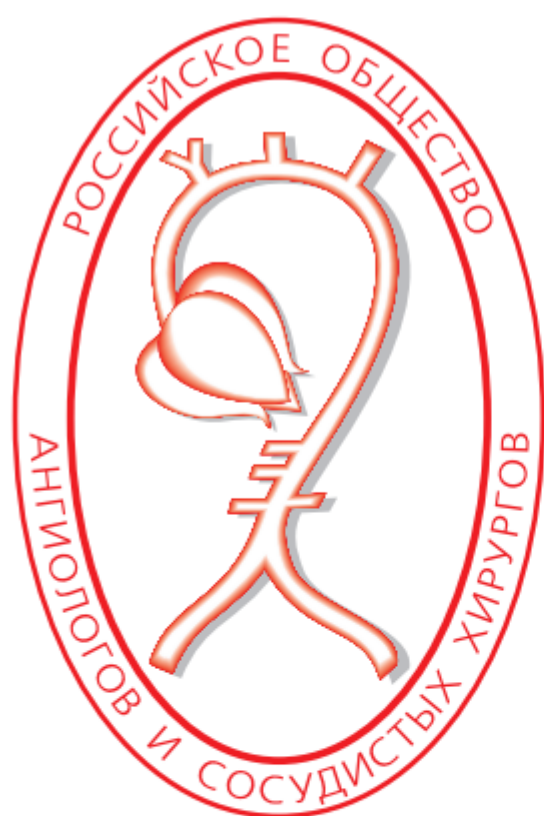


АНГИОЛОГИЯ И СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ

МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
ПО СОСУДИСТОЙ И
РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ
ХИРУРГИИ



*Angiology
and Vascular Surgery*

XXXVIII

конференция Российского общества
ангиологов и сосудистых хирургов
и V конференция по патологии сосудов
Российского научного общества
специалистов по рентгенэндоваскулярной
диагностике и лечению

Том 29

2/2023

(приложение)

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО АНГИОЛОГОВ И СОСУДИСТЫХ ХИРУРГОВ

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
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
НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ХИРУРГИИ имени А. В. ВИШНЕВСКОГО МИНЗДРАВА РФ**

МАТЕРИАЛЫ

МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО СОСУДИСТОЙ И РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ

**XXXVIII конференция Российского общества ангиологов
и сосудистых хирургов
и V конференция по патологии сосудов
Российского научного общества специалистов
по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению**

23–25 июня 2023 года, Москва

ГВБ, длительность функционирования АВФ от момента создания до закрытия (часть фистул закрывается самостоятельно) составляют в среднем 82 дня (26-742). Данное наблюдение демонстрирует возможность, эффективность и безопасность длительного функционирования искусственной артериовенозной фистулы у определенной когорты пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ РАЗЛИЧНЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ БАССЕЙНОВ У БОЛЬНЫХ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ АОРТОАРТЕРИИТОМ

**Ириазаров А.А.¹, Юлбарисов А.А.², Алиджанов Х.К.², Рахманов С.У.¹, Хасанов В.Р.¹,
Рахматалиев С.Х.²**

¹ *Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

² *Республиканский специализированный центр хирургической ангионеврологии,
Ташкент, Узбекистан*

Цель. Определить оптимальную тактику хирургического вмешательства у больных неспецифическим аортоартериитом (НАА) при многососудистым поражении.

Материал и методы. Нами ретроспективно изучены результаты хирургического лечения 39 больных НАА с сочетанными поражениями аорты и ее ветвей. Из них женщин было 31 (79,8%). Средний возраст больных составил 29,3 лет. В общей сложности патология сосудов дуги аорты выявлена у 34 больных, средней части аорты – у 10 больных, терминального отдела аорты и артерий нижних конечностей – у 4 больных.

Степень хронической сосудисто-мозговой недостаточности (ХСМН) оценивалось по классификации А.В. Покровского (1979): I степень ХСМН – 5 (16,7%) больных, II степень – 4 (13,3%) больных, III степень – 13 (43,3%) больных и IV степень – 8 (26,7%) больных.

