключичное шунтирование (СПШ) и КЭАЭ у 16 пациентов. 10 операций под регионарной анестезией шейного сплетения (РАШС), 18 под общей анестезией (ОА). Все КЭАЭ выполнялись по эверсионной методике. У одного пациента использовался внутрисосудистый шунт. У 12 пациентов с двухсторонним поражением ВСА, первым этапом выполнялась изолированная КЭАЭ в первую госпитализацию. Во второй группе 39 пациентам была выполнена ПСТ, 36 пациентам выполнялось СПШ. 29 операций под РАШС, 46 под ОА. Внутрисосудистый шунт использовался в 2 случаях. 9 пациентам с контрлатеральным стенозом ВСА первым этапом выполнялась КЭАЭ. Следует отметить, что двоим пациентам выполнялась ПСТ в связи с развитием рестеноза стента ПКА.

Результаты: В 1 группе в раннем послеоперационном периоде не зарегистрировано ни одного случая смерти или ИМ. У 1 пациента клиника ОНМК по типу ишемического инфаркта головного мозга на стороне операции, и у еще одного на противоположной стороне. Во 2 группе ни одного случая ОНМК или смерти. У 2 пациентов 2 группы в раннем послеоперационном

периоде развился острый ИМ. Среди других осложнений у пациентов 1 группы были зарегистрированы гематома мягких тканей у 1 пациента, потребовавшая повторной операции на 3 сутки. Явления лимфорреи у 3 пациентов. Из них, в одном случае приведшая к повторной операции, в двух - купировалась на фоне консервативного лечения. Среди пациентов 2 группы гематома мягких тканей шеи на стороне операции в 3 случаях. В 1 случае потребовавшее повторной операции. Один случай лимфорреи на стороне операции, потребовавший оперативного лечения. У трех пациентов развился синдром Горнера. Госпитальная пневмония у одного пациента. У двух пациентов 2 группы в раннем п/о периоде после СПШ развился тромбоз шунта. В дальнейшем, одному пациенту выполнена ПСТ, другому повторное СПШ аутовеной. У одного пациента 2 группы инфекция протеза в раннем п/о периоде. В ближайшем послеоперационном периоде статистически доказано отсутствие различий между группами по исследуемым показателям ($P > 0,05$).

Выводы: Учитывая данные сравнительного анализа, считаем, что симультанные операции при одностороннем поражении ВСА и ПКА являются эффективными и безопасными, и могут быть рекомендованы. При контралатеральном стенозе ПКА и ВСА необходима этапная операция, с выполнением КЭАЭ первым этапом. На наш взгляд, подключично-сонная транспозиция является методом выбора при пластике ПКА.

АНГИОПЛАСТИКА АРТЕРИЙ ГОЛЕНИ КАК ЭТАП РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКИХ ФОРМ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Фокин А.А., Сощенко Д.Г.

*ГБОУ ВПО ЮУГМУ, кафедра хирургии ФДПО,
НУЗ ДКБ ОАО «РЖД» на ст. Челябинск, г. Челябинск, Россия*

Распространенность синдрома диабетической стопы (СДС) среди больных сахарным диабетом (СД) составляет в среднем 4-10%. Не смотря на тот факт, что распространенность СД в различных странах составляет от 1,5 до 6 %, на больных сахарным диабетом с СДС приходится 40-60% всех ампутаций нижних конечностей нетравматического характера. В 85% случаев всем ампутациям, связанным с СД, предшествуют язвенные дефекты стоп. В 50-70% случаев причиной ампутаций является гангрена, в 20-50% наличие инфекции. В большинстве случаев ампутации выполняются при сочетании ишемии и инфекции.

К методам реваскуляризации нижних конечностей относят шунтирующие операции и чрескожную транслюминальную баллонную ангиопластику. Известно, что долговременный эффект шунтирования выше, чем у баллонной ангиопластики, причем у больных с СД эта разница выражена сильнее (Duet, 2000). Но в критических ситуациях (язвенные дефекты, критическая ишемия) ангиопластика представляет собой малоинвазивный метод, позволяющий стабилизировать ситуацию и избежать ампутации, что зачастую более важно, чем отдаленные результаты вмешательства. Это так называемая limb-saving angioplasty — ангиопластика для спасения конечности.

Материалы и методы: мы располагаем данными о 90 больных (41 мужчина и 49 женщин, средний возраст – 58,6 лет), которым выполнена ангиопластика артерий голени за последние 6 лет в нашей клинике (НУЗ ДКБ ОАО РЖД) с 2010 по 2015гг. Небольшое количество проведенных вмешательств связано с тем, что до последнего времени больные сами оплачивали эндоваскулярное лечение. Все больные получали лечение в центре диабетической стопы на базе отделения хирургической инфекции и имели клинику ишемической и нейро-ишемической форм СДС. Язвенные дефекты стоп имелись у 78% пролеченных пациентов, гангренозные изменения пальцев стоп – у 22%. Пациентам перед вмешательством выполнялась ультразвуковая доплерография магистральных артерий конечности, где подтверждалось окклюзирующее поражение артерий голени, выставлялись показания для эндоваскулярного лечения. В обязательном порядке проводилась коррекция уровня гликемии. Трансфеморальным доступом в антеградном направлении выполнялась ангиография пораженной конечности, определялись технические возможности для выполнения ангиопластики. При окклюзии магистральных артерий в зону окклюзии на гидрофильном проводнике доставляется баллон диаметром от 3,0 до 4,0 мм с

соответствующей длиной от 40 до 120мм. При необходимости лечения дистального русла использовали коронарные проводники с гидрофильным покрытием и баллоны от 2,0 до 2,5мм в диаметре.

Результаты: Непосредственный эффект отмечен в 90% случаев. К неудачам можно отнести невозможность реканализации окклюзии, либо диссекцию или перфорацию артерии с экстравазатом. В дальнейшем больные получали необходимое хирургическое и консервативное лечение в центре диабетической стопы.

Выводы: Баллонная ангиопластика артерий голени при ишемических формах синдрома диабетической стопы является эффективным малоинвазивным способом, сохраняющим конечность и рекомендуется как этап комплексного лечения этого состояния.

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРА И ГОЛЕНИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Хамдамов У.Р., Абдурахманов М.М., Хайдаров Ф.Н., Тошев Б.Р.

*Бухарский филиал РНЦЭМП, Бухарский Государственный Медицинский институт
имени Абу Али ибн Сина, г. Бухара, Республика Узбекистан*

Актуальность. В настоящее время частота возникновения тромбоза глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей у пострадавших с сочетанной травмой колеблется от 55 до 90%, причем в большинстве случаев при переломах костей голени ТГВ протекает бессимптомно.

Цель. Уточнение ранних клинических признаков посттравматического ТГВ при переломах костей бедра и голени при сочетанной травме, разработка дополнительных методов диагностики, профилактики и комплексного лечения костно-сосудистых повреждений дистальных отделов нижней конечности.

Материал и методы. В период с 2009 года у 98 пострадавших с сочетанной травмой для профилактики ТГВ нижних конечностей при переломах костей голени нами назначались низкомолекулярные гепарины (фраксипарин 0.1/10кг 2 раза в сутки или клексан 1мг/кг 2раза) и антиагреганты (латрен, препараты никотиновой кислоты, реосорбилакт). Проводилась диагностика и контроль эффективности профилактики тромбоэмболических осложнений при помощи ультразвукового цветного дуплексного ангиосканирования. Первое ультразвуковое цветное дуплексное ангиосканирование проводили не позднее, чем на 3-сутки после стабилизации общего состояния пациента, при отсутствии активного кровотечения или угрозы его развития и далее повторяли еженедельно до выписки пациента из стационара. Вышеуказанные профилактические мероприятия осуществляли всем пострадавшим.

Результаты и обсуждение. Из 98 пациентов с переломами костей бедра и голени у 21 осуществляли консервативные методы лечения, а 77 пострадавшим проводили оперативное лечение переломов. В послеоперационном периоде продолжали антикоагулянтную терапию, которую отменяли при наличии активного движения пациента в вертикальном положении, отсутствии признаков ТГВ нижних конечностей при ультразвуковом исследовании. У 98% пострадавших при еженедельном ультразвуковом ангиосканировании тромбоза вен нижних конечностей не выявлено. У пострадавших в послеоперационном периоде кровотечений отмечено не было.

Выводы. Следует отметить, что ранняя диагностика и своевременная профилактика ТГВ у пациентов с переломами костей бедра и голени позволяют снизить частоту гемодинамических расстройств в ближайшие и отдаленные сроки после лечения сочетанной травмы нижних конечностей, а также предупредить летальность от тромбоэмболических осложнений. Наша тактика лечения явилась эффективным и простым вариантом для профилактики венозных тромбоэмболических осложнений у пострадавших с сочетанной травмой.

**ВЫЯВЛЕНИЯ НЕКОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ
С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST
ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИСХОДА ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

Холов Г.А. Джураева Н.О.

*Республиканский Научный Центр Экстренной Медицинской Помощи,
Отделение Кардиореанимация, г. Бухара, Узбекистан*

Острые формы ишемической болезни сердца (ИБС), включая инфаркт миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST, остаются главной причиной инвалидизации и смертности населения Республика Узбекистан. Основным методом ведения пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST является механическая реперфузия путем чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) – ангиопластики со стентированием коронарных артерий. Однако известно, что распространенность и выраженность коронарного атеросклероза может существенно ограничивать возможности эндоваскулярной реваскуляризации. Вследствие системности атеросклеротического поражения, диффузный и дистальный коронарный атеросклероз может ассоциироваться с распространенностью некоронарного атеросклероза. Ультразвуковое выявление последнего у пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST может быть полезно при оценке раннего прогноза пациентов с ИМ с позиции эффективности ЧКВ.

Целью настоящего исследования явилась оценка частоты выявления некоронарного атеросклероза у пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST и влияние распространенности некоронарного атеросклероза на ранний прогноз пациентов и эффективность применения ЧКВ.

Материал и методы: С 2015г. В РНЦЭМП Бухарский филиала проводилось включение пациентов в Регистр острого коронарного синдрома (ОКС) с подъемом сегмента ST. В течение госпитального этапа в регистр были включены 39 пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST. Анализировался ранний прогноз пациентов (наличие рецидивов ИМ, острой сердечной недостаточности, жизнеугрожающих нарушений ритма, летальности), в том числе и исход ЧКВ (возможность выполнения, ранние тромбозы стентов). Экстренные коронароангиографии (КАГ) проведены 18 (46,1%) пациентам, из них ЧКВ подверглись 6 (15,5%) пациентов, основной причиной отсутствия вмешательства по результатам КАГ были признаки диффузного коронарного атеросклероза. Ультразвуковые исследования некоронарных артериальных бассейнов (экстракраниальный, нижних конечностей) проведены у 15 (38,4%) пациентов с ИМ.

Результаты: выявлено, что 28% пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST характеризовались наличием значимых поражений некоронарных бассейнов (некоронарные стенозы более 50%); у 18% больных ИМ выявлялись некоронарные стенозы от 30 до 50%; половина пациентов с ОКС характеризовались начальными проявлениями некоронарного атеросклероза (утолщение комплекса интима-медия или стенозы до 30%) и лишь у 5% больных ИМ не выявлялся сопутствующий некоронарный атеросклероз. Установлено, что пациенты с некоронарными атеросклеротическими поражениями свыше 30% характеризовались более высоким риском ближайшего неблагоприятного течения ИМ, чем пациенты без некоронарного атеросклероза большей частотой развития острой сердечной недостаточности, по Killip (23,3 и 17,7%, соответственно), большей летальностью. Различий по частоте выполнения экстренной КАГ на госпитальном этапе в группах пациентов с ИМ с наличием или отсутствием мультифокального атеросклероза не выявлено. В 65,6% случаев КАГ применялась у пациентов с изолированным коронарным атеросклерозом и в 58,6% случаев у больных ИМ с признаками мультифокального поражения. Однако у пациентов даже с начальными признаками генерализованного атеросклероза достоверно реже по результатам КАГ выполнялись ЧКВ вследствие выраженных изменений коронарных артерий (у 56,5% пациентов с утолщением комплекса интимамедия и у 75% пациентов с изолированным коронарным атеросклерозом). У пациентов с некоронарными стенозами более 50% ЧКВ выполнялось лишь у 40% больных после экстренной КАГ. За время госпитального периода у двух пациентов верифицированы ранние тромбозы стентов, оба пациента характеризовались наличием значимого некоронарного атеросклероза.

Выводы: выявлена высокая распространенность мультифокального атеросклероза у пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST (до 95%), установлено, что выраженность некоронарного атеросклероза ассоциируется с распространенным коронарным атеросклерозом, не подде-

жащим эндоваскулярной коррекции, наличие некоронарного атеросклероза значимо влияет на частоту выполнения экстренной механической ревааскуляризации миокарда, а, следовательно, и на ранний прогноз ИМ.

ОЦЕНКИ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА ПРИ ГИПОКСИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕ ЛЕГКИХ

Холов Г.А., Джураева Н.О., Абдиджалилова С.И., Ганиев У.Ш.

*Республиканский Научный Центр Экстренной Медицинской Помощи,
Отделение Кардиореанимация, г. Бухара, Узбекистан*

Цель: изучить диастолической функции ЛЖ у больных с гипоксической легочной гипертонией (ГЛГ).

