



ISSN  
2187-7359

# О'ЗБЕКИСТОН ХИРУРГИЯСИ

---

# ХИРУРГИЯ УЗБЕКИСТАНА

Wondershare  
PDFelement



Академик  
Вахидов В.В.



[www.pubsurgery.uz](http://www.pubsurgery.uz)

№2 (94)

---

2022

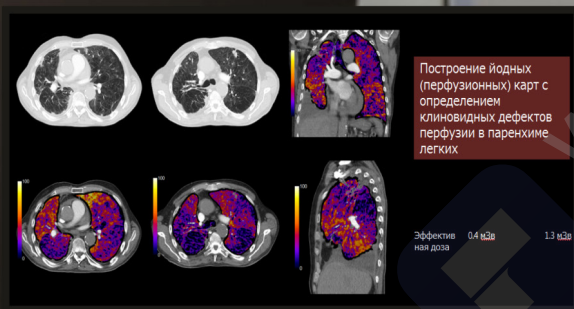


Akademik V.Vohidov  
nomidagi  
RESPUBLIKA  
IXTISOSLASHTIRILGAN  
XIRURGIYA  
ILMIIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI

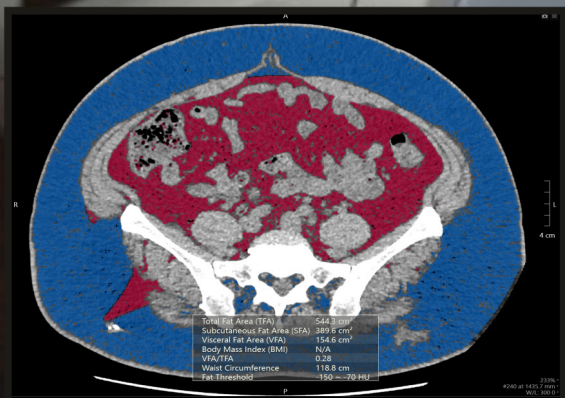
Мустакил давлатлар ҳамдустиги,  
колаверса Марказий Осиё мамлаткатлари  
орасида биринчи булиб бизнинг  
давлатимизда Тошиба компаниясининг  
«Aquillon one» Genesis модели  
охирги авлод компьютер томографи  
урнатилди.

Шунингдек булимимиз 1,5 Тесла МРТ билан  
жихозланган булиб унда барча кундалик  
текширишлар олиб борилади  
(бош ва орка мия, корин бушлиги ва кичик  
чанок аъзолари, бугимлар ва умуртка  
погонаси текширувлари).

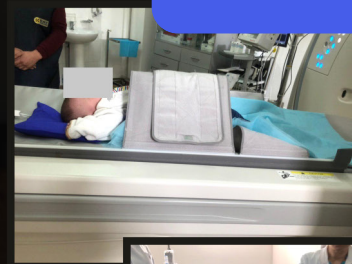
**TOSHIBA 640 кесимли**  
**Aquillon ONE**  
GENESIS



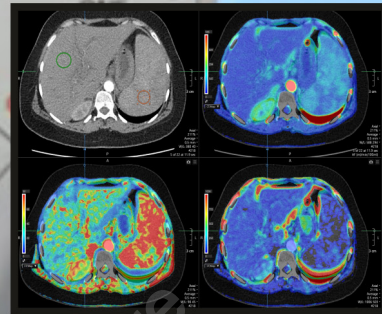
Упка артерияси тромбоемболиясида  
Dual-Energy ангиопульмонография  
имконияти.



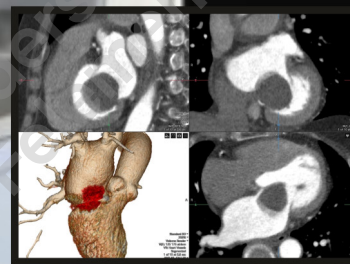
Семиришга мойил беморларда висцерал  
енгил миқдорий тахлили.



Вазни 8 кг булган  
беморларда  
текширув махсус  
фиксацияловчи  
гилоф ердамида  
наркозсиз  
утказилади.

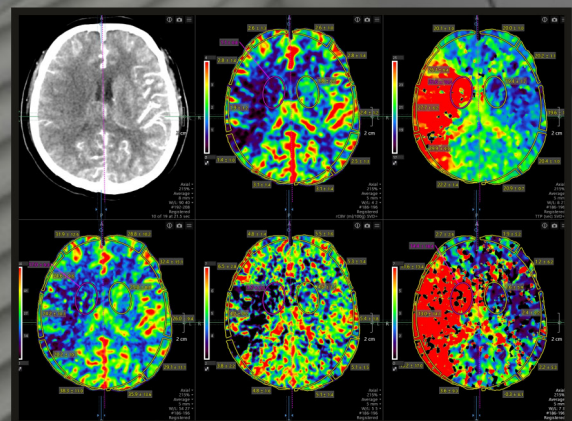


**МСКТ-ангиография**  
жигар циррози билан  
хасталанган беморнинг  
жигар перфузияси ва  
портокавал тизимининг МСКТ - ангиография  
натижалари.



**МСКТ-ангиография**  
Магистрал кон-  
томирлар ва юрак  
МСКТ - ангиография  
текшируви - чап  
булмача  
миксомасининг  
жойлашган

урни, улчамлари, усманинг диастола  
даврида чап коринчага силжиш  
даражасини аниқ курсатади.



**МСКТ - перфузия** Уткир мия кон  
айланишининг бузилиши илк белгиларини  
МСКТ - перфузия ердамида аниқлаш.

Telefon: **+(99871) 277-27-60**

Dushanba-Shanba 8:30 - 15:00

Bizning manzil: O`zbekiston, Toshkent sh., Kichik  
xalqa yo`li ko`chasi, 10

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН



## Ўзбекистон хирургияси

Илмий-амалий журнал  
1999 йилда ташкил этилган

## Хирургия Узбекистана

Научно-практический журнал  
Основан в 1999 году

*Главный редактор*

**Ф.Г. НАЗЫРОВ**

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

Акилов Х.А.  
Алиев М.М.  
Алимов А.В.  
Девятов А.В.

Зуфаров М.М.  
Икрамов А.И.  
Исмаилов С.И.  
Кариев Г.М.

Каримов Ш.И.  
Лигай Р.Е.  
Наврұзов С.Н.  
Низамходжаев З.М.

Собиров Д.М.  
Турсунов Б.З.  
Хаджибаев А.М.  
Шадманов А.К.  
Эшонходжаев О.Д.

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ**

Акбаров М.М.  
Акилов Ф.А.  
Ахмедов Ю.М.  
Байбеков И.М.  
Баймаханов Б.Б.  
Бахритдинов Ф.Ш.  
Бокерия Л.А.  
Готье С.В.  
Давыдов М.И.  
Ирисметов М.Э.  
Назирова Л.А.

(Ташкент)  
(Ташкент)  
(Самарканд)  
(Ташкент)  
(Алматы)  
(Ташкент)  
(Москва)  
(Москва)  
(Москва)  
(Ташкент)  
(Ташкент)  
(Ташкент)

Порханов В.А.  
Рамазанов М.Е.  
Ревшвили А.Ш.  
Салимов Ш.Т.  
Стилиди И.С.  
Хакимов М.Ш.  
Ходжиев Д.Ш.  
Шамсиев А.М.  
Шарапов Н.У.  
Шевченко Ю.Л.  
Эргашев Б.Б.

