

26 – 27 мая 2023 г., Алматы

  
**KSVS**

KAZAKH SOCIETY OF VASCULAR SURGEONS

Республиканская научно-практическая конференция

# Актуальные вопросы в сосудистой хирургии

---

IV Съезд Казахстанского общества сосудистых хирургов

**СБОРНИК ТЕЗИСОВ**

[vascularcongress.kz](http://vascularcongress.kz)





в стадии субкомпенсации и декомпенсации является показанием к операции при окклюзии подключичных артерий в проксимальном сегменте.

6. При неспецифическом аортоартерите предпочтение следует отдавать выполнению экстраоракальных шунтирующих операций. При невозможности выполнения экстраоракальной реконструкции, целесообразно выполнение трансоракального вмешательства.

7. Оперативное вмешательство рекомендовано выполнять в хронической стадии заболевания.

## 26. СОСУДИСТО-МОЗГОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Ш.И. КАРИМОВ,<sup>1,2</sup> А.А. ИРНАЗАРОВ,<sup>2</sup> А.А. ЮСБАРИСОВ,<sup>1</sup> Х.Ж. АЛИДЖАНОВ,<sup>1</sup> О.М. АХМАТОВ,<sup>1</sup> Р.Т. МУМИНОВ,<sup>1</sup> А.А. ДЖАЛИЛОВ,<sup>1</sup> С.Х. РАХМАТДИНОВ,<sup>2</sup> В.Т. НОСИРЖОНОВ.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Республиканский специализированный центр хирургической ангионеврологии, г. Ташкент, Узбекистан

<sup>2</sup>Кафедра факультетской и госпитальной хирургии Ташкентской медицинской академии, г. Ташкент, Узбекистан

### КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

Хроническая сосудисто-мозговая недостаточность, сонные артерии, ишемический инсульт

**ВВЕДЕНИЕ/ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Провести ретроспективный анализ результатов хирургического лечения больных с хронической сосудисто-мозговой недостаточностью (ХСМН).

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проанализированы 5078 пациентов с ХСМН, которые находились на стационарном лечении в Республиканском специализированном центре хирургической ангионеврологии с 2006 года по июль 2022 года. Преобладали больные мужского пола – 74,2%. Средний возраст 57,5±6,4 лет.

При выборе метода реконструкции сонных артерий мы учитывали характер поражения, в частности, степень и протяженность окклюзирующего процесса, структура и поверхность атеросклеротической бляшки, а также степень толерантности головного мозга к ишемии и степень неврологического дефицита.

В отдаленном послеоперационном периоде изучались такие показатели как выживаемость, качество жизни, неврологический статус, развитие рестенозов. Качество жизни пациентов оценивалось с помощью опросника EQ-5D-3L.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В соответствии классификации А.В. Покровского (1978) асимптомное течение (I стадия ХСМН) заболевания наблюдалось в 258 (5,1%) случаях, транзиторные ишемические атаки (ТИА) – в 815 (16,0%), дисциркуляторная энцефалопатия – в 1502 (29,6%), а 2503 (49,3%) случаев – у больных в анамнезе имелся ранее перенесенный ишемический инсульт.

Причиной ХСМН в 78,9% случаев было атеросклеротическое поражение брахиоцефальных артерий (БЦА). В то же время отмечена высокая частота патологической деформации сонных артерий, наблюдавшаяся в 17,6% случаев. У 2,5% больных причиной окклюзионного процесса был неспецифический аортоартерит и 1,0% случаев - экстравазальная компрессия.

У 4845 (95,4%) больных послеоперационный период протекал гладко. Осложненное



течение раннего послеоперационного периода отмечено у 233 больных. Неврологические осложнения – ишемический инсульт наблюдались у 95 (1,9%) больных. Из них у 43 (0,8%) больных ОНМК явился причиной летального исхода. У 91 (1,8%) больных отмечалось кровотечение из послеоперационной раны. Все они успешно повторно оперированы. Острый инфаркт миокарда развился у 47 (0,9%) больных и явился причиной смерти у 26 (0,5%).

Таким образом, на 5570 операций на брахиоцефальных артериях частота периоперационных ОНМК составила 1,7%, а летальность после них – 0,8%. Общая послеоперационная летальность составила 1,2%. Необходимо отметить, что большинство указанных осложнений отмечено в начальный период работы отделения, с накоплением опыта количество осложнений и летальности значительно уменьшилось.

При исследовании развития рестенозов в зоне каротидной реконструкции, мы выявили что, оно не превышает в среднем 9,2% от выполненных каротидных реконструкций и существенно не влияет на гемодинамику оперированного каротидного бассейна. В общей структуре рестенозов наибольшее количество приходится на рестенозы со стенозированием зоны реконструкции на 30–40% по диаметру. В нашем наблюдении эта группа пациентов составила 56,8% от общего количества рестенозов. Рестенозы со стенозированием артерии более чем на 50% по диаметру выявлены в 5,1% случаев, а окклюзия ВСА после каротидной рекон-

струкции зарегистрированы в 6,9% случаях в структуре рестенозов.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Каротидная эндартерэктомия до настоящего времени остается золотым стандартом лечения больных с гемодинамически значимыми поражениями сонных артерий для предупреждения развития ишемического инсульта.

2. При гемодинамически значимых двусторонних поражениях СА, для определения первоочередности оперативного вмешательства, необходимо учитывать толерантность ГМ к ишемии, состояние интракраниальных сосудов и, при необходимости, использовать интраартериальный временный шунт.

3. В лечении больных с мультифокальным атеросклерозом мы придерживаемся тактики этапного вмешательства. При выраженных критических проявлениях симптомов двух и более бассейнов предпочтительно первым этапом выполнять реконструкцию каротидного бассейна.

4. По нашим данным выживаемость после каротидной эндартерэктомии до 10 лет составила 88%, а удовлетворительное качество жизни 73,9%.

**Благодарности/Источники финансирования:** отсутствуют