Материал и методы исследования: мы обследовали 58 мужчин в возрасте от 36 до 64 лет, страдающих ХОБЛ, у которых заболевание осложнилось ЛГ. Больные были распределены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 21 больных с ГЛГ и без признаков ГПЖ (средний возраст $53,1 \pm 1,5$ лет). Ко 2-й группе были отнесены 37 больных с ЛГ и признаками ГПЖ (средний возраст $60 \pm 1,8$ лет). Контрольную группу составили 10 практически здоровых мужчин, сопоставимых по возрасту. Обследованные не имели сопутствующих заболеваний. За неделю до включения в исследование отменялись все вазодилататоры. Легочная гемодинамика и диастолическая функция ЛЖ оценивались с помощью двумерной и Доплер эхокардиографии. Сравниваемые группы не различались по значениям сердечного выброса, систолической функции ЛЖ, системного артериального давления, показателей функции внешнего дыхания, содержанию гемоглобина, насыщению крови кислородом

Результаты: у больных ХОБЛ с ГЛГ и ГПЖ наблюдаются изменения диастолического наполнения ЛЖ. (отношение максимальных скоростей трансмитрального потока – $1,3 \pm 0,02$ в контрольной группе и $1,2 \pm 0,02$ и $0,83 \pm 0,03$ в 1-й и 2-й группах соответственно; фракция наполнения в предсердную систолу – $28,4 \pm 0,8$ в контрольной группе и $36,5 \pm 1,4$ и $29,4 \pm 0,6$ в 1-й и 2-й группах соответственно.

Выводы: нарушения диастолической функции левого желудочка у больных ХОБЛ ассоциируется с гипертрофией и дилатацией правого желудочка и связаны с нарушением нормального движения межжелудочковой перегородки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОМОМЕНТНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА СОННЫХ И КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ У БОЛЬНЫХ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Хорев Н.Г.^{1,2}, Ермолин П.А.^{1,2}, Соколов А.В.², Дуда А.И.², Косоухов А.П.², Шойхет Я.Н.¹

1. ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», г. Барнаул, Россия

2. ГКУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», г. Барнаул, Россия

Цель: Изучить результаты хирургического лечения больных с сочетанным атеросклеротическим поражением сонных и коронарных артерий.

Материалы и методы: Представлен материал хирургического лечения 58 больных с сочетанным поражением сонных и коронарных артерий. Больные разделены на три группы в зависимости от этапности ревааскуляризации каротидного и коронарного бассейнов. Принятие решения об этапности хирургического лечения проводилось мультидисциплинарной бригадой с учетом рекомендаций ESC, 2011. Клинические (пол, возраст, длительность ИБС, сопутствующие заболевания), лабораторные и инструментальные (характеристика миокарда и поражение коронарных артерий) характеристики оперированных больных сопоставимы ($p > 0,05$). Первая группа – 18 больных, которым в один этап выполнена каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ) и аорто – коронарное шунтирование (АКШ). У 15 больных (83,3 %) этой группы выявлена стено-

кардия 3 ФК. Вторая группа – 8 больных, у которых сначала проведена КЭАЭ, затем через несколько дней АКШ в сроки от 2 до 6 дней. У 6 больных (75,0 %) данной группы выявлена стенокардия 3 ФК. У 9 (52,9 %) больных первой группы и 5 (62,5 %) больных второй группы проведена реваскуляризация двух коронарных артерий аутовеной с реваскуляризацией третьего сосуда с применением маммаро – коронарного шунта (МКШ). У остальных больных первой группы (41,1%) и второй группы (47,5 %) проведена реваскуляризация двух коронарных артерий (МКШ+АКШ). Одной больной второй группы (12,5 %) проведено протезирование митрального клапана. Третья группа – 32 больных с тяжелой кардиальной неоперабельной патологией, которым КЭАЭ выполнена в изолированном варианте. Стенокардия 2 ФК была у 14 (43,8 %) больных, 3 ФК – 15 (46,2 %). Степень сужения внутренней сонной артерии (ВСА) оценивалась интегративно с использованием дуплексного сканирования, МСКТ или традиционной ангиографией. Асимптомный стеноз обнаружен в первой группе у 6 (33,3 %), во второй – у 1 (12,5 %), в третьей – у 14 (43,7 %) больных. Соответственно, симптомное поражение ВСА выявлено у большего числа пациентов оперированных групп. У всех больных КЭАЭ выполнена в «классическом» варианте с использованием заплаты из консервированного перикарда. У больных первой группы этап КЭАЭ выполнялся без искусственного кровообращения (ИК). Длительность ИК у больных первой группы от 70 до 130 мин; второй группы – 60 – 100 мин. Длительность пережатия ВСА у больных первой группы составила от 20 до 40 мин, второй группы – 19 – 30 мин, третьей группы – 15 – 30 мин. Ни в одном случае временный шунт не использован.

Результаты и их обсуждение: Летальных исходов в группах оперированных больных не отмечено. У одного больного (5,6 %) первой группы зарегистрирован послеоперационный инфаркт миокарда, и у одного больного (3,1 %) третьей группы возникла транзиторная ишемическая атака с полным регрессом.

Выводы: Принятие решения о необходимости и последовательности реваскуляризации каротидного и коронарного сосудистого бассейнов проводится мультидисциплинарной бригадой специалистов. Тщательный отбор больных для выбора технологии этапности мультифокального атеросклероза позволяет избежать летальности и минимизировать послеоперационные осложнения.

ГИБРИДНАЯ ХИРУРГИЯ ГРУДНЫХ И ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ АОРТЫ

Чарчян Э.Р., Абугов С.А., Скворцов А.А., Хачатрян З.Р.

ФГБНУ «РНЦХ имени академика Б.В. Петровского», г. Москва, Россия

Введение: Как известно, хирургическое лечение патологии грудного и торакоабдоминального отделов аорты ассоциировано со значимой периоперационной летальностью и частотой осложнений у пациентов высокого хирургического риска. Альтернативным методом лечения данной группы пациентов стали гибридные операции, сочетающие в себе открытую хирургическую и эндоваскулярную методики.

Цель: определить возможности и оценить результаты применения гибридной методики у пациентов с аневризмой грудного или торакоабдоминального отдела аорты.

Материал и методы: За период с января 2009 по январь 2016 года выполнено 82 вмешательства на грудном и торакоабдоминальном отделах аорты с применением гибридных технологий. Средний возраст больных составил $66 \pm 8,2$ лет, мужчины составили 75,6 % пациентов. Среди всех пациентов, которым выполнены гибридные операции, пациенты с расслоением аорты в сочетании с аневризмой составили 41,5%, больные с аневризмой без расслоения – 58,5%.

Всего выполнено 21 (25,6%) переключение подключичной артерии с дальнейшим стентированием грудной аорты (с имплантацией стента в зону Z 2), субтотальный дебринг (переключение левой ОСА и левой ПкЛА) выполнен в 15 (18,3%) случаях, тотальный дебринг – в 19 (23,2%) случаях. В двух случаях тотальный дебринг сочетали с выполнением реваскуляризации миокарда в бассейне пораженных коронарных артерий с выбором места проксимального анастомоза в области основной бранши брахиоцефального протеза. Операция Frozen Elephant Trunk (операция Vorst в сочетании со стентированием нисходящего грудного отдела

аорты) произведена в 16 (19,5%) случаях. Из них 3 случая – повторные операции после протезирования восходящего отдела аорты первым этапом. Также выполнено 5 (6,1%) операций протезирования брюшного отдела аорты с висцеральным дебрингом и последующим этапным стентированием аорты.

Ближайшие результаты операций оценивались за госпитальный период, который у данной группы больных длился от 7 до 30 суток. Отдаленные результаты оценивались через 12 месяцев после вмешательства. Всем пациентам выполняли контрольную МСКТ в госпитальном периоде в сроки от 5 до 15 суток после вмешательства.

Результаты: Тромбозов и гемодинамически значимых стенозов ветвей дуги аорты или висцеральных ветвей после дебринга не отмечено ни у одного пациента. У 2 пациентов (2,4%) был обнаружен эндолик II типа, связанный с заполнением ложного канала через не тромбировавшиеся межреберные артерии, через 1 месяц после стентирования на МСКТ грудной аорты подтекание отсутствовало. У 1 пациента (1,2%) с расслоением аорты I типа по DeVakey после протезирования восходящей и дуги аорты, субтотального дебринга и стентирования грудной аорты на контрольной аортографии отмечен эндолик III типа в связи с наличием дефекта стент-графта, который был полностью ликвидирован после установки дополнительного стент-графта.

Из неврологических осложнений следует отметить развитие транзиторной ишемической атаки у 1 пациента (1,2%) во время гибридной операции, симптомы которой полностью исчезли в течение 3 часов после вмешательства. Преходящий парапарез отмечен у 1 пациента на 7-е сутки после операции Vorst и стентирования, с полным восстановлением через 6 часов после постановки спинального дренажа и эвакуации ликвора. У 1 больной после тотального дебринга развилась дегисценция грудины (больная после лучевой терапии по поводу рака молочной железы) – заживление раны после рестернотомии.

Госпитальная летальность при гибридных вмешательствах составила 4,9% (умерло 4 пациента) – двое пациентов ввиду прогрессирующей полиорганной недостаточности, в двух других случаях смерть наступила ввиду разрыва ретроградно расслоившейся аорты после субтотального дебринга и стентирования нисходящей грудной аорты.

1-летняя выживаемость у больных, выписанных после гибридных операций составила 2,6% (2 пациента) оба пациента умерли ввиду разрыва НГА по дистальному краю стент-графта (после операции Vorst и этапного стентирования НГА). Все переключенные при процедурах дебринга артерии через 1 год после вмешательства полностью проходимы.

Выводы: Гибридные операции при аневризме грудного и торакоабдоминального отделов аорты являются альтернативной методикой, сопоставимой с традиционными открытыми операциями и позволяют выполнить максимально радикальное вмешательство с минимальными периоперационными рисками.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Чернигина Т.П., Максимкин Д.А., Голощапов-Аксенов Р.С., Шугушев З.Х.

Российский университет дружбы народов, г. Москва, Россия

Цель: оценить результаты эндоваскулярного лечения больных ОКС без подъема сегмента ST, имеющих многососудистое поражение коронарного русла, в зависимости от сроков выполнения полной реваскуляризации миокарда.

Материал: 346 пациентов были включены в исследование и первоначально разделены на 3 группы. В I группу вошли 100 пациентов, кому полная реваскуляризация миокарда была выполнена при первичном ЧКВ. Во II группу вошли 124 пациента, кому полная реваскуляризация миокарда выполнялась в течение одной госпитализации, и в III группу вошли 122 пациента, которым полная реваскуляризация выполнялась в различные сроки после первичной госпитализации. Средний период выполнения полной реваскуляризации у больных данной группы составил 4.5 ± 0.2 месяца. В зависимости от выбора артериального доступа для выполнения ЧКВ, все больные были рандомизированы в 2 подгруппы. В I подгруппу вошли 155 больных, которым

ЧКВ выполнялось трансфеморальным доступом, а во II подгруппу - 191 пациент, которым ЧКВ выполнялось трансрадиальным доступом. Антикоагулянтная терапия во время ЧКВ: бивалирудин (45%), нефракционированный гепарин (55%). Антиагрегантная терапия до ЧКВ и в течение 12 месяцев после ЧКВ: аспирин 500 мг и тикагрелор 180мг. Стратификация риска проводилась по шкале GRACE. Критерии исключения: высокий риск по шкале GRACE, кардиогенный шок, большие с подъемом сегменте ST. Всем пациентам были имплантированы стенты с лекарственным покрытием. Критерии оценки непосредственных результатов: сердечно – сосудистые осложнения (смерть, инфаркт миокарда, экстренные повторные вмешательства); большие кровотечения (BARC 3 или 5). Критерии оценки отдаленных результатов (12месяцев): сердечно – сосудистые осложнения (смерть, инфаркт миокарда, повторные вмешательства на целевом поражении, повторные вмешательства на целевом сосуде), рестеноз и тромбоз стента. Кторичные конечные точки: сосудистые осложнения, связанные с доступом (артериовенозные фистулы, стойкий артериальный спазм, ложная аневризма, переход на другой вид доступа).

Результаты: выживаемость после ЧКВ в период госпитализации в обеих группах составила 100%. Суммарная частота сердечно – сосудистых осложнений составила 4, 4.8 и 4.9% соответственно в группах I, II и III ($p>0.05$). Большие кровотечения (BARC 3 или 5) встречались у 1, 2.4 and 1.6% больных соответственно из группы I, II и III ($p>0.05$). Однако, когда мы оценивали результаты, в зависимости от вида артериального доступа, частота больших кровотечений (BARC 3 или 5) была достоверно выше в подгруппе I и составила 3.2%, тогда как в подгруппе II - 0.52% ($p=0.032$). Суммарная частота сердечно – сосудистых осложнений была 8.4 и 1.6% соответственно подгруппам I и II ($p=0.001$). Частота сосудистых осложнений в месте доступа составила 3.87% в подгруппе I и 7.33% в подгруппе II ($p=0.024$). Отдаленные результаты были прослежены у всех пациентов. Выживаемость в отдаленном периоде было 100% в I и II группах, а в группе III она составила 91.8% ($p=0.0017$). Частота рестеноза стентов составила 6.0, 4.03 и 4.92% соответственно группам I, II и III ($p>0.05$). Поздний тромбоз стентов встречался в 2.0, 0 и 0.8% наблюдений соответственно ($p>0.05$). Повторные вмешательства на целевом поражении составили 3.0, 2.5 и 4.1% соответственно ($p>0.05$). Повторные вмешательства на целевом сосуде составили 2.0, 2.5 и 1.7% соответственно ($p>0.05$), при этом суммарная частота сердечно – сосудистых осложнений составила 5 и 4.8% в группах I и II ($p>0.05$), а в группе III - 12.3% ($p<0,001$). Суммарная частота сердечно – сосудистых осложнений в подгруппах I и II также составила 12.2 и 3.7% соответственно ($p<0.001$).

Заключение: при выполнении ЧКВ у больных ОКС без подъема сегмента ST, радиальный доступ может рассматриваться в качестве приоритетного, так как отличается меньшей частотой больших сердечно – сосудистых осложнений и больших кровотечений, однако сопровождается высокой частотой сосудистых осложнений в месте доступа. У больных ОКС без подъема сегмента ST с многососудистым поражением коронарного русла, полная реваскуляризация миокарда должна выполняться либо при первичном ЧКВ, либо в период первичной госпитализации.