(Краснодар)  
(Алматы)  
(Москва)  
(Ташкент)  
(Москва)  
(Ташкент)  
(Нукус)  
(Самарканд)  
(Ташкент)  
(Москва)  
(Ташкент)

Заведующий редакцией - Абдукаримов А.Д.

**УЧРЕДИТЕЛЬ**

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр  
хирургии имени академика В.Вахидова»

**№2 (94) 2022**

<i>Чернов Д.А., Маткаримов З.Т., Ибрагимов С.Х., Бахритдинов Ф.Ш., Ибадов Р.А.</i>	
<b>ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ДО И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ НА ФОНЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ .....</b>	<b>173</b>
<i>Шерматов М., Камалов С.</i>	
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ .....</b>	<b>174</b>
<i>Эфендиев В.У., Каюмов А.Р., Юсупов М.М., Комилов Д.К., Адылов Ш.Ш.</i>	
<b>ПЕРВЫЙ УСПЕШНЫЙ ОПЫТ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ГРУДНОЙ АОРТЫ ПРИ РАССЛОЕНИИ АОРТЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГИБРИДНОГО ПРОТЕЗА (FROZENELERHANTGRAFT) .....</b>	<b>175</b>
<i>Эфендиев В.У., Каюмов А.Р., Юсупов М.М., Адылов Ш.Ш.</i>	
<b>ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ РИТМА ПРИ ДЛИТЕЛЬНО ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ МЕТОДОМ ЛЕВОПРЕДСЕРДНОГО CUTANDSEW .....</b>	<b>175</b>
<b>III. СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ</b>	
<i>Бабаджанов Б.Д., Матмуратов К.Ж., Атажанов Т.Ш., Саитов Д.Н., Рузметов Н.А.</i>	
<b>ПОВТОРНЫЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГАНГРЕНОЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ .....</b>	<b>176</b>
<i>Бабаджанов Б.Д., Матмуратов К.Ж., Саитов Д.Н., Рузметов Н.А.</i>	
<b>РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА СТОПЕ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ .....</b>	<b>176</b>
<i>Бахритдинов Ф.Ш., Суюмов А.С., Умаров Ф.Р., Мадраимов А.А.</i>	
<b>ТОТАЛЬНАЯ ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ ПРИ РЕЦИДИВЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ .....</b>	<b>177</b>
<i>Бахритдинов Ф.Ш., Суюмов А.С., Умаров Ф.Р., Мадраимов А.А.</i>	
<b>НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ НИЗКОСКОРОСТНЫХ ВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ .....</b>	<b>177</b>
<i>Бахритдинов Ф.Ш., Ахмедов А.Р., Мардонов Ж.Н., Собиров Ж.Г., Абдугафуров З.У.</i>	
<b>РОЛЬ ТОНКОИГОЛЬНОЙ ПУНКЦИОННОЙ НУЛЕВОЙ БИОПСИИ В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИИ БЛИЗКОРОДСТВЕННОГО ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАНТА .....</b>	<b>178</b>
<i>Бозоров А.Г, Ахмедов Л.А., Тоиров И.Р.</i>	
<b>ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЛИЦ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО ПОЛА .....</b>	<b>179</b>
<i>Джурраева Н.М., Икрамов А.И., Хайбуллина З.Р., Амирхамзаев А.Т., Вахидова Н.Т., Шамирзаев Х.Э., Абдухалимова Х.В., Султанов А.Т.</i>	
<b>ДАННЫЕ МСКТ ПЕРФУЗИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ОСТРЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТАХ .....</b>	<b>179</b>
<i>Каримов Ш.И., Юлбарисов А.А., Алиджанов Х.К., Ахматов А.М., Муминов Р.Т., Джалилов А.А., Джуманиязова Д.А.</i>	
<b>РОЛЬ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ОКСИМЕТРИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ СОННЫХ АРТЕРИЙ .....</b>	<b>180</b>
<i>Кузиев О.А.</i>	
<b>ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ, СОПРОВОЖДАЮЩАЯ АРТЕРИАЛЬНЫЕ И ВЕНОЗНЫЕ СОСУДИСТЫЕ КАТАСТРОФЫ (КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ) .....</b>	<b>180</b>
<i>Khanchi Mead, Matkerimov A.Zh, Tergeussizov A.S., Demeuov T.N, Zhakubayev M.A., Khanchi M.M., Shamshiev A.S.</i>	
<b>SURGICAL TREATMENT OF MULTIFOCAL ATHEROSCLEROTIC VASCULAR LESIONS FORMS IN COMBINATION WITH RENOVASCULAR HYPERTENSION .....</b>	<b>181</b>
<i>Khanchi Mead, Matkerimov A.Zh, Tergeussizov A.S., Demeuov T.N, Zhakubayev M.A., Khanchi M.M., Shamshiev A.S.</i>	
<b>TACTICS OF SURGICAL TREATMENT IN COMBINATION WITH AORTOARTERITIS RENOVASCULAR HYPERTENSION .....</b>	<b>181</b>
<i>Khanchi Mead, Matkerimov A.Zh, Tergeussizov A.S., Demeuov T.N, Zhakubayev M.A., Khanchi M.M., Shamshiev A.S.</i>	
<b>EVALUATION OF ENDOVASCULAR SURGICAL TREATMENT OF RENOVASCULAR HYPERTENSION IN COMBINATION WITH LESIONS OF OTHER ARTERIAL .....</b>	<b>182</b>

## СОДЕРЖАНИЕ

<i>Khanchi Mead, Matkerimov A.Zh, Tergeussizov A.S., Demeuov T.N, Zhakubayev M.A., Khanchi M.M., Shamshiev A.S.</i>	
<b>QUESTIONS DIAGNOSIS OF RENOVASCULAR HYPERTENSION .....</b>	<b>182</b>
<i>Матмуротов К.Ж., Саттаров И.С., Саитов Д.Н., Рузметов Н.А.</i>	
<b>КОМБИНИРОВАННЫЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХИРУРГИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ .....</b>	<b>183</b>
<i>Мамасолиев З.Н., Мамасалиев Н.С., Каландаров Д.М., Усманов Б.У.</i>	
<b>“ПАНОРАМА” БОЛЬНЫХ, ОБРАТИВЩИХСЯ В ЭКСТРЕННЫЕ СТАЦИОНАРЫ ПО ПОВОДУ СОСУДИСТЫХ КАТАСТРОФ .....</b>	<b>183</b>
<i>Муминов М.А., Ахмедов Л.А.</i>	
<b>ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В РАЗНЫХ ГРУППАХ ПОПУЛЯЦИИ .....</b>	<b>184</b>
<i>Мусоев Т.Я., Хамдамов У.Р. Рахимов А.Ш.</i>	
<b>ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА БОЛЬНЫХ С ПОСТИНЪЕКЦИОННЫМИ ЛОЖНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ .....</b>	<b>184</b>
<i>Мусоев Т.Я., Хамдамов У.Р.</i>	
<b>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РИВАРОКСАБАНА БОЛЬНЫМ С ТРОМБОЗАМИ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ .....</b>	<b>185</b>
<i>Оллокулов З.Б.</i>	
<b>ОСОБЕННОСТИ БЕССИМПТОМНЫХ И СИМПТОМНЫХ ИНСУЛЬТОВ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ .....</b>	<b>185</b>
<i>Очилов М.Э., Газиев К.У., Шарипов И.И.</i>	
<b>УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ ХИРУРГИЧЕСКИМ РИСКОМ .....</b>	<b>186</b>
<i>Раджабова Г.Б.</i>	
<b>ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ .....</b>	<b>187</b>
<i>Расулов У.А., Кучаров Б.И., Мурадов У.Б., Уразбаев И.Р.</i>	
<b>АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН ПОСЛЕ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ .....</b>	<b>187</b>
<i>Тухтакулов А.Ю., Махмудов Н.И., Усманов Б.С.</i>	
<b>ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ РАНЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ .....</b>	<b>188</b>
<i>Усманов Б.С., Насриддинова Н.Б., Махмудов Н.И.</i>	
<b>ОКАЗАНИЕ УРГЕНТНОЙ АНГИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ КОНЕЧНОСТЕЙ .....</b>	<b>188</b>
<i>Хамдамов У.Р.</i>	
<b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ТРОМБОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ .....</b>	<b>189</b>
<i>Хамдамов У.Р.</i>	
<b>ПАРАМЕТРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ .....</b>	<b>189</b>
<i>Эрназаров Х. И., Эргашев У.Ю.</i>	
<b>КОРРЕКЦИЯ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА РЕОМАННИСОЛА .....</b>	<b>190</b>
<i>Эрназаров Х. И., Эргашев У. Ю.</i>	
<b>ВЛИЯНИЯ ПРЕПАРАТА РЕОМАННИСОЛ НА ЭНДОГЕННУЮ ИНТОКСИКАЦИЮ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЕ .....</b>	<b>191</b>
<i>Юлбарисов А.А., Ирнараров А.А., Алиджанов Х.К., Ахматов А.М., Нурматов Д.Х.</i>	
<b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП .....</b>	<b>191</b>
<i>Яриев А.А., Худойбердиев С.С., Абдуллаев Ш.М., Муминов Ш.М., Бобоев К.Т.</i>	
<b>АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА RSL 799750 ГЕНА MMP1 С РАЗВИТИЕМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ .....</b>	<b>192</b>

