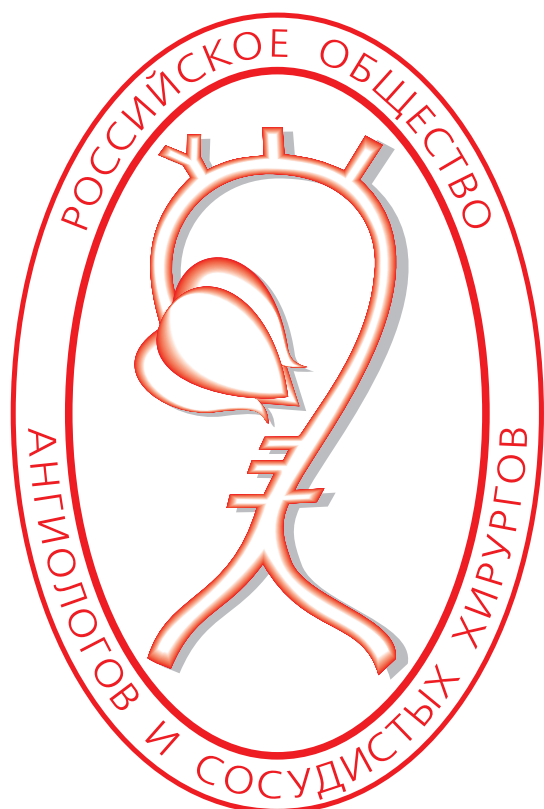


# АНГИОЛОГИЯ И СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ

ГОРИЗОНТЫ СОВРЕМЕННОЙ  
АНГИОЛОГИИ, СОСУДИСТОЙ  
ХИРУРГИИ И ФЛЕБОЛОГИИ



*Angiology  
and Vascular Surgery*

**XXXVII**

Горизонты современной ангиологии,  
сосудистой хирургии и  
флебологии

**Том 28**

**1/2022**

(приложение)

# **РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО АНГИОЛОГОВ И СОСУДИСТЫХ ХИРУРГОВ**

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

## **МАТЕРИАЛЫ**

**XXXVII Международной конференции**

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

20-22 мая 2022 года  
Кисловодск

Оперативные вмешательства, у пациентов получивших ДВАКТ, произведены ближайшие 2-3 сутки после баллонной ангиопластики (28%). Следует отметить, что у 11 (14,8%) больных во время баллонной ангиопластики артерий голени наблюдалось признаки диссекции, у 5 (6,7%) признаки экстравазации. При этом во всех случаях нам удалось предотвратить прогрессированию ишемии нижних конечностей.

*Обсуждение:* эндоваскулярные вмешательства на сосудах на фоне сахарного диабета представляет собой высокий риск потери конечности. Эндоваскулярное вмешательство возможно, ему отдается предпочтение в связи с малой инвазивностью, но ожидать хороших результатов всегда невозможно. Необходимо отметить, что во всех случаях нам удалось предотвратить прогрессирования ишемии конечности и тем самым сохранит опорно-двигательную функцию конечности. Это в свое очередь показывает высокую эффективность ДВАКТ после рентгенэндоваскулярных вмешательств у больных гнойно-некротическими осложнениями на фоне сахарного диабета.

*Выводы:* внутриаартериальное введение лекарственных препаратов раннем периоде после эндоваскулярной баллонная ангиопластики является эффективным способом купирования критической ишемии нижних конечностей на фоне синдрома диабетической стопы и ранние сроки приводит к отграничению некротического процесса и это в свое очередь дает практическому хирургу уменьшит процент хирургических осложнений связанной баллонной ангиопластикой артерий голени в послеоперационном периоде.