ММР12 и VEGF – ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Шевела А.И., Серяпина Ю.В., Севостьянова К.С.

*Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН,
г. Новосибирск, Россия*

Цель исследования – изучение влияния носительства полиморфных вариантов генов матриксных металлопротеиназ ММР3, ММР12 и сосудисто-эндотелиального фактора роста VEGF на риск развития варикозной болезни нижних конечностей.

Материалы и методы. Основную группу составили 270 пациентов с варикозной болезнью клинического класса С2-С6 по СЕАР, контрольную – 150 пациентов без венозной патологии. ДНК для генетического анализа выделена из цельной венозной крови методом фенол-хлороформной экстракции. Определение аллельных вариантов 1171 dupA (5A/6A) гена ММР3,

82 A/G гена MMP12, 634 G/C гена VEGF методом аллель-специфичной ПЦР в формате Real-Time.

Результаты. Распределение частот встречаемости аллелей полиморфных вариантов соответствовало равновесию Харди-Вайнберга. Статистически значимых различий встречаемости редкого аллеля 1171 dupA (5A/6A) гена MMP3 в исследуемых группах не обнаружено. Показано, что носительство полиморфного аллеля гена MMP12 является фактором риска развития варикозной болезни, OR=3,455 ($p=0,00002$), для гомозиготных носителей аллеля А риск выше в 12,5 ($p=0,00016$) раз по сравнению с диким типом. Также, для носителей полиморфного аллеля гена VEGF выявлено увеличение риска варикозной болезни, OR=3,261 ($p=0,00034$), а при гомозиготном генотипе риск составляет 6,321, $p=0,00011$.

Таким образом, полиморфные варианты генов MMP12 и VEGF являются конституциональными предикторами варикозной болезни нижних конечностей. В зависимости от выявленного наследственного риска, возможно расширение рекомендаций, ранние профилактические мероприятия, превентивное лечение. Кроме того, информация о генетических предикторах варикозной болезни может быть использована для семейного консультирования и заострения внимания на усиленных профилактических мероприятиях у родственников.

ШОВНЫЕ МАТЕРИАЛЫ: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИЯ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Шелест В.В.

ООО «БАЛУМЕД», г. Ростов-на-Дону, Россия

Хирургические шовные материалы являются медицинским изделием высокого класса риска. Современные шовные материалы не только концентрируют в себе целый ряд технических и технологических достижений, но и обладают повышенной надежностью, безопасностью, эргономичностью. Российские хирурги традиционно ориентируются на зарубежные шовные материалы производства лидеров мирового рынка, широко представленных на отечественном медицинском рынке. Особенно это касается области сердечно-сосудистой хирургии, где большинство применяемых шовных материалов является имплантируемыми изделиями и где риск послеоперационных осложнений особенно тяжел, а требования к шовному материалу особенно высоки. Сегодня отечественные шовные материалы в сосудистой и кардиохирургии в России применяются в основном для вспомогательных целей (это, как правило, «держалки», кожные швы, в лучшем случае – кисетные швы и т. п.).

Между тем сегодня можно говорить о возросшей технической готовности ряда российских производителей в области производства шовных материалов с применением самых высококачественных импортных компонентов, лучших из выпускаемых сегодня в мире, с применением соответствующих технологий. Технически вопросы импортозамещения в области шовных материалов решаются по ряду направлений: качество отдельных компонентов, таких как игла или нить, качество соединения игла-нить, использование принадлежностей (таких, как прокладки, наружные фиксирующие элементы), создание эргономичной упаковки, максимально сохраняющей свойства изделия, соблюдение биологической безопасности, должная валидация производственных процессов.

Активизировалась поддержка отечественных производителей медизделий государством в рамках подпрограммы «Развитие производства медицинских изделий» государственной программы Российской Федерации «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» на 2013-2020 годы. Это реальная поддержка, дающая производителям возможности для финансирования технического переоснащения, доклинических и клинических исследований.

Кроме того, сегодняшние системные и жесткие требования, которые предъявляет регулирующий орган – Росздравнадзор – к производителям медицинских изделий при регистрации и контроле в процессе обращения медицинских изделий, очень серьезно сказываются на улучшении деятельности производителей в области качества.

Все эти факторы делают на сегодня реальной возможностью импортозамещения в области шовного материала по целому ряду направлений сердечно-сосудистой хирургии. Важным

условием реализации таких возможностей представляется диалог между медицинским и производственным сообществом, гибкость медицинских руководителей, получение доступной и достоверной информации о том или ином производителе, применяемых им материалах, технологии производства, опыте использования материала в других областях хирургии, и далее – поэтапная апробация и внедрение изделий с постепенным расширением сфер их применения по принципу «от простого – к сложному». Результатом такого сотрудничества будет, без сомнения, значительная экономия бюджетов лечебных учреждений без потери качества оказываемой медицинской помощи.

КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ ИЗ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ПЕРЕДНЕ-БОКОВОЙ ТОРАКОТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС

Шнейдер Ю.А., Худеньких Е.Е., Цой В.Г., Шиленко П.А., Черкес А.Н., Слепенко Е.В.

*ФГБУ «Федеральный центр высоких медицинских технологий»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Калининград*

Цель: Целью нашей работы было представить собственный опыт операций коронарного шунтирования из левосторонней торакотомии за период сентябрь 2012 года – ноябрь 2015 года.

Методы: С сентября 2012 года по ноябрь 2015 года в нашем центре было пролечено 218 пациентов с ИБС, которым выполнено коронарное шунтирование из левосторонней торакотомии: 135 мужчин (61,9%) и 83 женщин (38,1%). Возраст пациентов $68,6 \pm 17,4$ лет; число пораженных коронарных артерий – 2,2. У 19 пациентов в анамнезе были операции коронарного шунтирования: у 7 с использованием левой внутренней грудной артерии, у 12 выполнялось аутовенозное шунтирование. Euroscore II $4,8 \pm 3,7$. Сопутствующая патология – ХОБЛ I–II стадии, бронхиальная астма, атеросклероз периферических сосудов, сахарный диабет, ожирение I–3 степени, ХБП I–3 стадии. Функциональный класс стенокардии – II–III, сердечной недостаточности – I–III по NYHA, ФВ $38 \pm 13,8\%$. Всем пациентам выполнено шунтирование передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) Off pump из левосторонней торакотомии: у 105 пациентов по поводу изолированного поражения ПМЖА, у остальных как этап гибридного вмешательства. В 199 случаях в качестве трансплантата для шунтирования использовалась внутренняя грудная артерия, у 7-х выполнено аутовенозное подключично-коронарное шунтирование ввиду предшествующих операций с использованием ЛВГА.

Результаты: Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии. Средний койко-день 5,8. Летальность – 0%. Функциональный класс стенокардии при выписке I – у 12 пациентов, II – у трех больных, III – у двух пациентов. Интраоперационная кровопотеря в среднем – 150,0 мл (при стернотомии – 270,0 мл). Кровотечение у 2 пациентов (источник – ложе ЛВГА). В 3 случаях возникла потребность в срочном стентировании артерий бассейна ОА в раннем послеоперационном периоде ввиду остро возникших ишемических изменений по данным ЭКГ, Эхо-КГ. Всем пациентам с последующим стентированием выполнялась шунтография – в 2 случаях выявлен тромбоз шунта. Из осложнений и особенностей течения послеоперационного периода: эпизоды нарушений ритма по типу фибрилляции предсердий – у 6 больных; ангинозные приступы – у 3 пациентов; в 2 случаях – осложнения, связанные с заживлением послеоперационной раны.

Выводы: Маммарокоронарное шунтирование из левосторонней торакотомии может выполняться как при изолированной комприментации ПМЖА, так и при многососудистом поражении – как этап гибридного вмешательства. Данная операция несет меньший операционный риск при повторных операциях в сравнении со срединной стернотомией и имеет ряд преимуществ: снижение величины интраоперационной кровопотери, меньшая травматичность тканей и вероятность развития инфекционных осложнений, косметичность, меньший койко-день после операции.

ОПЫТ РАБОТЫ ЦЕНТРА ЛАГ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Яковлева О.Э.

ГБУЗ «Челябинский областной кардиологический диспансер», г. Челябинск, Россия

Центр легочной артериальной гипертензии (ЛАГ) Челябинской области функционирует с 2011 года на базе Челябинского областного кардиологического диспансера. Основная цель работы Центра ЛАГ – ранняя диагностика и лечение пациентов с легочной артериальной гипертензией и хронической тромбоэмболической легочной гипертензией (ХТЛГ).

ЛАГ – хроническое быстро прогрессирующее заболевание сосудов легких, приводящее к быстрому росту легочного сосудистого сопротивления, развитию правожелудочковой недостаточности и смерти. Распространенность ЛАГ – 15-60 человек на 1 миллион человек. Среди ЛАГ выделяют идиопатическую (ИЛАГ), семейную ЛАГ и ЛАГ вследствие врожденных пороков сердца (ЛАГ-ВПС), системных заболеваний соединительной ткани, ВИЧ-инфекции, портальной гипертензии, приема лекарств и действия токсинов. Средняя продолжительность жизни пациента с идиопатической легочной артериальной гипертензией III ФК (ВОЗ) при отсутствии специфической терапии составляет около 6 месяцев, что сопоставимо с наиболее тяжелыми формами онкопатологии.

Хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия (ХТЛГ) – форма легочной гипертензии, развивающаяся вследствие хронической окклюзии или стеноза легочной гипертензии нелизированными тромбозами, генерализованного спазма артериол малого круга кровообращения из-за высвобождения из тромбоцитов и эндотелия вазоконстриктивных субстанций, а также вторичного тромбообразования. По данным исследований 5-летняя выживаемость пациентов при среднем давлении в легочной артерии 50 мм рт. ст. - всего 10 %.

| | ИЛАГ | ЛАГ-ВПС | Резидуальная ЛАГ | ХТЛГ |
|-------------------------------|----------------|--------------|------------------|--------------|
| Количество пациентов | 18 (погибли 6) | 8 | 8 (погибли 2) | 11 (погиб 1) |
| Средний возраст | 40,2 [21-63] | 44,9 [22-68] | 44,1 [22-65] | 61,3 [48-79] |
| Соотношение по полу (муж/жен) | 1:8 | 1:3 | 1:7 | 1:2 |
| ФК при первичном обращении | 2,8 | 2,8 | 2,6 | 2,8 |

За 4 годы работы в нашем Центре наблюдались 18 пациентов с ИЛАГ, 8 пациентов с ЛАГ-ВПС, 8 пациентов с резидуальной ЛАГ после хирургической коррекции ВПС и 11 пациентов с ХТЛГ. Наибольшая смертность была в группе пациентов с ИЛАГ – 30%, наименьшая в группах резидуальной ЛАГ (25%) и ХТЛГ (9%). Средний возраст пациентов на момент постановки диагноза в группе ИЛАГ составил 40 лет, в группах ЛАГ-ВПС и резидуальной ЛАГ – 44 года, в группе с ХТЛГ – 61 год. Большая часть пациентов на момент обращения относились к 3 ФК (в среднем – 2,8 ФК).

ИЛАГ не имеет специфических симптомов (одышка, слабость, боли в груди т. д.), поэтому диагностика имеет несвоевременный характер, что подтверждают данные нашего регистра: 50% пациентов обращались с жалобами более 2 лет, треть пациентов (28%) от 1 до 2 лет, лишь 11% пациентов - до 6 месяцев.

Отсутствие маршрутизации, порядка оказания помощи пациентам с легочной гипертензией приводит к необходимости проведения обширного диагностического поиска в амбулаторных условиях. По данным нашего регистра продолжительность амбулаторного этапа диагностики у пациентов с ИЛАГ занимает в среднем около 13 месяцев, включая ожидание вызова пациентом в экспертный центр для катетеризации правых отделов сердца (верифицирующий диагноз метод, не проводится у нас в области у данной группы пациентов). Продолжительность стационарного этапа диагностики составила 17 дней.

ИЛАГ отнесена к орфанным (редким) заболеваниям, поэтому все пациенты с ИЛАГ в Челябинской области снабжаются дорогостоящей ЛАГ - специфической терапией: 58% пациентов находятся на монотерапии (антагонисты рецепторов эндотелина (АРЭ), ингибиторы фос-

фодиэстеразы 5 типа (иФДЭ-5), 42% пациентов получают двойную специфическую терапию (АРЭ + иФДЭ-5, АРЭ+ протаноиды), на максимальной тройной терапии в настоящее время пациентов нет.

К сожалению, несмотря на все успехи лечения ЛАГ, данное заболевание является неизлечимым, и рано или поздно пациент доживает до терминальной стадии, когда необходимы паллиативные интервенционные вмешательства или трансплантация легких/ комплекса «сердце - легкие». Одному пациенту с ИЛАГ проведена атриосептостомия (создание искусственного отверстия в межпредсердной перегородке «разгружает» правые отделы сердца, увеличивает наполнение левых отделов сердца за счет право-левого сброса), 1 пациенту проведена радиочастотная денервация легочной артерии, еще один пациент нуждается в трансплантации.

ХТЛГ – является потенциально излечимым заболеванием, при проксимальном поражении легочных артерий возможно выполнение тромбэндартерэктомии (легочной эндартерэктомии (ЛЭЭ)), поэтому важна диагностика данной формы легочной гипертензии. Сложность заключается в том, что по данным разных авторов до 30-60 % пациентов не имеют анамнестических указаний на перенесенную тромбоэмболию легочной артерии (ТЭЛА), поэтому у каждого пациента с легочной гипертензией нужно исключить ХТЛГ.