### III. СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ

#### ПОВТОРНЫЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГАНГРЕНОЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Бабаджанов Б.Д., Матмуротов К.Ж., Атажанов Т.Ш., Саитов Д.Н., Рузметов Н.А.*  
*Ташкентская медицинская академия, Узбекистан*

Цель – уменьшить частоту послеоперационных осложнений с помощью изучения рестенозированных и реокклюзированных сегментов артерий нижних конечностей.

Материалы и методы

Исследование включает 121 больного, оперированного в отделении гнойной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии в 2020-2021г.

Мужчин было 80 (66,1%), женщин - 41(33,9%) соответственно с гнойно-некротическим поражением стоп на фоне критической ишемии и синдрома диабетической стопы. Всем пациентам после МСКТ в зависимости от сегмента поражения периферических артерий нижних конечностей выполнена плановая баллонная ангиопластика. Все пациенты в комплексе лечебных мероприятий получали антибактериальную терапию, системную противогрибковую терапию. Антикоагулянтную и антиагрегантную терапию проводили строго по стандартному алгоритму.

Результаты

После баллонной ангиопластики в 93 (76,8%) случаях в ближайшие сроки произведены органосохраняющие резекционные операции на стопе, ампутации стопы (19) и ампутация бедра (2). Оперативные вмешательства выполнялись больным с поражением ПББА и ЗББА.

В связи с выраженностью гнойно-некротического процесса для сохранения опорной функции конечностей 29 (24,0%) больным произведена ампутация стопы по Шарпу. 32 (26,4%) больным на следующие сутки после баллонной ангиопластики установлен катетер для ДВАКТ для создания максимальной концентрации лекарственных препаратов в гнойно-некротическом очаге.

В отдаленные сроки (6 мес) у 11 (8,3%) больных появились признаки возобновления гнойно-некротического процесса или критической ишемии нижней конечности. Этим пациентам выполнена повторная баллонная ангиопластика. 2 пациентам БАП выполнена трехкратно в течение одного года. В большинстве случаев (72,7%) пациенты были после ангиопластики артерий голени (ПББА, ЗББА).

Результаты

Во всех случаях нам удалось предотвратить прогрессирование ишемии конечности и сохранить опорно-двигательную функцию конечности.

Выводы

Баллонная ангиопластика на артериях нижних конечностей у больных сахарным диабетом является эффективным, малоинвазивным методом лечения критической ишемии нижних конечностей. Учитывая возможность повторного проведения БАП, наличие сопутствующих заболеваний у большинства пациентов, баллонную ангиопластику можно рассматривать как операцию выбора и выполнять её для спасения конечности.

#### РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА СТОПЕ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Бабаджанов Б.Д., Матмуротов К.Ж., Саитов Д.Н., Рузметов Н.А.*  
*Ташкентская медицинская академия, Узбекистан*

Цель: улучшить результаты реконструктивных оперативных вмешательств на стопе у больных с синдромом диабетической стопы, перенесших баллонную ангиопластику.

Материалы и методы

Исследование включало 75 больных, которые получали стационарное лечение в отделении гнойной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии в 2018-2021г. Все пациенты имели гнойно-некротические поражения стоп различной локализации, развивающиеся на фоне синдрома диабетической стопы. Возраст оперированных больных - от 49 лет до 81 года. 74,6% (n=56) пациентов были старше 65 лет. Длительность сахарного диабета - от 2 до 41 года. Длительность гнойно-некротических поражений стоп - от 17 дней до 3 лет. Преобладало поражение правой ноги – 62,6% 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.

Критерием отбора больных для оперативного вмешательства и эндоваскулярно баллонной ангиопластики считали признаки критической ишемии конечности с сохранностью местных здоровых тканей стопы. Потенциальными показаниями к реконструктивным оперативным вмешательствам считали поражение тканей стопы без вовлечения голеностопного сустава.

Для определения состояния периферического артериального русла, характера окклюзионно-стенотического поражения и уточнения тактики лечения всем больным была выполнена МСКТ артерий нижних конечностей. Во всех случаях пациентам выполнена баллонная ангиопластика (БАП). При гнойно-некротических поражениях стопы с прогрессирующим характером вначале выполняли вскрытие флегмоны или хирургическую обработку стопы. Наряду с хирургическими методами лечения больные получали комплекс инфузионной терапии.

После реваскуляризации в 96,8% случаев удалось ограничить гнойно-некротическое поражение. В динамике больные были выписаны на амбулаторное лечение и во второй фазе раневого процесса были госпитализированы

повторно для реконструктивных операций стопы. Длительность амбулаторного лечения зависело от успешности реваскуляризации, объема поражения тканей стопы и комплаентности пациентов. Пациентам с нейроишемической формой диабетической стопы выполнены различные реконструктивные операции с первичным закрытием раневого дефекта.

#### Результаты

После баллонной ангиопластики больные находились получали антибактериальную, антиоксидантную и антикоагулянтную терапию. В 21 (28,0%) случае произведена экзартикуляция пальца, 37 (49,3%) больным выполняли поэтапную некрэктомия. Для сохранения опорно-двигательной функции конечности 5 (6,7%) пациентам выполнена ампутация стопы по Шарпу.

61 (81,3%) больному через сутки после баллонной ангиопластики на стороне поражения в общую бедренную артерию установлен катетер (F5) для длительной внутриартериальной катетерной терапии (ДВАКТ), эти пациенты в течение 3-5 суток получали ДВАКТ. Показаниями к ДВАКТ были выраженная ишемия и прогрессирующий гнойно-воспалительный процесс на стопе. На фоне данной процедуры выполняли реконструктивные операции стопы, в 97,3% случаев получены благоприятные результаты.