## **МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

*Матмуротов К.Ж., Саттаров И.С., Саитов Д., Рузметов Н.А.,  
Душамов И.Т.*

*Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

*Введение:* улучшить результаты лечения у больных с диабетической гангреной нижних конечностей

*Материалы и методы:* исследование включает 61 больных, которых получали лечения в Республиканском центре гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета МЗ РУз в 2021 году. Эти больные имели гнойно-некротические поражения стоп и голени, развивающиеся на фоне критической ишемии при синдроме диабетической стопы. Возраст больных от 49 до 77 лет, медиана 63 лет. Следует отметить, что более 70% (n=36) пациентов были старше 60 лет, 47% женщин, 53% - мужчин. Длительность сахарного диабета у больных составляло от 6 мес (диагностирован при обследовании по поводу гнойно-некротического поражения стоп) до 38 лет, медиана – 11 лет. Длительность поражения стоп

в исследуемой группе больных составляло от 14 дней до 3-х лет, в среднем 2 месяца. Преобладало поражение правой ноги – 60,3% наблюдений, что связано с большой нагрузкой на правую ногу и в связи с этим большей ее подверженностью травмирующим воздействием, которые являются фактором развития гнойно-некротических поражений стоп. Первичным критерием отбора больных для определения объема оперативного вмешательства и показанием к эндоваскулярному баллонной ангиопластики считали признаки критической ишемии конечности с курабельным поражением тканей стопы. Для визуализации артерий нижних конечностей, исследования характера окклюзионно-стенотического поражения и планирования тактики лечения всем больным выполнена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) артерий нижних конечностей. При наличии флегмоны стопы ее дренирование и резекционные операции выполняли до реваскуляризации. Из 61 больных у 5 (8,2%) до реваскуляризации произведена вскрытие флегмоны. При ограничении гнойно-некротического процесса на стопе, отсутствии тенденции к распространению, наличии условий для реваскуляризирующую операцию производили эндоваскулярную баллонную ангиопластику. В случае отграничения некротического процесса на стопе без риска прогрессирования вначале выполняли баллонную ангиопластику артерий, затем – резекционную операцию на стопе.

*Результаты:* после проведения баллонной ангиопластики больные находились под наблюдением и получали антибактериальную (цефалоспорины, аминогликозиды), антиоксидантную (актовегин, вазопростан) и антикоагулянтную (гепарин, клексан) терапию. В динамике наблюдения и проведения комплекса лечебных мероприятий пациентам проведенным баллонную ангиопластику в 9 (14,7%) случаях произведена экзартикуляция пальца, у 8 (13,1%) больных выполнялось поэтапная некрэктомия. Для сохранения опорно-двигательной функции конечности 8 (13,1%) пациентам выполнена ампутация стопы по Шарпу. Следует отметить, что у 11 (18%) больных через сутки после баллонной ангиопластики установлен катетер в бедренную артерию на стороне поражения для длительной внутриартериальной катетерной терапии (ДВАКТ) и эти пациенты в течение 3-5 суток получали ДВАКТ. Показаниями к ДВАКТ было выраженная ишемия и прогрессирующий гнойно-воспалительный процесс.

*Обсуждение:* если эндоваскулярное вмешательство возможно, ему отдается предпочтение в связи с малой инвазивностью. Ограничение длительности эффекта баллонной ангиопластики компенсируется легкой повторяемостью и минимальной угрозой для жизни больного. Необходимо отметить, что во всех случаях нам удалось сохранить опорно-двигательную функцию конечности. Это в свое очередь показывает высокую эффективность рентгенэндоваскулярных вмешательств у больных гнойно-

некротическими осложнениями на фоне сахарного диабета.

*Выводы:* эндоваскулярная баллонная ангиопластика является эффективным способом купирования критической ишемии нижних конечностей на фоне синдрома диабетической стопы. Баллонная ангиопластика позволяет добиться к быстрому заживлению гнойно-некротических поражений стопы ишемического характера и выполнить адекватную удалению гнойно-некротических поражений. Разработка методов ранней диагностики (до гнойно-некротического поражения стоп) и своевременная баллонная ангиопластика являются перспективными направлениями улучшения оказания помощи больным с синдромом диабетической стопы.