Легочная эндартерэктомия проведена 2 пациентам с ХТЛГ, еще 2 пациента отобраны для проведения данной операции в ННИИПК имени академика Е.Н. Мешалкина (Новосибирск). Одному пациенту проведена баллонная ангиопластика легочной артерии – паллиативная операция, проводимая, когда риск проведения ЛЭЭ слишком высок. При неоперабельности пациентов, при сохранении резидуальной легочной гипертензии пациентам с ХТЛГ, как и при врожденных пороках сердца, также показана специфическая терапия ЛАГ, однако данная группа пациентов, несмотря на всю тяжесть состояния и редкость патологии, не включена в список орфанных заболеваний, подлежащих обеспечению специфическими препаратами.

Выводы:

1. С целью совершенствования оказания помощи пациентам с ЛАГ требуется создание маршрутизации, порядка и стандартов оказания медицинской помощи данной группе пациентов.
2. Пациенты с подозрением на легочную гипертензию должны направляться в специализированные региональные центры для своевременной диагностики (в т.ч. инвазивной) и подбора лекарственной терапии, мониторинга состояния.
3. Пациенты с ЛАГ и ХТЛГ должны вовремя направляться на паллиативные хирургические вмешательства, являющиеся «мостом» к трансплантации легких/комплекса «сердце-легкие».

ЭХОКАРДИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА: НЕОЧЕВИДНЫЕ СИНДРОМЫ

Ярославская Е.И., Кузнецов В.А.

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр», г. Тюмень, Россия

Традиционно при ишемической болезни сердца (ИБС) эхокардиография (ЭхоКГ) используется для выявления как явной, так и скрытой коронарной недостаточности, а также для диагностики инфаркта миокарда (ИМ) и его осложнений. Однако коронарному атеросклерозу сопутствует еще целый ряд менее изученных на сегодня синдромов. «Золотым стандартом» в диагностике ИБС является выявление гемодинамически значимых коронарных стенозов при КАГ. Однако известно, что большинство ИМ случается вследствие разрыва бляшек, лишь незначительно компретировавших просвет коронарной артерии до развития инфаркта. В связи с этим актуальным является улучшение ранней диагностики ИБС, то есть выявление заболевания на доклинической стадии. Создание недорогого и доступного в применении скринингового метода ранней диагностики помогла бы решить эту проблему. Выявлено, что необструктивные изменения коронарных артерий связаны с наличием артериальной гипертензии, склерогенных изменений аорты, более старшим возрастом и мужским полом. Математическая модель, учитывающая эти факторы, позволяет предсказывать необструктивный коронарный атеросклероз с чувствительностью 62% и специфичностью 66%. Разработан медицинский калькулятор, который может использоваться для скрининговой идентификации лиц, нуждающихся в активной

липидоснижающей терапии, еще на доклинической стадии заболевания, и предотвратить большинство осложнений ИБС у наиболее молодого и трудоспособного контингента.

На стадии клинических проявлений заболевания, даже имея возможность применения таких высокоинформативных методов как радионуклидные, врач зачастую не может обойтись без проведения КАГ, поскольку они не всегда демонстрируют высокую специфичность в диагностике ИБС. Инвазивный характер и дороговизна КАГ делают актуальным поиск новых способов выявления значимых коронарных стенозов у пациентов с нарушениями миокардиальной перфузии по результатам радионуклидных методов исследования. Разработан способ неинвазивной диагностики значимых коронарных стенозов у пациентов с нарушениями миокардиальной перфузии по данным однофотонной эмиссионной компьютерной томографии миокарда, использующий параметры ЭхоКГ - индекс асинергии левого желудочка (ЛЖ) и наличие значимой митральной регургитации (МР), который позволяет диагностировать поражение коронарных артерий с чувствительностью 68,8% и специфичностью 93,6%.

Известно, что прогноз больных ИБС без значимых коронарных стенозов лучше, чем у пациентов с коронарной обструкцией. В отсутствие коронарной обструкции болевая симптоматика может не отличаться от таковой при значимом коронарном стенозировании, поэтому диагностировать отсутствие значимых коронарных стенозов на основании особенностей клинических проявлений миокардиальной ишемии невозможно. Остается открытым вопрос, какие факторы указывают на отсутствие значимых коронарных стенозов при типичных клинических проявлениях стабильной стенокардии даже в пожилом возрасте. Выявлена возможность гипофункции щитовидной железы провоцировать развитие микроваскулярной миокардиальной дисфункции, проявляющееся у пожилых больных клинически как традиционная стабильная стенокардия с гемодинамически значимыми коронарными стенозами. Показана способность гипофункции щитовидной железы обуславливать развитие микроваскулярной миокардиальной дисфункции не только у пожилых, но и в других возрастных группах. Тем самым исследование обновило современные данные о патофизиологии ИБС.

Известно, что прогноз и выживаемость больных ИБС во многом определяется выраженностью ремоделирования миокарда. Постинфарктное ремоделирование изучается достаточно активно, о ремоделировании же миокарда у больных ИБС без перенесенного ИМ известно гораздо меньше. Дилатационный синдром при ИБС традиционно принято связывать с ишемической кардиомиопатией и рассматривать в рамках постинфарктного ремоделирования миокарда. Однако компенсаторное ремоделирование миокарда и снижение его сократимости может быть вызвано не только постинфарктными изменениями, но и хронической гипоперфузией его сегментов. В связи с этим возникает вопрос, какие факторы способствуют развитию дилатации желудочков сердца у больных ИБС в отсутствие ИМ? Подтверждена возможность смешанного (ишемического и неишемического) характера кардиомиопатии у больных ИБС без перенесенного ИМ с дилатацией ЛЖ, что создало предпосылки к изменению подходов лечения таких пациентов. Показана связь дилатации ЛЖ у больных ИБС (как с ИМ, так и без перенесенного ИМ) преимущественно с функциональным состоянием ЛЖ, что подчеркивает важность своевременной и рациональной коррекции левожелудочковой дисфункции у этого контингента больных.

Наряду с большим количеством работ, посвященных компенсаторной гипертрофии миокарда при постинфарктном ремоделировании сердца, недостаточно изучен феномен асимметричной гипертрофии левого желудочка при ИБС, его распространенность и клиническое значение. Установлено, что гипертрофия ЛЖ при ИБС является асимметричной в 5,8% случаев; у больных с хронической ИБС асимметричная гипертрофия ЛЖ служит маркером неблагоприятного течения заболевания. Её связь со стенозом правой коронарной артерии указывает на возможность положительного эффекта реваскуляризации на структуру и функцию миокарда.

Большое количество публикаций посвящается МР при ИБС, поскольку она является независимым предиктором сердечно-сосудистой смертности. В формировании МР при ИБС ведущую роль играет не изменение самих створок клапана, а ремоделирование ЛЖ. Представляет интерес, связана ли ишемическая МР с локализацией и распространенностью коронарного стенозирования. Обнаружены гендерные особенности механизмов развития МР у больных ИБС с постинфарктным кардиосклерозом. Результаты обосновывают важность профилактики развития и предотвращения прогрессирования глобального патологического ремоделирования левого желудочка у женщин и своевременного восстановления кровотока в правой коронарной артерии при реваскуляризации миокарда у мужчин. Выявлены связи значимой МР как у мужчин, так и у

женщин с ИБС без ИМ преимущественно с нарушениями сердечного ритма и проводимости. Это указывает на важность своевременной коррекции таких нарушений для профилактики развития и прогрессирования МР как неблагоприятного прогностического фактора.

V Международный медицинский научно-практический Форум

**АНГИОЛОГИЯ: ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В
ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСУДОВ.
ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ КАРДИОЛОГИЯ**

КАТАЛОГ УЧАСТНИКОВ ФОРУМА

АЛФАВИТНЫЙ СПИСОК УЧАСТНИКОВ ФОРУМА

| | |
|---|-----|
| Alfa Wassermann, ООО..... | 252 |
| ECOLAB | 252 |
| LAUMA MEDICAL | 252 |
| MEDTRONIC | 253 |
| SERVIER (ЗАО «Сервье») | 253 |
| Алтайвитамины, ЗАО | 254 |
| АстраЗенека Россия | 254 |
| Берингер Ингельхайм, ООО | 255 |
| ВИАМЕД, ООО | 255 |
| ИННОТЕК, ООО | 255 |
| Институт Стволовых Клеток Человека | 256 |
| Канонфарма продакшн, ЗАО | 257 |
| Кардиоинтех, ЗАО | 257 |
| Клиника современной флебологии ООО «Медлайн» | 258 |
| Медком-МП, ООО | 259 |
| Пфайзер Инновации, ООО | 260 |
| Северная звезда, ЗАО | 260 |
| Такеда Фармасьютикалс, ООО | 260 |
| Фармацевтическое предприятие «Оболенское», АО | 261 |
| Экстен Медикал группа Технопроект | 261 |

Alfa Wassermann, ООО (Италия)

115114, г. Москва, Дербеневская наб., д. 11,
корпус А, сектор 2, 2-ой этаж
Телефон: +7-495-913-68-39
E-mail: info@alfawassermann.ru
<http://www.alfawassermann.ru>



Фармацевтическая компания Alfa Wassermann (Италия) – производитель оригинальных лекарственных препаратов была основана в 1948 году и является частной фармацевтической компанией. В мае 2008 года был открыт офис ООО Альфа Вассерманн в России.

Сегодня Alfa Wassermann имеет портфолио из 11 препаратов, которые продаются более чем в 60 странах мира.

На фармацевтическом рынке РФ представлены препараты Вессел Дуэ Ф, Альфа Нормикс, Флюксум, Неотон.

Эффективная сеть дистрибьюторов, поддерживается головной компанией, предоставляющей всю необходимую помощь в работе.

Офис компании расположен в Москве. Продвижение препаратов силами медицинских представителей и KAS осуществляются во всех крупных городах России.

Компания всегда старается следовать корпоративной философии – фокусироваться на учении о человеке, его жизни и его здоровье, как священной цели своей деятельности.

ECOLAB

115114, г. Москва, ул.Летниковская, д.10, стр.4,
БЦ Святогор
Телефон: +7 (495) 980-70-60
Факс: +7 495 9807069
E-mail: Anna.latanova@ecolab.com
<http://www.ru.ecolab.eu>



Компания ECOLAB – мировой лидер по производству моющих и дезинфицирующих средств для решения профессиональных задач и обеспечения гигиенической чистоты в медицинских организациях. Наши решения помогают предотвратить распространение болезнетворных бактерий и микроорганизмов, способствующих развитию инфекций, сохраняя безопасность и комфорт, как пациента, так и медицинского персонала. Мы предлагаем нашим клиентам средства для:

- обработки медицинских инструментов ручным и автоматическим способом
- дезинфекции кожи рук и последующего ухода
- обработки поверхностей в медицинских организациях (концентраты, готовые к использованию средства, салфетки)
- покрытий для медицинского оборудования
- для уборки – клининговая система Healthguard.

LSEZ LAUMA FABRICS SIA

Ziemeļu street 19, Liepāja, LV-3405, Latvia
Телефон: +371 634 47496
Факс: +371 634 4390
E-mail: dina.treinovska@laumafabrics.com
<http://www.laumamedical.com>



Lauma Medical является крупным производителем изделий медицинского назначения, таких как тканые эластичные бинты высокой растяжимости, поддерживающие эластичные пояса, повязки для суставов, а также изделия для женщин в дородовой и послеродовой периоды.

Продукция Lauma Medical отличается высочайшим качеством. При изготовлении изделий используется только сертифицированное и качественное сырье, преимущественно натуральный хлопок и шерсть.

MEDTRONIC

123317 Москва, Пресненская набережная, д. 10 С

Телефон: +7 495 580 7377

Факс: +7 495 580 7378

<http://medtronic.com/endovenous>

Мировой лидер в области медицинских технологий, услуг и решений - компания Medtronic улучшает здоровье и жизни миллионов людей каждый год. Мы верим, что наша глубокая клиническая, терапевтическая и экономическая экспертиза могут помочь в решении сложных проблем, с которыми сегодня сталкиваются семьи пациентов и системы здравоохранения - таких как рост расходов, старение населения и бремя хронических заболеваний. Но мы не можем решить эти проблемы в одиночку. Именно поэтому мы стремимся к поиску новых партнеров и разработке значимых решений, которые обеспечивают лучшие результаты лечения пациентов.

Компания Medtronic предлагает оборудование для эндовазального лечения варикозной болезни нижних конечностей методом посегментной радиочастотной абляции ClosureFast™. Процедура посегментной радиочастотной абляции ClosureFast™ Medtronic – это простой и быстрый способ лечения ВБНК, на основе автоматического контроля подаваемой энергии по температуре без необходимости вычисления мощности

Процедура РЧА ClosureFast это

- Технология, которой можно доверять - зарекомендовавшая себя, полностью стандартизированная и автоматизированная процедура внутрисосудистого лечения ХВН.
- Выгодно для каждого – выполняется на платной основе или по ОМС.
- Доступна для всех - не требует специальной сертификации помещений и хирурга.
- Амбулаторная процедура, которая применяется на любой стадии заболевания, не имеет ограничений по диаметру вены.

SERVIER (ЗАО «Сервье»)

115054, Россия, г. Москва, Павелецкая пл., д. 2, стр. 3

Телефон: +7 (495) 937-07-00

Факс: +7 (495) 937-07-01

<http://www.servier.com>



Компания Сервье, основанная в 1954 году в Орлеане Доктором Жаком Сервье, является лидирующей независимой фармацевтической компанией Франции, представлена в 146 странах на 5 континентах и насчитывает более 21 400 сотрудников в мире. 28% оборота компании инвестируется в научные исследования и разработки инновационных препаратов.

Сервье работает в России более 23 лет, входит в топ-10 ведущих фармацевтических компаний. С 2000 г. в Москве открыт Центр клинических исследований Сервье.