#### Выводы

Баллонная ангиопластика является самым эффективным способом восстановления артериального кровотока нижних конечностей, и позволяет достичь благоприятных результатов лечения при массивных гнойно-некротических поражениях стопы на фоне синдрома диабетической стопы. Улучшение артериальной перфузии конечности с помощью катетерной терапией способствует быстрому заживлению гнойно-некротических поражений стопы ишемического характера.

## **ТОТАЛЬНАЯ ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ ПРИ РЕЦИДИВЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

*Бахритдинов Ф.Ш., Суюмов А.С., Умаров Ф.Р., Мадраимов А.А.*

*ГУ «Республиканский Специализированный научно практический медицинский центр  
хирургии имени академика В.Вахидова», Узбекистан*

Цель - улучшить результаты хирургического лечения рецидива варикозного расширения вен нижних конечностей применением эндовенозной лазерной коагуляции варикозных узлов.

#### Материал и методы

Стандартную ЭВЛК магистральных вен (БПВ или МПВ) мы дополняли ЭВЛК варикозных узлов. Такая методика получила название тотальной эндовенозной лазерной коагуляцией -ТЭВЛК. Этот способ лечения мы начали применять с 10 декабря 2020 года. За этот период по данной методике выполнены 1892 вмешательства 1254 пациентам (302 мужчины и 952 женщины). Средний возраст - 52 года. ТЭВЛК выполнялась при всех стадиях ВРВ, как при начальных, так и осложненных трофическими нарушениями и тромбофлебитами.

Для выполнения ТЭВЛК использовали лазерный генератор с длиной волны 1470 нм, а также радиальные световоды 600 мкм (типа Classic), 350 мкм (типа Slim) и торцевые 400 мкм световоды, которые устанавливались через интродьюсер и браунюли 16G и 18G, соответственно. Тумесцентная анестезия выполнялась по классической схеме с использованием стандартной помпы. Тракция световода в магистральных стволах проводилась в автоматическом программируемом режиме, а в варикозных узлах вручную. Мощность излучения в варикозных узлах в среднем составила 6,5 Вт (5-8 Вт), ручную скорость извлечения световода стараемся держать на уровне 2 мм/сек. При таких параметрах средняя LEED составила 60дж/см (40-100дж/см). При этом диаметр узлов составлял от 5 мм до 28 мм. Мы старались максимально использовать ТЭВЛК в варикозных узлах с целью уменьшения необходимости механической экстракции варикозных сегментов (минифлебэктомии) и избежать необходимости склероблитерации крупных узлов которая чревата выраженным флебитом и высоким процентом реканализации целевых вен.

#### Результаты

После проведенного лечения на месте варикозных узлов сформировались характерные уплотнения с единичными участками слабо выраженной гиперпигментации (в местах наиболее крупных узлов). По ощущениям пациентов, уплотнения после ТЭВЛК практически не доставляли дискомфорта.

Лучшие результаты были получены при наиболее сложных формах, т.к. отсутствие механической травмы от минифлебэктомии способствовало быстрой реабилитации и хорошему косметическому эффекту.

Уплотнения полностью рассасываются через 2-6 мес, в зависимости от размера варикозных узлов и не требуют проведения дополнительных манипуляций.

Время выполнения ТЭВЛК варикозных узлов не превышало параметры аналогичной минифлебэктомии.

#### Выводы

Отсутствие механической травмы позволяет снизить послеоперационный дискомфорт и риск развития осложнений. В отличие от склеротерапии надежно устраняет целевые вены и при правильном выполнении не имеет риска реканализации. На наш взгляд, ТЭВЛК не требует специфических навыков и оборудования, может применяться всеми эндовенозными флебологами. Наши результаты ТЭВЛК говорят о высокой эффективности метода.

## **НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ НИЗКОСКОРОСТНЫХ ВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

*Бахритдинов Ф.Ш., Суюмов А.С., Умаров Ф.Р., Мадраимов А.А.*

*ГУ «Республиканский Специализированный научно практический медицинский центр  
хирургии имени академика В.Вахидова», Узбекистан*

Цель -разработка дифференцированного алгоритма диагностики для улучшения результатов лечения пациентов с врожденными венозными мальформациями наружной локализации.

#### Материал и методы

Проанализированы результаты лечения 302 пациентов с врожденными сосудистыми мальформациями в возрасте от 1 до 58 лет в 2015- 2022г. Для обследования пациентов с ВСМ предложен диагностический алгоритм. Кроме общеклинического обследования использовали ультразвуковое исследование сосудов, обзорную рентгенографию мягких тканей и костей; компьютерную томографию с динамическим контрастным усилением изображения, магнитно-резонансную ангиографию, артериографию и флебографию.

В зависимости от скорости кровотока пациентов с венозной мальформацией разделили на 2а типа: низкоскоростные и высокоскоростные. К высокоскоростным отнесли артериовенозные мальформации, к низкоскоростным – венозные, капиллярные лимфатические мальформации.

Венозные мальформации выявлены у 98 пациентов. Все пациенты были разделены на 4 группы: стволовые формы с поражением поверхностной венозной системы (59 пациентов, 60,20%); стволовые формы с поражением глубокой венозной системы (27 пациентов, 27,55%); экстрастволовые формы (7 пациентов, 7,14%); сочетанные формы поражения (5 пациентов;5,10%).

#### Результаты

Демографические исследования показали, что врожденных пороков развития сосудов отмечают в большинстве случаев у лиц женского пола в молодом возрасте (11-20 лет). Косвенно указывает на клиническое проявление заболевания в период гормональных изменений. Ультразвуковое исследование является ведущим в обследовании пациентов с ВСМ. КТА и МРА и наиболее информативными методом топической диагностики ВСМ, оценки объема поражения, визуализации сосудов артериального и венозного русла. При выявлении в ВСМ интенсивного артериального кровотока предпочтение следует отдавать селективной ангиографии, так как она в ряде случаев становится лечебной процедурой, по ходу которой можно выполнить эмболизацию артериовенозного сброса.

Пациентам со стволовой формой поверхностной венозной мальформации выполнены традиционные методы хирургического лечения, заключающиеся в иссечении и удалении аномальных вен под общим внутривенным обезболиванием или спинномозговой анестезией (N15). 19 пациентам выполнена эндовенозная лазерная облитерация венозных мальформации в сочетании с эхоконтрастируемой склеротерапией. 25 пациента получили курс эхоконтрастируемой склеротерапии.

#### Выводы

Обследование пациентов с венозными мальформациями наружной локализации должно осуществляться на основе мультидисциплинарного подхода, включающего ультразвуковые, томографические методы исследования, ангиографию. В лечении поверхностных венозных мальформации предпочтение следует отдавать малоинвазивным лазерным и эхосклеротерапевтическим методикам в связи с малой травматичностью, отсутствием необходимости в госпитализации, использования спинномозговой и общей анестезии, меньшим числом интраоперационных осложнений.

## РОЛЬ ТОНКОИГОЛЬНОЙ ПУНКЦИОННОЙ НУЛЕВОЙ БИОПСИИ В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИИ БЛИЗКОРОДСТВЕННОГО ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

*Бахритдинов Ф.Ш., Ахмедов А.Р., Мардонов Ж.Н., Собиров Ж.Г., Абдугафуров З.У.*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова*

Цель исследования - изучить связь результатов тонкоигольной биопсии близкородственного почечного трансплантата с возрастом и индексом массы тела доноров.

#### Материал и методы

Проанализированы результаты тонкоигольной биопсии трансплантата у 36 доноров для близкородственной трансплантации почки, оперированных в отделении хирургии сосудов РСНПМЦХ им академика В.Вахидова в 2020- 2021г. Все пациенты были распределены на: I группа – 15 (41,67%), доноры в возрасте 19-35 лет..II группа – 13 (36,11%), доноры в возрасте 36-49 лет.III группа - 8 (22,22%), доноры 50 лет и старше. Среди обследуемых доноров мужчин было 19 (52,78%), женщин – 17 (47,22%).