У больных с поражением средней аорты и ее ветвей в 3 случаях одновременно были поражены висцеральные и почечные артерии (чревный ствол – 1, верхняя брыжеечная артерия – 1, нижняя брыжеечная артерия – 1). У 7 пациентов установлено поражение почечных артерий. При этом, у 5 из них определялось вовлечение в процесс одной, а у 2 больных – одновременно двух почечных артерий. При локализации поражения в инфраренальном сегменте аорты воспалительные изменения в подвздошных артериях выявлены у 4 больных. Лишь у 1 больного диагностирована окклюзия поверхностных бедренных артерий. Дистальнее процесс, как правило, не распространялся.

У 29 больных была выбрана этапная тактика коррекции нарушения кровообращения: первым этапом была выполнена коррекция хронической ишемии головного мозга. При реконструкции брахиоцефальных сосудов предпочтение отдавалось экстраторакальным и эндоваскулярным вмешательствам. Вторым этапом выполнялись вмешательства на почечных артериях и инфраренальном сегменте аорты.

У 1 больного с двухсторонним стенозом устья почечных артерий первым этапом выполнена рентгеноэндоваскулярная дилатация (РЭД), а вторым этапом реконструкция сонных артерий. Кроме того, одномоментная РЭД выполнена еще у 1 больного с сочетанным поражением обеих почечных артерий и подключичных артерий.

Изолированная реконструкция почечных артерий и терминального отдела аорты выполнена у 7 больных: из них у 1 больного выполнено протезирование почечной артерии, у 2 больных – РЭД почечных артерий, бифуркационное аорто-бедренное

шунтирование – 1 больной, профундопластика – 1 случай, РЭД подвздошной артерии – 1 случай, 1 случай – поясничная симпатэктомия.

Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде у 1 больного после бифуркационного аорто-сонного шунтирования наблюдался тромбоз протеза и, как следствие, инсульт, с последующим летальным исходом. Кроме того, у 3 больных в отдаленном послеоперационном периоде наблюдался рестеноз общей сонной и подключичной артерии, который был разрешен с помощью РЭД и стентирования.

Выводы. Таким образом, наш опыт хирургического лечения больных НАА с многососудистым поражением показал, что выбор тактики должен определяться индивидуально, при этом основным принципом считаем этапность коррекции нарушений кровообращения. Предпочтение отдается коррекции ишемии головного мозга, где имеется непосредственная угроза инсульта.

ТРОМБОФЛЕБИТ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Ириазаров А.А., Юлдашева Д.Ю., Бекназаров И.Р., Ириазарова Д.Х.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель. Оценить результаты лечения венозных тромбозов у беременных женщин.

Материал и методы. В отделении экстренной хирургии и в родильном комплексе многопрофильной клиники ТМА за период 2015–2022 гг. находились на лечении 157 беременных женщин с тромбозами вен нижних конечностей (ТВНК). Средний возраст $30,6 \pm 5,7$ лет. Сроки заболевания составляли 1–10 дней. По срокам беременности венозный тромбоз развился в I триместре – у 37 (23,5%) пациенток, во II триместре – у 47 (29,9%) пациенток, в III триместре – у 73 (46,6%) пациенток. По данным УЗДС тромбоз глубоких вен голени (ТГВГ) встречался у 24 (15,3%) пациенток из них у 1 (0,6%) выявлен флотирующий тромб, тромбоз подколенной вены (ТПКВ) – 11 (7%), тромбоз бедренной вены (ТБВ) – у 10 (6,4%), илиофemorальный венозный тромбоз (ИФВТ) выявлен у 25 (15,9%). Острый тромбофлебит в системе большой подкожной вены (БПВ) был выявлен у 76 (48,4%) и в системе малой подкожной вены (МПВ) был 11 (7%) беременных женщин. Тактика лечения беременных с острым ТВНК как хирургическая, так и акушерская вырабатывается коллегиально акушерами-гинекологами и ангиохирургами. Применяли различные виды оперативных вмешательств с целью профилактики тромбоэмболических осложнений: установка Кава-фильтра – 4 (2,5%), установка Кава-фильтра с тромболизисом и тромбоаспирацией – 1 (0,6%), тромэктомия из ОБВ + перевязка ПБВ – 10 (6,3%), перевязка ПБВ – 18 (11,4%), кроссэктомия выполнена в 67 (42,6%) случаях, перевязка МПВ 10 (6,3%). Прерывание беременности по акушерским показаниям в 4 случаях, из них в одном случае после установки кава-фильтра + тромболизис, тромбоаспирация.