Сервье – одна из первых международных фармацевтических компаний, локализовавших производство на собственном предприятии в России: в 2007 г. был открыт GMP завод «Сердикс».

АЛТАЙВИТАМИНЫ, ЗАО

Алтайский край, г. Бийск, ул. Заводская, д. 69
Телефон: 8-3854-33-87-19
Факс: 8-3854-32-69-43
E-mail: market@altayvitamin.ru
<http://www.altayvitamin.ru>



фармацевтическая компания
АЛТАЙВИТАМИНЫ

Давно известно, что Алтай – место поистине уникальное. Свежий горный воздух, чистейшая вода, обилие лекарственных растений – природа сама сделала все, чтобы Алтай стал лучшим местом для фармацевтического производства!

Именно в этом экологически чистом регионе еще в середине прошлого века была создана витаминная фабрика, получившая название «Алтайвитамины». Здесь с теплом и заботой создается то, что позволяет сохранить самое главное для любого человека – его здоровье. Именно для этой цели нами производятся лекарственные препараты, основой которых служат натуральные компоненты, дополненные современными разработками в области фармакологии.

ЗАО «Алтайвитамины» – один из пионеров отечественной фармацевтики, в настоящее время входит в число крупнейших фармпредприятий России. За 67 лет мы прошли огромный путь от небольшого цеха до универсального производственного комплекса, оборудованного в соответствии с самыми строгими мировыми стандартами.

В ассортиментном портфеле компании представлено множество препаратов различных фармако-терапевтических групп, причем ряд лекарств представляет собой уникальные разработки и не имеет аналогов в стране, в том числе и «Ангиовит» – первый отечественный лекарственный препарат для коррекции уровня гомоцистеина в крови

Наряду с лекарственными препаратами большое внимание уделяется созданию биологически активных добавок, косметических средств и продуктов функционального питания. Новейшим препаратом стал комплекс из аминокислот и микроэлементов «Элькардио», направленный на поддержание нормального сердечного ритма.

Одним из приоритетных направлений компании стало производство продукции на основе пантового сырья. «Алтайвитамины» – одна из немногих фармацевтических компаний в России, способная перерабатывать панты марала в промышленных масштабах. Тесное взаимодействие с алтайскими мараловодческими хозяйствами позволило нам создать серию натуральных препаратов и косметических средств на основе пантов, включающих домашние пантовые и скипидарные ванны, драже, капсулы и различные тонизирующие напитки.

Кроме этого, в сотрудничестве с ведущими научно-исследовательскими учреждениями и сборными страны по различным видам спорта нами создан ряд продуктов для применения в спортивной медицине, которые имеют заключения антидопингового комитета.

Все эти направления работы подчинены одной цели всесторонней заботе о здоровье человека – успешном лечении, своевременной профилактике, поддержке тонуса и настроения «Алтайвитамины». Мы помогаем сохранить здоровье – единственную высшую ценность

АстраЗенека Россия

125284 Москва, ул. Беговая д. 3, строение 1
Бизнес-центр NordStar Tower
Телефон: +7 (495) 799-56-99
+7 (963) 463-24-98
Факс: +7 (495) 799-56-98
E-mail: moscow.reception@astrazeneca.com
<http://astrazeneca.ru>



Мы убеждены, что наука должна быть в основе всего, что делает компания.

Наука изменяет представления о мире и подходы к борьбе с жизнеугрожающими заболеваниями.

Наука вдохновляет на расширение границ возможного.

Мы верим в высокий потенциал научных идей и развиваем его, как в собственных лабораториях, так и в сотрудничестве с партнерами, что выводит лечение заболеваний на новый уровень.

В «АстраЗенека» ценятся независимое мышление и творческий подход. Это укрепляет нашу решимость улучшать жизни людей благодаря научным достижениям.

Задавать вопросы. Бросать вызов. Исследовать. Побеждать.

«АстраЗенека» – сила научных достижений.

БЕРИНГЕР ИНГЕЛЬХАЙМ, ООО

125171, г. Москва, Ленинградское шоссе, 16А, стр.3

Телефон: +7(495) 544 50 44

Факс: +7(495) 544 56 20

<http://www.boehringer-ingelheim.ru>



Группа компаний Берингер Ингельхайм входит в число 20-ти мировых лидеров фармацевтического рынка. Основанная в 1885 году и по-прежнему находящаяся в семейном владении компания Берингер Ингельхайм занимается научными исследованиями и разработками на их базе инновационных, высокоэффективных препаратов для лечения людей и животных. На мировом рынке Берингер Ингельхайм представлен в 146 представительствах, общее количество сотрудников составляет более 47 700 человек.

Ключевым элементом корпоративной культуры компании Берингер Ингельхайм является приверженность идее социальной ответственности бизнеса, что включает в себя постоянную заботу о сотрудниках, а также участие в широком спектре социальных проектов, например, таких как инициатива «Сделаем Мир Здоровее». Во всем, что делает компания, она руководствуется правилами охраны окружающей среды и устойчивого развития.

ВИАМЕД, ООО

г. Екатеринбург, Верх-Исетский бульвар,

д. 13Н, оф.15

Телефон: (343) 380-77-87, +7-922-14-22-198

E-mail: viamed.ekb@rambler.ru,

solidea-ural@mail.ru

<http://www.solidea-ural.ru>



ООО «Виамед» – торгово-оптовая компания, официальный дистрибьютор в России марки «SOLIDEA», итальянского компрессионного трикотажа, занимающего в Европе лидирующие позиции на рынке чулочных компрессионных изделий. При высоких лечебных свойствах и доказанной эффективности «SOLIDEA» является красивой и элегантной продукцией.

ИННОТЕК, ООО

Москва, Садовническая набережная, 71

Телефон: +7 4956400458

Факс: +7 495 64004 59

E-mail: innotech@innotech.ru

<http://www.innothech.ru>

ООО «ИННОТЕК» входит в группу компаний «Иннотера» (Франция), имеющую столетнюю историю и специализирующуюся в области производства лекарственных препаратов и медицинской продукции для лечения наиболее распространенных заболеваний в следующих областях медицины: гинекология, педиатрия, оториноларингология, пульмонология, флебология, гематология. Наличие в портфеле оригинальных препаратов, произведенных во Франции по современным технологиям, качество продукции и разнообразие форм выпуска позволяют много лет удерживать прочные позиции на российском фармацевтическом рынке.

Среди флебологов и хирургов наиболее широко применяется препарат Флебодиа 600 – единственный в России французский венотоник с удобным режимом приема – 1 таблетка 1 раз в день при ХВН

Институт Стволовых Клеток Человека

119333, г. Москва, ул. Губкина д.3, стр.2, а/я 373
Телефон/Факс: +7 (495) 646-80-76
E-mail: rea@gemabank.ru
<http://hsci.ru>



Институт Стволовых Клеток Человека (ПАО «ИСКЧ») – российская публичная биотехнологическая компания, основанная в 2003 году.

ИСКЧ разрабатывает и внедряет в практическую медицину (коммерциализация и продвижение на рынке) инновационные лекарственные препараты, а также высокотехнологичные медицинские услуги.

Компания ставит целью формирование новой культуры медицинской заботы о человеке – развитие здравоохранения в области персонализированной и профилактической медицины.

Деятельность ИСКЧ охватывает следующие направления современных биомедицинских технологий:

- генная терапия,
- регенеративная медицина (клеточные сервисы и препараты, тканеинженерные продукты),
- медицинская генетика, в т.ч. репродуктивная (генетическая диагностика и консультирование),
- биострахование,
- биофармацевтика (в рамках международного проекта «СинБио»).

ИСКЧ принадлежит крупнейший в России банк персонального хранения стволовых клеток пуповинной крови Гемабанк®, а также банк репродуктивных клеток человека – Репробанк® (персональное хранение и донация).

Компания вывела на рынок первый российский геннотерапевтический препарат для лечения ишемии нижних конечностей атеросклеротического генеза – Неоваскулген®. Неоваскулген® является препаратом «первым в классе», поскольку его механизм действия – терапевтический ангиогенез – открывает новый подход в лечении ишемии. В настоящее время препарат зарегистрирован как в России, так и в Украине.

На российском рынке эстетической медицины ИСКЧ представлен инновационной услугой SPRS-терапия® (комплекс персонализированных лечебно-диагностических процедур на основе зарегистрированной технологии применения дермальных аутофибробластов для коррекции возрастных и рубцовых дефектов кожи).

ИСКЧ реализует социально-значимый проект Genetico по развитию лаборатории новых методов генетической диагностики, а также общероссийской сети медицинских центров для предоставления линейки услуг генетической диагностики и консультирования с целью раннего выявления и профилактики заболеваний с наследственным компонентом. Среди услуг МГЦ Genetico – генетический скрининг, в т.ч. с использованием собственного, территориально-адаптированного, ДНК-чипа ИСКЧ «Этноген», а также диагностических панелей на основе микрофлюидики; неинвазивная пренатальная диагностика Prenetix®, преимплантационная генетическая диагностика эмбрионов на моногенные наследственные заболевания и хромосом-

ные аномалии при проведении процедуры ЭКО (ПГД). С 2013 года спектр услуг медико-генетического консультирования и диагностики предоставляется на базе нового лабораторно-производственного комплекса, созданного ИСКЧ в Москве.

Развивая научные области, связанные с направлениями деятельности ИСКЧ, Компания организует и проводит Ежегодный международный симпозиум «Актуальные вопросы генных и клеточных технологий», издает журнал «Гены и Клетки» (ранее – «Клеточная Трансплантология и Тканевая Инженерия»).

КАНОНФАРМА ПРОДАКШН, ЗАО

Адрес офиса в Москве:
107014 г. Москва, ул. Бабаевская д.6 стр.1
Адрес производства:
141100, г. Щелково, ул. Заречная, 105.
Телефон: +7 (495) 797-99-54
Факс: +7 (495) 797-96-63
<http://www.canonpharma.ru/>



ЗАО «Канонфарма продакшн» – современная Компания новой генерации российских производителей, строящих свой бизнес в соответствии с передовыми тенденциями развития фармацевтического рынка и отвечающих современным стандартам качества и менеджмента. На сегодняшний день, ЗАО «Канонфарма продакшн» представляет препараты практически для всех направлений медицины. Большинство из них включены в список ЖНВЛП и в списки льготного обеспечения населения. Некоторые из этих препаратов не просто не имеют отечественных аналогов, но и входят в перечень лекарственных средств, имеющих приоритетное значение для производства в Российской Федерации.

Прайс-лист компании включает более 170 наименований Кардиологический «портфель» ЗАО «Канонфарма продакшн» включает в себя самые востребованные лекарственные средства, среди которых Депренорм[®] МВ (триметазидин с модифицированным высвобождением), КардиАСК[®] (ацетилсалициловая кислота), Арител[®] (бисопролол), Фозинап[®] (фозиноприл), Ангиаканд (кандесартан), Ирсар[®] (ибесартан), Фелотенз[®] (фелодипин). А так же Депренорм[®] МВ 70мг – первый в России цитопротектор для однократного приема.

Миссия Компании – способствовать прогрессу медицины и общества в целом, предоставляя доступ россиянам к последним мировым достижениям в области лекарственной терапии, помогать людям жить здоровой и полноценной жизнью!

КАРДИОИНТЕХ, ЗАО

109469, г. Москва, ул. Марьинский бульвар, д.10
Телефон: +7(495) 414-79-59
Факс: +7(495) 414-79-59
E-mail: melnik04@post.ru



Основная сфера деятельности компании заключается в исследовании, разработке и внедрении в медицинскую практику новых материалов и новых изделий для сердечно-сосудистой хирургии.

ЗАО «Кардиоинтех» разработал и производит комплект новых протезов фиброзного кольца «КОРБ». Ассортимент производимых ПФК «КОРБ» включает 7 основных моделей. В т.ч. 4 модели для митральной и 3 – для трикуспидальной позиций имплантации:

- митральные ПФК «Базис»;
- митральные ПФК «Профиль»;
- митральные ПФК «Оптим»;
- митральные ПФК «Оптим-Гео»;

- трикуспидальные ПФК «Базис»;
- трикуспидальные ПФК «Оптим»;
- трикуспидальные ПФК «Профиль».

ПФК «КОРБ» предназначены для применения в реконструктивной хирургии с целью устранения расширения фиброзных колец естественных митральных и трикуспидальных клапанов сердца.

ЗАО «Кардиоинтех» разработал концепцию и организовал производство механических полнопроточных трехстворчатых протезов клапанов «КорБит».

ЗАО «Кардиоинтех» является эксклюзивным дистрибьютором фирмы PÉROUSE MEDICAL, Франция по поставке в Россию тканых, вязаных и ePTFE протезов сосудов

Ассортимент производимых протезов сосудов включает:

- 1) прямые и бифуркационные протезы сосудов POLYTHÈSE® IC и POLYMAILLE®;
- 2) прямые тканые торакальные протезы сосудов POLYTHÈSE® ICT;
- 3) односторонние протезы сосудов POLYTHÈSE® POLYBRANCH;
- 4) многосторонние протезы сосудов POLYTHÈSE® POLYARCH;
- 5) вязаные сосудистые заплатки прямоугольной и анатомической формы POLYPATCH® с коллагеновым покрытием;
- 6) сосудистые протезы POLYMAILLE® Flow и POLYMAILLE® Flow Plus Heparin из вытянутого политетрафторэтилена (ePTFE)

ЗАО «Кардиоинтех» является эксклюзивным дистрибьютором фирмы «Braille Biomedica Industria», Бразилия по распространению в России стент-графтов следующего ассортимента:

- аортальные стент – графты «Dominus»;
- абдоминальные стент – графты «Linus»;
- перкутальные аорто-подвздошные стент – графты прямые и конические;
- эндопротез «Lumini»;
- системы доставки и устройства для имплантации (баллонный катетер, эмболизационная спираль и проводник).