#### Результаты

Результатов нашего исследования показали, что у доноров одной группы, но разного пола, наблюдаются различия в органах. По нашему мнению, на функциональное состояние влияют разные метаболические процессы в организме и ритмы биологических процессов. Деятельность всех органов и тканей контролируется двумя основными путями: нервной и гормональной системой. Изменения ИМТ, усиление липидного обмена в организме приводят к атеросклеротическим изменениям сосудов, в том числе в почках.

#### Заключение

Результаты тонкоигольной биопсии близкородственного почечного трансплантата показали:

- у пожилых доноров отмечается нарастание воспалительных процессов и последующие склеротические изменения различной формы;
- различные воспалительные процессы чаще встречаются у женщин, чем у мужчин, проявляются в виде патоморфологических изменений в различных органах;
- процесс патоморфологических изменений в почках чаще встречается у доноров с избыточной массой тела (ИМТ>25), чем у доноров с нормальной массой тела (ИМТ<25);
- патологические изменения в почках чаще встречаются у доноров-женщин с избыточной массой тела (ИМТ>25), чем у доноров-мужчин с избыточной массой тела (ИМТ>25).



## ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЛИЦ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО ПОЛА

*Бозоров А.Г., Ахмедов Л.А., Тоиров И.Р.*

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Бухарский филиал, Узбекистан*

Цель - определить возрастные особенности ишемического инсульта в бассейне артерий каротидной системы у лиц мужского и женского пола.

Материал и методы

Работа основана на результатах обследования 268 пациентов с диагнозом: ишемический инсульт в бассейне артерий каротидной системы. Разделение пациентов на возрастные группы соответствовало следующим градациям: молодой возраст — менее 44 лет, средний возраст — 45–59 лет, пожилой возраст — 60–74 года, старческий возраст — 75–89 лет.

Результаты

Среди пациентов с ишемическим инсультом в бассейне артерий каротидной системы было 148 (55,2%) мужчин и 120 (44,8%) женщин в возрасте 27–89 лет. В исследованных группах женщины были старше мужчин (65 лет против 57,9 лет;  $p=0,010$ ). Сравнение возрастных групп показало значимые различия между мужчинами и женщинами ( $p=0,037$ ). Большая часть пациентов, как среди мужчин (45,9%), так и среди женщин (55%), принадлежала к возрастной группе 60–74 года. Возрастную группу 45–59 лет составили 32,4% мужчин и 21,7% женщин. В группе пациентов младше 44 лет инсульт чаще встречался у мужчин (16,2% против 6,7%), а в группе 75–89 лет — у женщин (16,7% против 5,4%). Причиной инсульта у мужчин в возрасте младше 44 лет являлась коагулопатия, не связанная с антифосфолипидным синдромом (13,5% против 3,3%;  $p=0,005$ ). В возрастной группе 60–74 года у женщин чаще встречался кардиогенный эмболический инсульт (54,5% против 29,4%;  $p=0,037$ ) и лакунарный инсульт (18,2% против 0%;  $p=0,011$ ), у мужчин — атеротромботический инсульт (41,2% против 15,2%;  $p=0,018$ ) и инсульт, обусловленный двумя и более возможными причинами (23,5% против 6,1%;  $p=0,083$ ).

Заключение

Ишемический инсульт в артериях каротидной системы у лиц мужского пола чаще встречается в молодом и пожилом возрасте, тогда как у лиц женского пола — в пожилом и старческом возрасте. В среднем, и пожилом возрасте у мужчин чаще развивается атеротромботический инсульт, у женщин — кардиогенный эмболический и лакунарный инсульт.

## ДАнные МСКТ ПЕРФУЗИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ОСТРЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТАХ

*Джурраева Н.М., Икрамов А.И., Хайбуллина З.Р., Амирхамзаев А.Т., Вахидова Н.Т., Шамирзаев Х.Э., Абдухалимова Х.В., Султанов А.Т.*

*ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан*

Цель: корреляция показателей КТ перфузии головного мозга в оценке жизнеспособности ткани мозга у пациентов с ОНМК по ишемическому типу после операционного вмешательства на сердце.

Материалы и методы

Включены 50 пациентов в возрасте 19-75 лет, 32 мужчин и 18 женщин. Обследования проведены на 640 срезовом компьютерном томографе «Aquilion one» версии Genesis, Canon. Пациентам проводили нативное КТ исследование и перфузию головного мозга, объемную КТ-ангиографию сосудов головного мозга с оценкой показателей перфузии в зоне ишемии и сравнение данных с аналогичной зоной в противоположном полушарии, сравнительная оценка показателей перфузии в других отделах мозга, оценка состояния артериального и венозного русла головного мозга.

Результаты

Изменения показателей перфузии ядра и пенумбры очага ОНМК для оценки жизнеспособности и определения стадии ОНМК:

-МТТ необратимое поражение (декомпенсация) 7,5–8 сек; обратимое повреждение (субкомпенсация) 4-6 сек; доброкачественная (олигоэмия, субкомпенсация) 4-6 сек; здоровая ткань (нарушения отсутствуют) 90-145% 2-4 сек;

-СВУ необратимое поражение (декомпенсация) 25–5%; обратимое повреждение (субкомпенсация) 35-75%; доброкачественная (олигоэмия, субкомпенсация) 75-90%; здоровая ткань (нарушения отсутствуют) 90-110%;

-СВФ необратимое поражение (декомпенсация) 13 мл/100г/мин; обратимое повреждение (субкомпенсация) 13-18 мл/100г/мин; доброкачественная (олигоэмия субкомпенсация) 38-45 мл/100 г/мин; здоровая ткань (нарушения отсутствуют) 13-18 мл/100 г/мин.

Выводы

Показатели МТТ, СВУ, СВФ являются значимым прогностическим показателем оценки состояния паренхимы головного мозга при остром ишемическом инсульте и проводимой терапии. Изолированное изучение каждого показателя не позволяет достоверно оценивать состояние ткани мозга по стадиям ишемии. Необходимо выявлять несоответствие показателей, так при несоответствии МТТ – СВУ более чем на 20% выбором тактики лечения является тромболитическая терапия. Критерием эффективной реперфузии служит уменьшение несоответствия больше чем на 30%.

## РОЛЬ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ОКСИМЕТРИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ СОННЫХ АРТЕРИЙ

*Каримов Ш.И., Юлбарисов А.А., Алиджанов Х.К., Ахматов А.М., Муминов Р.Т.,  
Джалилов А.А., Джуманиязова Д.А.*

*Республиканский специализированный центр хирургической ангионеврологии, Узбекистан*

Цель исследования - изучение роли церебральной оксиметрии (ЦО) в выборе лечения для больных с множественным атеросклеротическим поражением сонных артерий (СА).

Материал и методы

в основу работы положены результаты обследования и хирургического лечения 144 больных с множественным атеросклеротическим поражением БЦА в республиканском специализированном центре хирургической ангионеврологии в 2021г. Причиной заболевания во всех случаях был атеросклероз. Критерием отбора больных было множественное атеросклеротическое поражение СА. 91 (63,2%) - мужского пола, 53 (36,8%) – женского в возрасте от 42 до 80 лет.