## **НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СИМПТОМНЫХ АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ**

*Михайлов И.П., Коков Л.С., Исаев Г.А., Демьянов А.М., Тутова Д.З.*

*НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия*

*Введение:* Определение тактики и улучшение результатов лечения больных с симптомными аневризмами брюшной аорты. Материалы и методы. Всего за период с 2010 по 2020 год в НИИ СП находились на лечении 555 пациентов с аневризмой брюшной аорты. С симптомными аневризмами поступили 188 (33,8%) больных. Мужчин было большинство – 152 (80,8%), женщин – 36 (19,2%). Средний возраст поступивших – 69,8 лет (от 53 до 84 лет). Все пациенты поступили в экстренном порядке. Из дома поступили 144 (76,6%) больных, переводом из других медицинских учреждений - 44 (23,4%) пациента. Всем пациентам при поступлении было выполнено ультразвуковое исследование брюшной полости и забрюшинного пространства, при котором выявлена инфраренальная аневризма брюшной аорты. Компьютерная томография с внутривенным контрастированием была выполнена в 126 (67,0%) случаях.

*Материалы и методы:* Всего за период с 2010 по 2020 год в НИИ СП находились на лечении 555 пациентов с аневризмой брюшной аорты. С симптомными аневризмами поступили 188 (33,8%) больных. Мужчин было большинство – 152 (80,8%), женщин – 36 (19,2%). Средний возраст поступивших – 69,8 лет (от 53 до 84 лет). Все пациенты поступили в экстренном порядке. Из дома поступили 144 (76,6%) больных, переводом из других медицинских учреждений - 44 (23,4%) пациента. Всем пациентам при поступлении было выполнено ультразвуковое исследование брюшной полости и забрюшинного пространства, при котором выявлена инфраренальная аневризма брюшной аорты. Компьютерная томография с внутривенным контрастированием была выполнена в 126 (67,0%) случаях.

*Результаты:* Из 188 пациентов, 56 (29,8%) больных были госпитализированы из приемного в реанимационное отделение, а 132 (70,2%) больных в госпитальное отделение для проведения гипотензивной

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОЙ АОРТЫ С ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ</b> <i>Абросимов А.А., Яменсков В.В., Образцов А.В., Пинчук О.В., Зиновьев П.А., Воронова М.А. ....</i>	<b>3</b>
<b>КРИТИЧЕСКАЯ ИШЕМИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН: ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ</b> <i>Агурбаи А.Н., Магомедова Х.К., Иванов М.А. ....</i>	<b>4</b>
<b>ВЛИЯНИЕ ТРОМБОГЕМОМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ COVID-19 НА РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ</b> <i>Агурбаи А.Н. ....</i>	<b>5</b>
<b>ОТСРОЧЕННЫЕ ГИБРИДНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ И ТРОМБОЭМБОЛИИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ</b> <i>Акчурин Р.С., Имаев Т.Э., Колегаев А.С., Лепилин П.М., Саличкин Д.В., Мкртычев Д.С. .....</i>	<b>6</b>
<b>ПРОТЕЗИРОВАНИЕ БРЮШНОЙ АОРТЫ В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ПРОТЕЗА</b> <i>Александров Ю.В., Поляков С.В., Георгиев А.Ю., Баранов И.В., Марков С.О., Масленникова Е.А., Степанова И.В., Микашкина И.Г. ....</i>	<b>7</b>
<b>ЛЕЧЕНИЕ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ОНКОАССОЦИИРОВАННЫХ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН, ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ. ФОКУС НА СОЧЕТАННУЮ ТЕРАПИЮ</b> <i>Андожская Ю.С., Новикова А.С., Мельцова А.Ж. ....</i>	<b>10</b>
<b>ТАКТИКА КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ РАСПРОСТРАНЕННЫМ КАЛЬЦИНОЗОМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ</b> <i>Андреев А.В., Васильев В.П., Латыпов Р.С., Галяутдинов Д.М., Пашаев Р.А., Ширяев А.А., Акчурин Р.С. ....</i>	<b>11</b>
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ОКСИМЕТРИИ (NIRS) В ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКЕ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИЯХ СОННЫХ АРТЕРИЙ</b> <i>Андрейчук К.А., Головань Е.П., Сокуренок Г.Ю., Корнев В.И., Найденов Д.И., Филатов Р.О. ....</i>	<b>13</b>
<b>АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОЙ АОРТЫ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ: ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ</b> <i>Андрейчук К.А., Андрейчук Н.Н., Сокуренок Г.Ю., Дойников Д.Н. ....</i>	<b>15</b>
<b>ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОККЛЮЗИИ ЯИЧНИКОВЫХ ВЕН МИКРОСПИРАЛЯМИ</b> <i>Ахметзянов Р.В., Бредихин Р.А. ....</i>	<b>16</b>
<b>ЕДИНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ТРАНСФОРМАЦИИ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ТАЗА И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ</b> <i>Ахметзянов Р.В., Бредихин Р.А. ....</i>	<b>18</b>