КЛИНИКА СОВРЕМЕННОЙ ФЛЕБОЛОГИИ, ООО «Медлайн»

Челябинск, ул. Карла Маркса, 52

Телефон: (351) 777-999-2

E-mail: Veinclinic74@mail.ru

лечимварикоз.рф



КЛИНИКА
СОВРЕМЕННОЙ
ФЛЕБОЛОГИИ

Клиника современной флебологии является одним из ведущих венозных центров не только в Челябинске, но и далеко за его пределами. Мы используем самые передовые технологии в лечении хронических заболеваний вен нижних конечностей.

Все методы, которые мы применяем, являются безопасной и эффективной альтернативой болезненной открытой операции и утверждены Российскими, Европейскими и Североамериканскими стандартами лечения пациентов с варикозным расширением вен. Эти методики уникальны тем, что выполняются амбулаторно, практически не требуют времени на восстановление, являются безболезненными и не оставляют рубцов на Вашей коже.

Основные причины, почему пациенты предпочитают Клинику современной флебологии:

- мы являемся клинической базой кафедры хирургии Факультета Дополнительного Профессионального Образования Южно-Уральского Государственного Медицинского Университета, то есть мы не стоим на месте, а постоянно внедряем все самые современные достижения медицинской науки в ежедневную клиническую практику, обучаем докторов, пишем книги, занимаемся исследовательской деятельностью;

- здесь Вы получаете высококвалифицированную медицинскую помощь при всех формах заболеваний венозной системы – от ранних стадий до тяжелых трофических расстройств;
- каждому пациенту после лечения магистральных вен выдается документальная гарантия на результат;
- мы предлагаем широкий выбор вариантов лечения венозной системы, которые позволяют вернуться к нормальному образу жизни в кратчайшие сроки;
- наши пациенты лечатся без госпитализации в удобных и комфортных условиях;
- мы предоставляем диагностические и лечебные услуги с применением самого современного оборудования и техники;
- специально для Вас разрабатывается персональный план лечения, основанный на индивидуальном подходе;
- мы применяем только те методы, которые утверждены Российскими, Европейскими и Североамериканскими рекомендациями по лечению пациентов с заболеваниями вен, и в настоящее время признанными в качестве «золотого стандарта»;
- мы располагаемся в удобном месте в самом центре города, в 5-и минутах ходьбы от оперного театра;
- клиника современной флебологии является двуязычным объектом со свободным владением английским языком, что позволяет нам лечить пациентов не только из России, но и из других стран;
- мы не жалеем времени, чтобы выслушать каждого пациента и ответить на все интересующие вопросы. Наш преданный и дружелюбный персонал всегда рад Вам помочь!

МЕДКОМ-МП, ООО

г. Челябинск, ул. Сулимова, д. 75в
Телефон: +79191199105
Факс: (351)2600604
E-mail: info@medcom-mp.ru
<http://medcom-medical.ru/>



**Silkofix
Professional**

ООО Медком-МП на сегодняшний день занимает ведущие позиции на рынке оптовых продаж одноразовых изделий медицинского назначения. Наша компания специализируется на поставках современных средств индивидуальной защиты медицинского персонала и перевязочных средств от ведущих мировых производителей Ansell, Pharmaplast, Helm.

Обладая накопленным опытом в специализированном продвижении и высокопрофессиональными кадрами, мы представляем разработку собственной марки современных перевязочных средств Silkofix Professional, предназначенных для лечения различных ран, таких как ожоги, послеоперационные раны, язвы при сахарном диабете, венозной этиологии

ПФАЙЗЕР ИННОВАЦИИ, ООО

123317, Москва, Пресненская наб, д.10

Телефон: +7 495 2875000

Факс: +7495 2875300

E-mail: russia@pfizer.com

<http://www.pfizer.com>



Pfizer: Создавая вместе здоровый мир

Применяя инновации и используя глобальные ресурсы, Pfizer работает для улучшения здоровья и самочувствия людей на каждом этапе жизни. Мы стремимся устанавливать высокие стандарты качества и безопасности проводимых исследований, разработки и производства лекарств. Диверсифицированный портфель продуктов компании включает лекарственные препараты и вакцины, а также ряд хорошо известных во всем мире безрецептурных препаратов.

Ежедневно сотрудники Pfizer работают в развитых и развивающихся странах над улучшением профилактики и лечения наиболее серьезных заболеваний современности. Следуя своим обязательствам как ведущей биофармацевтической компании мира, Pfizer сотрудничает со специалистами здравоохранения, государственными органами и местными сообществами с целью обеспечения и расширения доступности надежной, качественной медицинской помощи по всему миру.

Вот уже более 160 лет Pfizer старается улучшить жизнь тех, кто рассчитывает на нас.

Более подробная информация о компании: www.pfizer.com и www.pfizer.ru

СЕВЕРНАЯ ЗВЕЗДА, ЗАО

188663, Ленинградская обл., Всеволожский район,

г.п. Кузьмолловский

Тел./факс: +7 (812) 309-21-77

<http://www.ns03.ru>

Северная Звезда – производственная фармацевтическая компания.

ЗАО «Северная звезда» динамично развивающаяся компания, которая работает на фармацевтическом рынке России более 17 лет. За это время нам удалось построить современное производство готовых лекарственных средств и оснастить его в соответствии с мировыми стандартами GMP. Цель нашего предприятия, существующего с 2001 года, обеспечить население качественными недорогими лекарствами, обеспечивая, высокую рентабельность и конкурентоспособность выпускаемых твердых лекарственных форм. Коллектив фармацевтической компании ЗАО «Северная звезда» с гордостью может заявить, что мы работаем во имя возвращения здоровья людям в 21 веке!

Мы заботимся о Вас, выпуская эффективные, качественные лекарства по доступным ценам!

Производственная фармацевтическая компания "Северная Звезда" осуществляет свою деятельность на основании бессрочной Лицензии Министерства промышленности и торговли Российской Федерации №12039-ЛС-П от 26 ноября 2012 года «На осуществление производства лекарственных средств»

Такеда Фармасьютикалс, ООО

119048, г. Москва, ул. Усачева, д. 2, стр.1

Тел./факс (495) 933-55-11/ 502-16-25

Тел./факс (495) 933-55-11/ 502-16-25

E-mail: takeda.com.ru

<http://www.takeda.com>



Такеда Фармасьютикалс, ООО крупнейшая фармацевтическая компания в Японии и один из мировых лидеров индустрии, Takeda придерживается стремления к улучшению здоровья пациентов по всему миру путем внедрения ведущих инноваций в области медицины

Компания сосредотачивает свою деятельность на таких терапевтических областях, как заболевания центральной нервной системы, сердечно-сосудистые и метаболические заболевания, гастроэнтерология, онкология и вакцины

«ОБОЛЕНСКОЕ» ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ, ЗАО

142279, Московская обл., Серпуховский район, п. Оболенск, корп. 7-8
Телефон: +7 495 646 28 68
Факс: +7 495 646 28 68
E-mail: info@obolensk.ru
<http://www.obolensk.ru>



АО «Фармацевтическое предприятие «Оболенское» основано в 1994 г. на базе Государственного Научного Центра Прикладной Микробиологии.

В конце 2013 г. на основе производственного предприятия «Оболенское» создан фармхолдинг «Алванса».

В продуктовой портфеле компании насчитывается более 100 наименований лекарственных средств, среди которых широкий спектр социально значимых препаратов. Приоритетное направление отдается сердечно-сосудистым, гастроэнтерологическим, эндокринологическим, противовирусным препаратам.

Производство АО «ФП «Оболенское» соответствует всем требованиям ГОСТ Р 52249-2009 (GMP) «Правила производства и контроля качества лекарственных средств».

Системы менеджмента качества соответствуют требованиям международного стандарта ISO 9001:2008 и национального стандарта ГОСТ ISO 9001-2011.

ЭКСТЕН МЕДИКАЛ – компания группы Технопроект

г. Санкт-Петербург, пер. Бойцова, 4
Телефон: (812) 272-97-87
Факс: (812) 272-17-20
E-mail: office@exten.ru
<http://www.exten.ru>

ООО «Технопроект» – официальный дистрибьютор ведущих мировых производителей инструментария для внутрисосудистых вмешательств, кардиохирургии и сопутствующих материалов:

- «Abbott Vascular», США – инструментарий для ангиопластики и стентирования, включая стенты с лекарственным покрытием Xience и доставляющий лекарство саморассасывающийся сосудистый каркас Absorb...
- «Tryton Medical», США – коронарный стент для лечения бифуркаций коронарных артерий...
- «Merit Medical», США, Ирландия – инструменты для диагностических интервенций - материалы для эмболизации
- «Balt Extrusion», Франция - уникальные устройства для эндоваскулярных нейрорадиологических вмешательств...
- «ELLA CS», Чехия - аортальные стентграфты, несосудистые стенты

- «Maquet», Германия - медицинские расходные материалы и инструменты для хирургии на работающем сердце и при искусственном кровообращении, эндоскопического выделения вены при аортокоронарном шунтировании, и др...
- «Molnlycke Health Care», Швеция – одноразовое медицинское операционное белье, одежда для персонала, сопутствующая одноразовая продукция, – средства по уходу за ранами
- Бракко Имаджинг — мировой лидер в области разработки и производства продуктов для диагностической визуализации-
- и многое другое

«Экстен Медикал» – компания группы «Технопроект». ООО «Технопроект» успешно работает на российском рынке одноразовых медицинских расходных материалов для внутрисосудистых вмешательств и кардиохирургии с 1998 года. Мы являемся поставщиками ведущих лечебных учреждений центрального, южного регионов, Урала, Сибири, Дальнего Востока, Москвы и Санкт-Петербурга.

С первых дней создания компании философией Экстен Медикал является развитие рынка посредством образовательных программ для врачей и пациентов. Наша повседневная практика – организация повышения квалификации интервенционных радиологов, кардиологов и кардиохирургов в лучших клиниках страны, а также в медицинских центрах Европы и Америки; проведение специализированных симпозиумов для врачей поликлинического звена; участие в научной программе региональных и международных медицинских конференций.

Важнейшим направлением деятельности Экстен Медикал является организация лечения пациентов ведущими специалистами в различных областях высокотехнологичной медицинской помощи; повышение информированности населения с использованием печатных изданий, радио, ТВ, on-line консультаций на интернет-сайте www.infarkt.ru.

Наша цель – быть надежным партнером клиник России в лечении болезней сердца и сосудов: обеспечивать высококачественным инструментарием на выгодных условиях, способствовать повышению квалификации специалистов и внедрению в практику прогрессивных методик лечения, повышая при этом конкурентоспособность лечебного учреждения и обеспечивая потоком профильных пациентов.

Открытие Форума-выставки:

17 марта 2017 г. в 10.00

Время работы:

17.03.2016 – с 10-00 до 18-00

18.03.2016 – с 09-00 до 18-00

19.03.2016 – с 10-00 до 17-30

По всем вопросам обращаться:



454091 г. Челябинск, ул. Российская, 279, офис. 712

Телефон: (351) 237-93-83, 237-17-55,

Факс: 268-92-68

E-mail: kvcural@mail.ru, kvc-umf@mail.ru

www.kvcural.tiu.ru

Адрес проведения:

**г. Челябинск
конгресс-отель «Малахит», ул. Труда, 153**

V Международный медицинский научно-практический Форум
«Ангиология: инновационные технологии в диагностике
и лечении заболеваний сосудов и сердца.
Интервенционная кардиология»

VII специализированная выставка «УралМедФарм@»

МАТЕРИАЛЫ ФОРУМА

ISBN 978-5-9907510-3-3

Подписано в печать 13.03.2016.
Формат 60 × 84 ¹/₈. Усл. печ. л. 16,74.
Бумага 80 г/м². Гарнитура Times New Roman суг.
Печать на ризографе. Тираж 65 экз. Заказ № 2305/16.