ЦО осуществлялось аппаратом MNIR-P100 фирмы Chongqing Mingxi Medical Equipment Co. Ltd.) в 2 основных : до операции (в день поступления больного) с оценкой насыщения головного мозга кислородом ( $rSO_2$ ) и системы коллатеральной компенсации и в послеоперационном периоде (на 1, 3 и 7 сутки).

Результаты

Билатеральные поражения СА были выявлены в 54 (37,5%) случаях, одновременное поражения СА и позвоночных артерий (ПА) – у 36 (25,0%) больных. При инструментальных исследованиях в 30 (20,8%) случаях диагностированы сочетанные поражения БЦА с другими артериальными бассейнами. Степень ХСМН у всех пациентов устанавливалась в соответствии с классификацией А.В.Покровского (1979): транзиторные ишемические атаки наблюдались у 13 (9%) больных; дисциркуляторная энцефалопатия – у 55 (38,2%); последствия перенесенного инсульта – у 76 (52,8%).

По данным ЦО, все больные условно были разделены на 3 категории: 1 категория –  $rSO_2 > 65\%$  на ипси- и контралатеральной стороне, в покое и при КП. 2 категория –  $rSO_2$  составило 60-65% на ипсилатеральной стороне при КП, а на контралатеральной стороне  $rSO_2 > 65\%$ . 3 категория –  $rSO_2 < 60\%$  на ипси- и контралатеральной стороне в покое и при КП.

Характер выполненных операций. 1 этап: классическая каротидная эндартерэктомия – 84 (51,6%); эверсионная каротидная эндартерэктомия – 33 (20,2%); резекция и перевязка ВСА, эндартерэктомия из ОСА и НСА с наложением заплаты – 21 (12,9%); тромбэндартерэктомия из ВСА с наложением заплаты – 6 (2,7%). 2-этап: классическая каротидная эндартерэктомия – 16 (9,8%); эверсионная каротидная эндартерэктомия – 2 (1,2%); резекция и перевязка ВСА, эндартерэктомия из ОСА и НСА с наложением заплаты – 1 (0,6%).

В первые послеоперационные сутки не было изменений  $rSO_2$  в оперированной стороне и в интактной. Вместе с тем отмечается снижение на 46% величины межполушарной асимметрии по сравнению с дооперационными значениями. К третьему послеоперационному дню отмечено повышение на 11,5%  $rSO_2$  на стороне операции по сравнению с дооперационными значениями ( $p=0,03$ ), насыщение гемоглобина кислородом крови коры ГМ в интактной сторон оставалось неизменным.

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

Выводы

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

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

## ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ, СОПРОВОЖДАЮЩАЯ АРТЕРИАЛЬНЫЕ И ВЕНОЗНЫЕ СОСУДИСТЫЕ КАТАСТРОФЫ (КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ)

*Кузиев О.А.*

*Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан*

Гипергомоцистеинемия является независимым маркером высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (Фремингемское исследование, 1996; Watgen С., 2002). Элементы негативного влияния гомоцистеина на сердечно-сосудистую систему в последнее время находят даже во влиянии анестезии закисью азота, способной повышать уровень гомоцистеина в крови, на состояние миокарда оперируемых больных, оцениваемое по уровню тропонина (Nagele P. e.a., 2013). Полагают, что увеличение уровня гомоцистеина на 5 мкмоль/л сопровождается увеличением риска патологии мозговых артерий в 1,5 и периферических артерий - в 6,8 раза.

Речь идет о больных с такой патологией, как рестеноз коронарных артерий, развитие инфаркта миокарда одномоментно с ишемическим инсультом, острый тромбоз вен нижних конечностей и массивная тромбоземболия легочной артерии. Во всех случаях у больных имела место гипергомоцистеинемия, и в каждом не обошлось без участия врачей анестезиологов-реаниматологов.

Уже на рубеже веков стало известно о повышенной частоте развития рестенозов коронарных артерий после выполнения ангиопластики лицам с гипергомоцистеинемией (Marcucci R.e.a.,2000; Schnyder G.e.a.,2002). По данным G.Schnyder и соавторов (2001), при гомоцистеинемии менее 9 мкмоль/л частота рестенозов возникает почти в 2 раза реже, чем у пациентов с более высоким уровнем гомоцистеина. Авторы продемонстрировали возможность уменьшения частоты рестенозов путем снижения уровня гомоцистеина крови на фоне терапии витаминами В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>

фолиевой кислотой.

Анализируется

Случай рестеноза стентированной артерии у пациента 47 лет с гипергомоцистеинемией и установленной впоследствии гомозиготной C677T мутацией гена метилентетрагидрофолатредуктазы, которая встречается у 4–14% населения (Brophy J., 1997). Еще один случай представляет сочетание острого инфаркта миокарда и ишемического инсульта на фоне гипергомоцистеинемии, развившихся одновременно у 54-летнего пациента. По данным литературы, гипергомоцистеинемия является фактором риска развития ишемического инсульта как у взрослых (DelSer T. e.a., 2001), так и у детей. Метаанализ 12 клинических исследований 54913 больных (Ji Y. e.a., 2013) показал, что снижение уровня гомоцистеина витаминами группы В приводит к значительному снижению риска инсульта. В последнее время к проявлениям умеренной гипергомоцистеинемии относят даже когнитивные расстройства у пожилых, поскольку низкий уровень в плазме витаминов В9, В12 и фолиевой кислоты ответственен за возбуждение НМДА-рецепторов головного мозга (Smach M.A. e.a., 2013).

Еще один случай демонстрирует пример венозной критической тромбоземболии легочной артерии (ТЭЛА) у больной 42 лет. Пациентка была госпитализирована в отделение реанимации в связи с появлением одышки, сердцебиения и повышением артериального давления (АД) до 160/100 мм рт. ст. ТЭЛА была верифицирована у нее при сцинтиграфии. За 4 дня лечения отмечено улучшение самочувствия, исчезновение одышки и болей, достигнут необходимый уровень международного нормализованного отношения (МНО - 2,4) и пациентка была переведена в отделение кардиологии. Спустя несколько дней у нее развился приступ удушья с «тяжестью в груди» и сердцебиением, резким снижением АД до 70/40 мм рт. ст., кратковременной утратой сознания. При эхо-кардиографическом исследовании обнаружен массивный флотирующий тромб в полости правого предсердия. В лечении использованы ИВЛ, вазопрессоры и инотропная поддержка, системный тромболитизис, операция тромбэктомии из легочной артерии и ее ветвей. Уровень гомоцистеинемии - 17,94 мкмоль/л. В целом те или иные факторы наследственных тромбофилий, как считают, находят у 50% больных с первым неспровоцированным эпизодом ТЭЛА (Poli D., Palareti G., 2013). Однако попытки определить длительность лечения при опоре на эти факторы не позволили выделить пациентов высокого риска (Cohn D. e.a., 2009). В связи с этим ряд авторов не рекомендуют проведение тестов на тромбофилию у всех больных с первым эпизодом ТЭЛА (Baglin T. e.a., 2010).

## **SURGICAL TREATMENT OF MULTIFOCAL ATHEROSCLEROTIC VASCULAR LESIONS FORMS IN COMBINATION WITH RENOVASCULAR HYPERTENSION**

*Khanchi Mead, Matkerimov A.Zh, Tergeussizov A.S., Demeuov T.N, Zhakubayev M.A.,  
Khanchi M.M., Shamshiev A.S.*

*Center of Surgery named after A.N. Syzganov, Almaty, Kazakhstan*

Actuality: A special place among the patients with renovascular hypertension (RVH) took patients with lesions in other vascular beds, which is extremely complicated definition of tactics and surgical treatment. The presence of concomitant severe somatic diseases requires reduction surgery volumes, or selecting less traumatic methods of treatment.