Результаты. Летальных исходов и тромбоэмболий не отмечалось. По данным ультразвукового исследования диагностирован тромбоз подколенной и ПБВ контралатеральной нижней конечности без флотации. В 3 случаях беременность прервана по акушерским показаниям. У остальных 165 пациентов беременность была пролонгирована и закончилась самостоятельными родами без осложнений у 130 женщин, родоразрешение путем Кесерова сечения выполнено в 25 случаях.

Выводы. Операция магистральных вен и имплантация кава-фильтра позволяет избежать тромбоэмболические осложнения у беременных пациентов с флотирующим венозным тромбозом. Динамический УЗДС контроль состояния проксимальной части тромба в магистральных венах нижних конечностей в первые 8-10 дней после возникновения тромбоза позволяет выявить прирост и возможные трансформации свежего тромба во флотирующий тромб.

<i>Звягинцева А.Н., Волкова А.А., Иванов М.А.</i>	100
ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ПРИ ЭНДОГРАФТИРОВАНИИ БРЮШНОЙ АОРТЫ	
<i>Золотов Р.Ю., Вахитов К.М., Владимиров П.А., Черняков И.С.</i>	101
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ И КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ В РУТИННОЙ ПРАКТИКЕ	
<i>Иванов А.А., Бородулин А.И., Саввин А.А., Азаров Е.А.</i>	102
ХИРУРГИЧЕСКОЕ И ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ	
<i>Иванов Л.Н., Мухин А.С., Наумов С.В., Нагаев Р.Ю., Пугин В.А., Миронов Е.А., Чукрин Д.Ю., Широков А.М.</i>	104
ТАНДЕМНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ И ЕЁ ВЕТВЕЙ, КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ. ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	
<i>Игнатов В.А., Фокин А.А., Альтман Д.А., Печёркин В.Ф.</i>	106
РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ ГЛУБОКИХ ВЕН. ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ	
<i>Игнатъев И.М.</i>	109
КРИТЕРИИ НЕСТАБИЛЬНОСТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК СОННЫХ АРТЕРИЙ	
<i>Игнатъев И.М., Челышев Ю.А., Заночкин А.В., Гафуров М.Р., Орлинский С.Б., Мамин Г.В.</i>	110
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭНДОВЕНЭКТОМИИ И СТЕНТИРОВАНИЯ С ФУНКЦИОНИРУЮЩЕЙ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛОЙ ПРИ ПРОТЯЖЕННОЙ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ ГЛУБОКИХ ВЕН	
<i>Игнатъев И.М., Бредихин Р.А., Володюхин М.Ю., Евсеева В.В.</i>	111
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ РАЗЛИЧНЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ БАССЕЙНОВ У БОЛЬНЫХ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ АОРТОАРТЕРИТОМ	
<i>Ирназаров А.А., Юлбарисов А.А., Алиджанов Х.К., Рахманов С.У., Хасанов В.Р., Рахматалиев С.Х.</i>	113
ТРОМБОФЛЕБИТ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН	
<i>Ирназаров А.А., Юлдашева Д.Ю., Бекназаров И.Р., Ирназарова Д.Х.</i>	114
ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	
<i>Ирназаров А.А., Рахманов С.У., Хасанов В.Р., Авланазаров Х.А.</i>	115
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ АОРТОАРТЕРИТЕ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫХ СОСУДОВ	
<i>Ирназаров А.А., Юлбарисов А.А., Алиджанов Х.К., Рахманов С.У., Хасанов В.Р., Рахматалиев С.Х.</i>	116
ВЛИЯНИЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМ ОККЛЮЗИРУЮЩИМ ПОРАЖЕНИЕМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	
<i>Казаков Ю.И., Казаков А.Ю., Соколова Н.Ю., Керимханов Р.О., Меджидов С.Р., Челебов Э.Э.</i>	117