Издательство «ТИТУЛ»
454048, г. Челябинск, ул. Яблочкина, 23
Тел. (351) 215-04-15

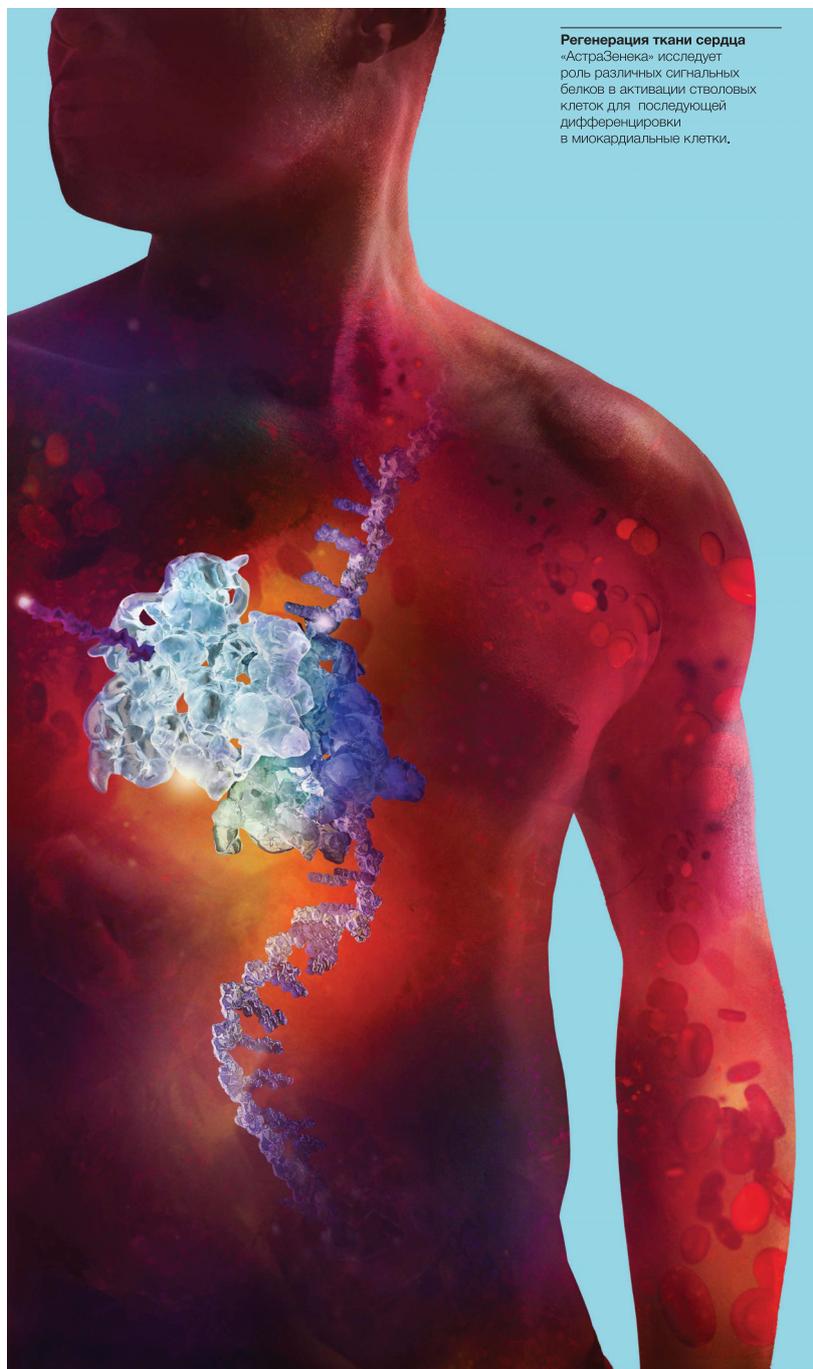
Отпечатано в ПЦ «ПРИНТМЕД».
454092, г. Челябинск, ул. Яблочкина, 23
Тел. (351) 230-67-37
rinmed@mail.ru

*Сила научных достижений

Для здоровья сердца

«АстраЗенека» ведет научные разработки в области изучения возможности регенерации миокарда. Мы исследуем потенциальные методы лечения, позволяющие активировать стволовые клетки сердца для последующей дифференцировки их в миокардиальные клетки у пациентов с сердечной недостаточностью и после перенесенного инфаркта миокарда. Успех исследований в данном направлении может открыть новые возможности для лечения болезней сердца.

www.astrazeneca.ru



Регенерация ткани сердца
«АстраЗенека» исследует роль различных сигнальных белков в активации стволовых клеток для последующей дифференцировки в миокардиальные клетки.

ДЕТРАЛЕКС®

№1 в номинации «Препарат выбора при лечении венозной недостаточности» по результатам голосования российских врачей в рамках премии «Russian Pharma Awards 2015»*

**РАСТИТЕЛЬНОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ
УНИКАЛЬНЫЙ СОСТАВ
ДЕЙСТВИЕ НА ВСЕ ЗВЕНЬЯ ПАТОГЕНЕЗА
НА ВСЕХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ**



ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕН

2 ТАБЛЕТКИ В ДЕНЬ

ГЕМОРОЙ

ДО 6 ТАБЛЕТОК В ДЕНЬ

Краткая инструкция по применению препарата ДЕТРАЛЕКС®

Состав.** Очищенная микронизированная флавоноидная фракция 500 мг: диосмин – 450 мг (90%), флавоноиды в пересчете на гесперидин – 50 мг (10%). **Показания к применению**.** Терапия симптомов хронических заболеваний вен (устранение и облегчение симптомов). Терапия симптомов венозно-лимфатической недостаточности: боль, судороги нижних конечностей, ощущение тяжести и распирания в ногах, «усталость» ног. Терапия проявлений венозно-лимфатической недостаточности: отеки нижних конечностей, трофические изменения кожи и подкожной клетчатки, венозные трофические язвы. Симптоматическая терапия острого и хронического геморроя. **Способ применения и дозы**.** Внутрь. Венозно-лимфатическая недостаточность – 2 таблетки в сутки однократно, в любое время, во время приема пищи. Острый геморрой – до 6 таблеток в сутки. **Противопоказания**.** Повышенная чувствительность к активным компонентам или к вспомогательным веществам, входящим в состав препарата. Не рекомендуется прием препарата кормящим женщинам. **Особые указания**.** При обострении геморроя назначение препарата Детралекс® не заменяет специфического лечения других анальных нарушений. Если симптомы не исчезают после рекомендуемого курса терапии, следует пройти осмотр у проктолога, который подберет дальнейшую терапию. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами**.** Не отмечалось. **Беременность и период кормления грудью**.** До настоящего времени не было сообщений о нежелательных эффектах при применении препарата беременными женщинами. **Влияние на способность управлять автомобилем и выполнять работы, требующие высокой скорости психических и физических реакций**.** Побочное действие**. *Часто:* диарея, диспепсия, тошнота, рвота. *Нечасто:* колит. *Редко:* головокружение, головная боль, общее недомогание, сыпь, зуд, крапивница. *Неуточненной частоты:* боль в животе. **Передозировка**.** Фармакологические свойства**. Детралекс® обладает венотонизирующим и ангиопротективным свойствами. Препарат уменьшает растяжимость вен и венозный застой, снижает проницаемость капилляров и повышает их резистентность. **Форма выпуска**.** Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 500 мг. По 15 или 14 таблеток в блистере (ПВХ/Ал). По 2 или 4 блистера с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную.

**Для получения полной информации, пожалуйста, обратитесь к инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата или получите консультацию специалиста.

* По версии Russian Pharma Awards 2015 в номинации «Препарат выбора для лечения венозной недостаточности».

Регистрационный номер: П № 011469/01
на правах рекламы



Представительство АО «Лаборатории Сервье»:
115054, Москва, Павелецкая пл. д. 2, стр. 3.
Тел.: (495) 937-0700, факс: (495) 937-0701



БАЛУМЕД
ШОВНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

БАЛУМЕД представляет расширенную линейку стерильных хирургических шовных материалов, с травматическими иглами и в отрезках, с возможностью комплектации принадлежностями (прокладками из политетрафторэтилена, наружными фиксирующими бусинками и зажимами)

• **РАССАСЫВАЮЩИЕСЯ:**

«ПОЛИГЛИКОЛИД РАПИД» (PGA rapid)
«ПОЛИГЛИКОЛИД-ЛАКТИД РАПИД» (PGLA rapid)
«ПОЛИГЛИКОЛИД-КАПРОЛАКТОН» (PGCL)
«ПОЛИГЛИКОЛИД» (PGA)
«ПОЛИГЛИКОЛИД-ЛАКТИД» (PGLA)
«ПОЛИДИОКСАНОН» (PDO)
«ПОЛИЛАКТИД-КАПРОЛАКТОН» (P(LA/CL))

• **РАССАСЫВАЮЩИЕСЯ АНТИМИКРОБНЫЕ:**

«ПОЛИГЛИКОЛИД ПЛЮС Т» (PGA+) - с триклозаном
«ПОЛИГЛИКОЛИД ПЛЮС» (PGA+) - с хлоргексидина диацетатом
«ПОЛИГЛИКОЛИД-ЛАКТИД ПЛЮС Т» (PGLA+) - с триклозаном
«ПОЛИГЛИКОЛИД-ЛАКТИД ПЛЮС» (PGLA+) - с хлоргексидина диацетатом
«ПОЛИДИОКСАНОН ПЛЮС» (PDO+) - с хлоргексидина диацетатом

• **НЕРАССАСЫВАЮЩИЕСЯ:**

«ШЕЛК»
«НЕЙЛОН МОНО»
«НЕЙЛОН-К»
«НЕЙЛОН ПЛЕТЕНый»
«КАПРОН»
«КАПРОН-Ф»
«ПОЛИЭФИР-С»
«ПОЛИЭФИР-С КАРДИО»
«ПОЛИЭФИР-Т»
«ПОЛИЭФИР»
«ПОЛИЭФИР ТЕСЬМА»
«ПОЛИЭФИР-Ф»
«ПОЛИЭФИР-Ф ТЕСЬМА»
«ПОЛИЭТИЛЕН ПЛЕТЕНый»
«ПОЛИПРОПИЛЕН»
«ПОЛИПРОПИЛЕН КАРДИО»
«ПВДФ»

www.balumed.su
info@balumed.su
(863)218-36-27,
(863)218-36-28

Baikal®



VIRSAR

ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРЫ

ОДНОКАМЕРНЫЕ ИМПЛАНТИРУЕМЫЕ ПРОГРАММИРУЕМЫЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРЫ



| ЭКС | Режим стимуляции | Конфигурация электродов | Тип коннекторной части | Масса, г. | Тип программатора |
|---|---|-------------------------|------------------------|-----------|-------------------|
| VIRSAR SC | AOO, AAI, AAT, VOO, VVI, VVT | УНИ или БИ | IS-1 BI (3,2 мм) | 24 | ЮНИ 2 |
| ЭКС с обширной статистикой, ночной функцией и функцией записи внутрисердечной электрограммы | | | | | |
| VIRSAR SR | AOO, AAI, AAT, VOO, VVI, VVT, AOO, AAIR, AATR, VOOR, VVIR, VVTR | УНИ или БИ | IS-1 BI (3,2 мм) | 24 | ЮНИ 2 |
| ЭКС с обширной статистикой, ночной функцией и функцией записи внутрисердечной электрограммы, с частотной адаптацией | | | | | |

ДВУХКАМЕРНЫЕ ИМПЛАНТИРУЕМЫЕ ПРОГРАММИРУЕМЫЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРЫ



| ЭКС | Режим стимуляции | Конфигурация электродов | Тип коннекторной части | Масса, г. | Тип программатора |
|---|---|-------------------------|------------------------|-----------|-------------------|
| VIRSAR DC | DDD, DDI, DOO, VDD, AOO, AAI, AAT, VOO, VVI, VVT | УНИ или БИ | IS-1 BI (3,2 мм) | 24 | ЮНИ 2 |
| ЭКС с обширной статистикой, ночной функцией и функцией записи внутрисердечной электрограммы | | | | | |
| VIRSAR DR | DDD, DDR, DDI, DVI, DDIR, DVIR, DOO, DOOR, VDD, VDDR, VVI, VVIR, VVT, VVTR, VOO, VOOR, AAI, AAIR, AAT, AATR, AOO, AOO | УНИ или БИ | IS-1 BI (3,2 мм) | 24 | ЮНИ 2 |
| ЭКС с обширной статистикой, ночной функцией и функцией записи внутрисердечной электрограммы, с частотной адаптацией | | | | | |

ЭЛЕКТРОДЫ ЭНДОКАРДИАЛЬНЫЕ ПОСТОЯННЫЕ БИПОЛЯРНЫЕ ДЛЯ ИМПЛАНТИРУЕМЫХ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРОВ СТЕРОИДНЫЕ



| Электроды | Длина электрода | Площадь поверхности | Тип коннекторной части | Масса, г. | Электронное сопротивление |
|-------------------|-----------------|--|------------------------|---------------|---|
| БИП-11-ИМ3 | 580 мм | Катод 6 мм ² Анод 56 мм ² | IS-1 | Не более 10 г | Катод, не более 60 Ом Анод, не более 70 Ом |
| БИП-12-ИМ3 | 530 мм | | | | |

АО «ИЖЕВСКИЙ МЕХАНИЧЕСКИЙ ЗАВОД»

www.baikalinc.ru, www.tdbaikal.ru





Silkofix Professional

Компания Медком-МП является разработчиком и дистрибьютором новой линии современных перевязочных средств **Silkofix Professional** – это новый бренд, специально созданный для местного лечения и ухода за ранами. Также в ассортимент входят стандартные послеоперационные, фиксирующие повязки **Silkofix**, инцизные пленки **Incifilm** и **Incifilm Povi**, лейкопластыри на нетканой, тканевой, полимерной и шелковой основе разных размеров.

Преимущества Silkofix Professional:

1. Возможность последовательного ведения раны на всех стадиях раневого процесса в условиях влажной среды при острых и хронических ранах: ожоги, травматические раны, пролежни, хронические трофические язвы, СДС, последствия острых гнойных процессов.
2. Антимикробная технология Zeomic (профилактика вторичного инфицирования).
3. Высокая абсорбирующая способность, обеспечивающая поглощение и удержание в своей структуре экссудата.
4. Атравматичность и безболезненность перевязок.
5. Экономическая эффективность, достигаемая при использовании повязок **Silkofix Professional**.

Стадия воспаления - сухой некроз

| | | |
|-------------------------|---|--|
| Fibrogel Ag Plus |  | Увлажнение раны, размягчение струпа, очищение раны от некротических масс |
|-------------------------|---|--|

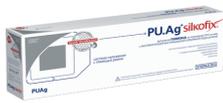
Стадия воспаления – влажный некроз

| | | |
|-------------------------|---|--|
| Fibroclean Ag |  | Абсорбция экссудата, очищение раны, предотвращение инфекции, атравматичность |
| Fibrosorb Ag |  | Абсорбция экссудата, очищение раны, предотвращение инфекции, атравматичность |
| Silkofix Povi |  | Лечение инфицированных ран, предотвращение вторичной инфекции |
| Silkofix Ag Film |  | Предотвращение инфекции, создание влажной среды, атравматичность |

Стадия регенерации и эпителизации

| | | |
|--------------|---|---|
| Fibrocold Ag |  | Заживление во влажной среде, предотвращение инфекции, атравматичность |
| Fibrogel Ag |  | Заживление во влажной среде, предотвращение инфекции, атравматичность. Охлаждающий эффект - первая помощь при ожогах |
| Fibrotul Ag |  | Заживление во влажной среде, предотвращение инфекции, атравматичность |
| Fibrotul |  | Заживление во влажной среде, защита раны, атравматичность |

Послеоперационные и фиксирующие повязки

| | | |
|-----------------|---|--|
| Silkofix |  | Адгезивная стерильная повязка на нетканой основе с сорбционной подушечкой |
| Silkofix Ag |  | Стерильная бактерицидная с абсорбирующей серебряной подушечкой на нетканой основе |
| Silkofix PU-Ag |  | Адгезивная, стерильная на полимерной основе с серебряной абсорбирующей подушечкой |
| Silkofix IV+Pad |  | Адгезивная, стерильная для фиксации катетеров на нетканой основе с дополнительной абсорбирующей подушечкой |
| Silkofix IV-PU |  | Повязка для фиксации катетеров на полимерной основе с фиксирующей лентой |
| Silkofix |  | Повязка рулонная, нестерильная на нетканой основе |



ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«МЕДКОМ-МП»

Адрес: 454048, г. Челябинск, ул. Сулимова, дом 75, В
Телефоны: (351) 260-06-04, 260-19-68
8-919-119-91-05; 8-919-339-32-73

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(г. Челябинск)**

ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России
454003, г. Челябинск,
пр. Героя России Родионова Е.Н., 2
Телефон: (351) 734-27-91
E-mail: kardio74@mail.ru
Http: //www.cardiochel.ru



Проблема крайне высокой заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения (БСК), несмотря на положительные тенденции последних лет, остается актуальной, как в Российской Федерации, так и в Челябинской области.