Objective: To improve the results of surgical interventions in atherosclerotic lesions of arteries in various vascular beds, combined with renovascular hypertension.

Materials and methods. From 2000 to 2020. in the department of vascular surgery them. A.N. Syzganov observed 167 patients with AH caused by RVH. The main etiological factors in this process are: atherosclerosis, aortoarteriitis RA all patients completed the full comprehensive examination, including ultrasonography, MRA, radioisotope scintigraphy, panaortografiyu. Among them were 82 males (94.25%) and 5 women (5.75%). The average age of the patients was 59.5 years. The combination of RVH with Leriche syndrome and high occlusion of the abdominal aorta was detected in 35 patients with Takayasu's arteritis - Denereya - Leriche - U9 patients with Takayasu's arteritis - Denereya y 2, RVH - Takayasu's arteritis in conjunction with the syndrome of chronic ischemia of the abdominal cavity - at 1, Takayasu's arteritis - Denereya - syndrome of chronic ischemia of the abdominal - Leriche - 2, abdominal aortic aneurysm and RVH - in 9 patients.

Isolated single / bilateral renal artery stenosis defeat found in 29 patients.

Total 87 operations were performed: one-stage surgical or endovascular reconstruction - 54 (7 patients Endovascular surgical intervention), combined operations (direct reconstruction and Endovascular surgical intervention - 11, incremental direct arterial reconstruction in several basins were performed in 20 patients, 2 patients performed nephrectomy. Step by step operation performed on an individual plan - at a critical ischemia of the lower limbs at the beginning of the correction made Leriche syndrome, the presence of vertebrobasilar cerebral insufficiency - correction Takayasu's syndrome, aortic aneurysm was vital indication.

Result: positive (good and satisfactory) results were characterized by a persistent reduction in the level of hypertension and reduction of blood flow in the operated pool, were observed in 83 patients (95.4%), unsatisfactory results were observed in 3 patients (3.45%) in the postoperative period one patient died (1.15%).

Conclusions: renovascular hypertension with atherosclerosis often occurs in conjunction with a lesion of the abdominal aorta and its branches (according to our observations in 97.7% of cases, than fall into this category, patients with lesions and other basins). Timely diagnosis of arterial atherosclerotic lesions pools, including lesions of the renal arteries, an individual approach in the choice of tactics of surgical treatment, the combination with direct surgical minimally invasive surgical interventions can achieve positive results in the treatment of this category of patients, including those with severe concomitant somatic disease

## **TACTICS OF SURGICAL TREATMENT IN COMBINATION WITH AORTOARTERITIS RENOVASCULAR HYPERTENSION**

*Khanchi Mead, Matkerimov A.Zh, Tergeussizov A.S., Demeuov T.N, Zhakubayev M.A., Khanchi  
M.M., Shamshiev A.S.*

*Center of Surgery named after A.N. Syzganov, Almaty, Kazakhstan*

Actuality: The most severe category of patients in the surgical treatment of renovascular hypertension with (RVH)

are patients, vascular damage caused by aortoarteritis. The situation is further exacerbated in predicting the effectiveness of treatment of patients with RVH and multiple stenoses of arteries in various vascular beds. Aortoarteritis (NAA) is the second most frequent lesions of the renal arteries, second only to atherosclerosis.

Objective: optimal surgical treatment in patients with aortoarteritis and combined multiple occluding lesions of the renal arteries other.

Material and Methods: From 2000 to 2020. in the department of vascular surgery them. A.N. Syzganov observed 54 patients were operated with various arterial beds Aortoarteritis combined with renovascular hypertension. All patients underwent a full range of testing, including Doppler ultrasound, MRA, radioisotope scintigraphy, panaortografi. Patients were preoperative preparation. Among them were 31 men (57.4%) and 23 women (42.6%), slightly differs from the known literature, where it is noted that the NAA is more common in women. The age of patients ranged from 7 to 48 years old. The median age was 27.5 years.

The combination of RVH with Leriche's syndrome and high occlusion of the abdominal aorta was found in 7 patients with Takayasu's arteritis - Denereya - Leriche - in 19, RVH - Takayasu's arteritis in conjunction with the syndrome of chronic ischemia (SCI) of the abdominal cavity - in 10, Takayasu syndrome - Denereya - Leriche - in 2, Takayasu symptoms - abdominal aortic aneurysm and RVH - in 1, aneurysm of the thoracic aorta with RVH 2, Torak-abdominal aneurysmal with RVH - at 3 patient. Isolated single / bilateral renal artery lesion was found in 12 patients.

The indication for surgery was the presence of hypertension in combination with hemodynamic disturbances in other basins, which determines the choice of the type of surgery and its phasing. Immediate surgical or endovascular reconstruction was performed in 26 (endovascular angioplasty dilatation in 8 patients), combined direct reconstruction and endovascular angioplasty - 1, incremental direct arterial reconstruction in several basins were performed in 20 patients, 7 patients underwent nephrectomy.

Results: A good and satisfactory results in the immediate period after the operation could be obtained from 45 patients (83.33%), unsatisfactory results were observed in 7 patients (12.96%), 2 patients died in the postoperative period (3.71%).

Among the patients who died in one there was a combination of bilateral lesions of the renal arteries and Takayasu's syndrome, another - Torak-abdominal aneurysm and RVH with the defeat of one of the renal artery. Good and satisfactory results were achieved as a result of preoperative anti-inflammatory, anticoagulant therapy and the use of prostaglandin E

Conclusions: Renovascular hypertension in Aortoarteritis in our observations are found in 35.19% of patients in combination with lesions of the thoracic aorta and its branches, isolated bilateral renal artery lesion was observed in 31.48% of patients and a combination of RVH with abdominal aortic lesion and its branches - in 37.33% of the cases. Complete preoperative preparation, the use of prostaglandin E, and carrying out surgery in several arterial pools can significantly improve outcomes in patients with Aortoarteritis.

## EVALUATION OF ENDOVASCULAR SURGICAL TREATMENT OF RENOVASCULAR HYPERTENSION IN COMBINATION WITH LESIONS OF OTHER ARTERIAL

*Khanchi Mead, Matkerimov A.Zh, Tergeussizov A.S., Demeuov T.N, Zhakubayev M.A.,  
Khanchi M.M., Shamshiev A.S.*

*Center of Surgery named after A.N. Syzganov, Almaty, Kazakhstan*

The purpose of the study - to show the effectiveness of the integrated approach in the choice of surgical treatment of patients with renovascular hypertension combination with other arterial beds. Endovascular surgical intervention were performed in 66 patients routinely with RVH. Of these, 50 were men, women - 16.

Bilateral lesion RA 8 patients. with atherosclerotic lesions of the renal arteries RA totaled - 46 patients with aortoarteritis - 14. Indications for Endovascular surgical intervention considered resistant hypertension in patients with angiographic established hemodynamic significant narrowing of the arterial lumen by more than 50% stenosis and restenosis RA.

Single-stage Endovascular surgical intervention were performed in 40 patients, 24 patients in stages. At 34 - made transluminal balloon angioplasty (TBA) RA on the one hand, TBA RA -sided - in 8 patients and TBA brachiocephalic arteries and iliac-femoral segment - at 22 Stenting of the renal arteries produced in 10 patients (2 male and 5 female).

Two-stage endovascular surgical procedures performed in 24 patients. Analysis of the results Endovascular surgical intervention - comparative analysis of indicators have been subjected to blood pressure before and after endovascular surgical intervention in 33 patients.