<b>ПОЯВЛЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОЧАГА НА СТОПЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СЕГМЕНТА ПОРАЖЕНИЯ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ</b>	
<i>Матмуротов К.Ж., Атажанов Т.Ш., Саитов Д.Н., Душамов И.Т., Рузметов Н.А.....</i>	<b>180</b>
<b>ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГАНГРЕНОЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ</b>	
<i>Матмуротов К.Ж., Саттаров И.С., Атажанов Т.Ш., Саитов Д.Н., Душамов И.Т....</i>	<b>182</b>
<b>МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ</b>	
<i>Матмуротов К.Ж., Саттаров И.С., Саитов Д., Рузметов Н.А., Душамов И.Т. ....</i>	<b>183</b>
<b>НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СИМПТОМНЫХ АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ</b>	
<i>Михайлов И.П., Коков Л.С., Исаев Г.А., Демьянов А.М., Тутова Д.З. ....</i>	<b>185</b>
<b>ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТРОМБИРОВАННЫХ АНЕВРИЗМ ПОДКОЛЕННЫХ АРТЕРИЙ</b>	
<i>Михайлов И.П., Лавренов В.Н. ....</i>	<b>188</b>
<b>ОБЩЕБЕДРЕННО-ПРОФУНДНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ИЛИ ПРОТЯЖЁННАЯ ПРОФУНДОПЛАСТИКА – ЧТО ЛУЧШЕ?</b>	
<i>Михайлов И.П., Козловский Б.В., Арустамян В.А.....</i>	<b>190</b>
<b>МЕСТО РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ХИРУРГИИ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ</b>	
<i>Мкртчян А.Н., Кононенко Д.А., Горин С.Г. ....</i>	<b>191</b>
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ СОЧЕТАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ БИФУРКАЦИИ АОРТЫ И ОБЩИХ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ В БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ НАБЛЮДЕНИЯ</b>	
<i>Мочалова А.Б., Саая Ш.Б., Гостев А.А., Чебан А.В., Рабиун А.А., Бугуров С.В., Бочков И.В., Осипова О.С., Игнатенко П.В., Карпенко А.А. ....</i>	<b>193</b>
<b>БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ БЕДРЕННО-ДИСТАЛЬНЫХ ШУНТИРОВАНИЙ</b>	
<i>Мухамадеев И.С., Оборин А.А., Данилов В.Н. ....</i>	<b>194</b>
<b>ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ И КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ: ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ</b>	
<i>Мухамадеев И.С., Оборин А.А. ....</i>	<b>195</b>
<b>МНОГОУРОВНЕВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ</b>	
<i>Мухамадеев И.С., Оборин А.А., Данилов В.Н. ....</i>	<b>196</b>
<b>ПЕТЛЕВАЯ ЭНДАРТЕРЭКТОМИЯ ИЗ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ И АОРТО-БЕДРЕННОЕ ШУНТИРОВАНИЕ: ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ</b>	
<i>Оборин А.А., Мухамадеев И.С., Данилов В.Н. ....</i>	<b>197</b>
<b>СРЕДНЕСРОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОТКРЫТОГО И ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТЕННО-ОККЛЮЗИОННОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОДВЗДОШНОГО СЕГМЕНТА (TASC II C, D) В РАНДОМИЗИРОВАННОМ КЛИНИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ</b>	
<i>Оганисян С.А., Саая Ш.Б., Футтулоева Ш.Ш., Гостев А.А., Чебан А.В., Рабиун А.А., Бугуров С.В., Осипова О.С., Игнатенко П.В., Стародубцев В.Б., Митрофанов В.О., Карпенко А.А. ....</i>	<b>198</b>