В связи с этим в рамках Национального проекта «Здоровье» был открыт Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии в Челябинске, который начал свою медицинскую деятельность в декабре 2010 года.

Главный врач Центра Лукин О.П. – главный внештатный специалист по сердечно-сосудистой хирургии МЗ Челябинской области, член Европейской ассоциации кардио-торакальных хирургов, д.м.н, профессор.

ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Челябинск) – это медицинское учреждение нового поколения, в котором объединены все аспекты высокотехнологичной медицинской помощи.



В Центре созданы максимально комфортные и безопасные условия для взрослых и маленьких пациентов. В кардиоцентре размещено 167 коек, включая 17 детских, расположенных на территории четырёх кардиохирургических отделений, и 40 коек в отделении анестезиологии и реанимации. Ежегодно проводится свыше 7000 оперативных вмешательств.

Специалисты ФГБУ «ФЦССХ» оказывают хирургическую помощь гражданам Российской Федерации по следующим направлениям:

▲ ишемическая болезнь сердца и ее осложнения – проводятся оперативные вмешательства, как с использованием искусственного кровообращения, так и прямая реваскуляризация миокарда на работающем

сердце при многососудистом поражении, с применением мини-доступов, а также с применением малоинвазивных рентгенэндоваскулярных методик;

▲ приобретенные пороки у детей и взрослых с проведением реконструктивных операций, транскатетерное протезирование аортального клапана, установка стентграфтов;

▲ врожденные пороки у детей и взрослых, в том числе кардиохирургия новорожденных, кардиохирургия первого года, этапное лечение сложных пороков и повторные кардиохирургические вмешательства, гибридная минимально инвазивная хирургия;

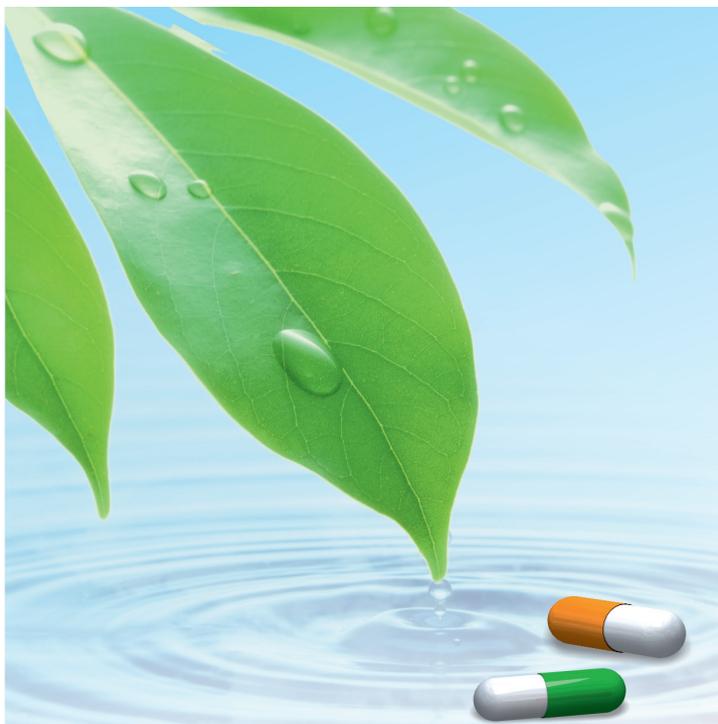
▲ нарушение ритма у детей и взрослых с имплантацией антиаритмических устройств, одно- и двухкамерных электростимуляторов, ресинхронизирующих устройств, кардиовертеров-дефибрилляторов, проведение радиочастотной катетерной абляции для лечения синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта, пароксизмальных наджелудочковых тахикардий, трепетания и фибрилляции предсердий и др.



За пять лет в нашем Центре выполнено свыше 30 тысяч операций на сердце у взрослых и детей.

Догоспитальное обследование больных и диспансерное наблюдение в послеоперационный период проводится в консультативно-диагностическом отделении Центра. Мощность поликлинического отделения составляет 25 тысяч посещений в год. Кроме консультаций врачей-кардиологов, пациенты могут получить квалифицированную помощь у узких специалистов Центра – невролога, терапевта, оториноларинголога, хирурга, гинеколога, уролога, офтальмолога, эндокринолога. ФЦССХ располагает мощной диагностической базой – современные аппараты магнитно-резонансной томографии, компьютерной томографии, ангиографии, эндоскопическая аппаратура, аппараты ультразвуковой диагностики и функциональной диагностики экспертного класса. Современные медицинские технологии, применяемые в Центре, большой практический опыт и высокий профессионализм специалистов учреждения позволили добиться высоких качественных показателей в работе

Главной целью для специалистов нашего Центра является улучшение здоровья и продление жизни пациентов, которые страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями, что достигается благодаря эффективному лечению и применению реабилитационных программ; разработке и внедрению в практику новых методов профилактики, диагностики и лечения болезней сердца; проведению научных исследований в области кардиологии и кардиохирургии.



фармацевтическая компания

АЛТАЙВИТАМИНЫ

**МЫ ПОМОГАЕМ СОХРАНИТЬ ЗДОРОВЬЕ –
ЕДИНСТВЕННУЮ ВЫСШУЮ ЦЕННОСТЬ**

Россия, 659325, Алтайский край, г. Бийск, ул. Заводская, 69
тел.: (3854) 33-87-19; e-mail: market@altayvitamin.ru
www.altayvitamin.ru

АНГИОВИТ®

Первый отечественный
лекарственный препарат
для лечения гипергомоцистеинемии
и профилактики её последствий:

- инфаркта миокарда
- инсульта
- атеросклероза
- тромбозов различной локализации
- ишемической болезни сердца



P №003699/01 от 25.08.2009

Элькардио®

Поддерживает нормальный сердечный
ритм благодаря комплексному
действию компонентов

- ✓ таурин
- ✓ L-аргинин
- ✓ магний



СГР (ЕАС) № RU.77.99.11.003.E.010569.12.15

ВИТАБС® КАРДИО

Витаминно-растительный комплекс
для поддержки нормального состояния
сердечно-сосудистой системы

- ♥ Комплекс витаминов группы В
защищает стенки сосудов от повреждающего
действия гомоцистеина
- ♥ Экстракт виноградных косточек
содержит биофлавоноиды, обладающие
антиоксидантными свойствами



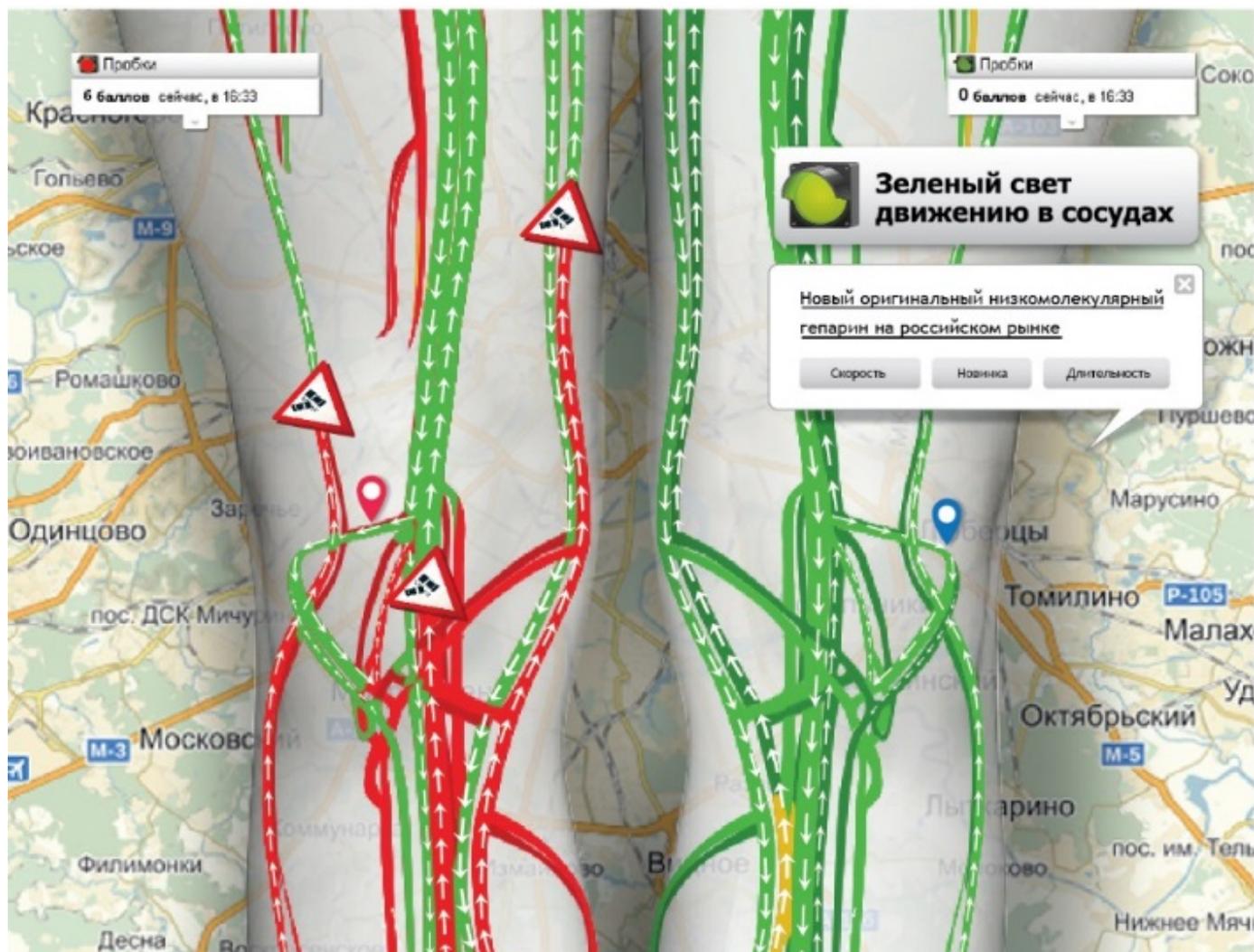
СГР № RU.77.99.11.003.E.003449.03.14

БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВОМ.

БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВОМ.

Флюксум®
парнапарин

**ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН**



- 📍 Флюксум обеспечивает высокий уровень реканализации вен¹
- 📍 Обладает высоким профилем безопасности²
- 📍 Имеет продолжительный период полувыведения



1. A. Tedoldi, Antithrombotic effect of low molecular weight heparins in patients with deep vein thrombosis Clinical Trials and Meta-Analysis, 28 (1993) 215-225
2. G. Camporese, Update on the clinical use of the low-molecular weight heparin, parnaparin, Vascular Health and Risk Management 2009;5 819-831

ALFA WASSERMANN

ООО «Альфа Вассерманн» 115114 г. Москва, Дербеневская набережная 11 А, сектор 2, офис 74 Тел/факс: (495) 9136839



КЛИНИКА СОВРЕМЕННОЙ ФЛЕБОЛОГИИ

ДОСТИЖЕНИЯ НАУКИ У ВАШИХ НОГ

Клиника современной флебологии является одним из ведущих венозных центров не только в Челябинске, но и далеко за его пределами.

Мы используем самые передовые технологии в лечении хронических заболеваний вен нижних конечностей.

Все методы, которые мы применяем, являются безопасной и эффективной альтернативой болезненной открытой операции и утверждены Российскими, Европейскими и Североамериканскими стандартами лечения пациентов с варикозным расширением вен.

Эти методики уникальны тем, что выполняются амбулаторно, практически не требуют время на восстановление, являются безболезненными и не оставляют рубцов на Вашей коже.



НАША МИССИЯ:

Мы помогаем людям получать высочайшее качество диагностики и лечения всех видов заболеваний вен, делая этим их жизнь лучше.

Мы несем полную ответственность за свои действия!

Клиника современной флебологии
Челябинск, ул. Карла Маркса, 52

Тел.: +7 (351) 777-999-2, veinclinic74@mail.ru

WWW.ЛЕЧИМВАРИКОЗ.РФ



ЕВРО-АЗИАТСКАЯ АССОЦИАЦИЯ
Ангиологов и Сосудистых Хирургов

www.eaavs.com

Контакты:

Адрес для корреспонденции:
Евро-Азиатская ассоциация ангиологов и сосудистых хирургов
454021, Россия, г. Челябинск,
Пр. Победы, 287, 3-й этаж, правое крыло,
отделение сосудистой хирургии.

Телефон: +7 963 0 777 333

Факс: +7 351 741 67 17

E-mail: secretariat@eaavs.com