Complications after surgery was 1 patient (PA occlusion). Postoperatively, 10 patients were diagnosed with restenosis caused over the next 1 to 6 months after REHV. 4 in their patients with atherosclerotic lesions, in 6 - Aortoarteritis. Thus, in the late postoperative period of patients RVH positive clinical results when we performed REHV observed in 82% of cases. Deaths in the studied group of patients was not. After the angioplasty in patients with atherosclerosis, a significant decrease ( $p < 0.05$ ), the average blood pressure: systolic  $205 \pm 4$  mm Hg  $135 \pm 2.2$  and diastolic  $110 \pm 1.3$  mm Hg  $90 \pm 1.2$  mm Hg in patients with aortoarteritis average blood pressure was significantly decreased ( $p < 0.05$ ): systolic  $210 \pm 8.2$  mm Hg  $+ 5.7$  to  $146$  mm Hg and diastolic from  $115 \pm 5.3$  mm Hg  $90 \pm 1.6$  mmHg.

## QUESTIONS DIAGNOSIS OF RENOVASCULAR HYPERTENSION

*Khanchi Mead, Matkerimov A.Zh, Tergeussizov A.S., Demeuov T.N, Zhakubayev M.A.,  
Khanchi M.M., Shamshiev A.S.*

*Center of Surgery named after A.N. Syzganov, Almaty, Kazakhstan*

Multifocal vascular lesions largely complicate the diagnosis and selection of the optimal surgical treatment of patients with concomitant forms of renovascular hypertension. Purpose of the study. Show the value of angiography and MRA, Doppler ultrasound in the assessment of long-term results of treatment of patients with combined lesions of the aorta and its branches.

Material and methods. During the period from January 1994 to September 2020 in the Department of Vascular Surgery, there were 267 patients with combined forms of RVH.

All patients underwent general clinical research: Ultrasound (267) magnitnorezonasnaya tomography (65), angionephroscintigraphy (60), panaortografi (267) and coronary angiography (55). After surgery for determination of renal function was performed re angionephroscintigraphy 39 patients with follow-up of computer data processing. We used radiopharmaceutical -99mTc-DTPA.

Comparison of the results of all the above methods of research and diagnostic value that the most informative angiography in the investigation violations of renal blood flow most informative of noninvasive diagnostic methods RVH are ultrasonography and MRA of the renal arteries and other arterial pools by which the selection of patients for angiography and monitoring and reporting for renal blood flow in the immediate and late postoperative period. Performance diagnostic accuracy of non-invasive methods of investigation, by comparison with the data of angiography, were dependent on the location and nature of occlusive-stenotic vascular lesions in patients with renovascular hypertension. These rates ranged: the Ultrasound - from 82.5% to 100% (mean 92% pokazatel- + 5), MPA - from 85% to 100% (average - 95.5% + 5), scintigraphy - from 71% to 87% (mean 89% pokazatel- + 1.5). Thus, the set of non-invasive techniques has a greater diagnostic value than each of these techniques separately. Performance diagnostic accuracy of non-invasive methods of investigation, the most informative of noninvasive diagnostic methods are VRG ultrasonography and MRA, renal arteries.

## **КОМБИНИРОВАННЫЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХИРУРГИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

*Матмуратов К.Ж., Саттаров И.С., Саитов Д.Н., Рузметов Н.А.  
Ташкентская медицинская академия, Узбекистан*

Цель: изучить результаты баллонной ангиопластики внутриартериальной катетерной терапии у больных с диабетической гангреной нижних конечностей.

Материалы и методы

В исследование включены 163 больных, которые лечились в отделении гнойной хирургии многопрофильной клиники ТМА в 2019-2021г. Эти пациенты имели признаки гнойно-некротических поражений стоп и ишемии конечности, развивающейся на фоне синдрома диабетической стопы. Возраст больных - от 46 до 81 лет. Среди больных было 46% женщин, 54% - мужчин.

По длительности сахарного диабета преобладали пациенты, болевшие сахарным диабетом от 6 мес (диагностирован при обследовании по поводу гнойно-некротического поражения стоп) до 10 лет. Длительность гнойно-воспалительных поражений нижних конечностей составляла от 10 дней до 4 лет.

Преобладало поражение правой ноги – 63,7%, что связано с большей нагрузкой и в связи с этим - большей подверженностью травмирующим воздействиям, которые являются фактором риска развития гнойно-некротических поражений стоп. Первичным критерием отбора больных для определения объема оперативного вмешательства и показаний к баллонной ангиопластике считали признаки критической ишемии конечности с курабельным поражением тканей стопы. Курабельным считали поражение тканей стопы без вовлечения голеностопного сустава.

Всем пациентам выполнена МСКТ артерий нижних конечностей. При наличии анаэробной флегмоны стопы ее дренирование и резекционные операции выполняли до реваскуляризации. Из 163 больных 21 (12,9%) до баллонной ангиопластики произведено вскрытие флегмоны стопы.

При ограничении гнойно-некротического процесса на стопе, отсутствии распространения инфекционного фактора производили баллонную ангиопластику. На следующий день пациентам был установлен катетер в ПБА для введения лекарственных препаратов круглосуточно. В случае ограничения некротического процесса на стопе без риска прогрессирования вначале выполняли баллонную ангиопластику артерий, затем – некрэктомию или малые операции на стопе.

Результаты

После баллонной ангиопластики больные получали антибактериальную (цефалоспорины 3-4 поколения, аминогликозиды), антиоксидантную (вазапростан) и антикоагулянтную (гепарин, клексан) терапию. На следующий день после БАП артерий голени 3 (1,8%) больным проведена высокая ампутация бедра в связи острым тромбозом тиббиальных артерий. В 4 (2,4%) случаях наблюдалась гематома паховых областей на месте пункции, 1 больному произвели ревизию и ушивание дефекта ОБА. На 2 и 3 месяца наблюдения у 7 (4,3%) пациентов наблюдалось нарастание ишемии, несмотря на лечебные мероприятия не удалось сохранить опорно-двигательную функцию конечности, произведена ампутация бедра. Для сохранения опорно-двигательной функции конечности 23 (14,1%) пациентам выполнена ампутация стопы по Шарпу.

Ограничение длительности эффекта баллонной ангиопластики компенсируется легкой повторяемостью и минимальной угрозой для жизни больного. В 96,8% случаев нам удалось сохранить опорно-двигательную функцию конечности. Это показывает высокую эффективность баллонной ангиопластики у больных с гнойно-некротическими осложнениями на фоне сахарного диабета.

Выводы

БАП является эффективным способом купирования критической ишемии нижних конечностей на фоне синдрома диабетической стопы, позволяет добиться быстрого заживления гнойно-некротических поражений стопы ишемического характера.

## **“ПАНОРАМА” БОЛЬНЫХ, ОБРАТИВЩИХСЯ В ЭКСТРЕННЫЕ СТАЦИОНАРЫ ПО ПОВОДУ СОСУДИСТЫХ КАТАСТРОФ**

*Мамасолиев З.Н., Мамасалиев Н.С., Каландаров Д.М., Усманов Б.У.  
АФ РНЦЭМП и АндГосМИ, Андижан*

В литературе предположены, что клиникоритмометеорологические результаты должны имеет прямое практическое значение для оптимизации неотложной профилактики и лечения сосудистых катастроф (СК).

Цель исследования – изучение клиникоритмометеорологических особенностей СК в условиях Ферганской долины Узбекистана.

Материалы и методы. Материалом для нашего исследования послужили материалы Андижанской скорой