

КАЗАХСТАНСКОЕ ОБЩЕСТВО СОСУДИСТЫХ ХИРУРГОВ

KSVS 2025

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

V съезда на тему: «Избранные вопросы ангиологии
и сосудистой хирургии. Взгляд в будущее»
Туркестан, 23-24 мая

www.vascular.kz

ХИРУРГИЯ АОРТЫ



**ОПЫТ УСПЕШНОГО ПРИМЕНЕНИЯ КАРБОКСИАНГИОГРАФИИ
В ХИРУРГИИ АОРТЫ И АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**
*ФГБОУ ВО Южно-Уральский государственный медицинский университет МЗ РФ,
ГБУЗ Областная клиническая больница, Челябинск, Российская Федерация*
Фокин А.А., Уфимцев М.С., Татаркин Е.В.

Цель:

Анализ применения карбоксиангиографии при диагностических манипуляциях и лечебных процедурах, оценка возможности и безопасности выполнения карбоксиангиографии с использованием автоматического инъектора в различных сосудистых бассейнах в ГБУЗ ЧОКБ с 2022 года

Материал и методы:

Автоматический инъектор диоксида углерода Angiodroid был внедрен в практику в ГБУЗ ЧОКБ в 2022 году. Проведен анализ выполненных за это время вмешательств, произведена оценка безопасности и возможности методики, полученные результаты

Результаты:

В отделении сосудистой хирургии ЧОКБ за период с октября 2022 года по февраль 2025 года выполнено 22 лечебные процедуры и 8 диагностических манипуляций с использованием СО₂-ангиографии. Возраст пациентов составил 58-81 (в среднем 71,6) лет. Количество пациентов-мужчин – 21 (70%), женщин – 8 (30%). Показаниями для проведения карбоксиангиографии были: аллергия на йодсодержащие контрастные вещества – 12 пациентов (40%), хроническая почечная недостаточность – 17 пациентов (56,7%), пострадиационный гипотиреоз – 1 пациент (3,3%). Все лечебные манипуляции проводились по поводу атеросклеротического поражения магистральных артерий нижних конечностей в III-IV стадии хронической артериальной недостаточности по R. Fontaine – А.В. Покровскому, из которых эндоваскулярные вмешательства – 20 (90,9%) и 2 (9,1%) гибридные реконструкции (трансфеморальная тромбэндартерэктомия из наружной подвздошной, бедренных артерий, баллонная ангиопластика берцовых артерий). В нашем отделении впервые в Уральском федеральном округе выполнено эндопротезирование брюшной аорты через двусторонние доступы в паховых областях под контролем карбоксиангиографии. Из эндоваскулярных интервенций произведены на аорто-подвздошном

артериальном сегменте в объеме стентирования подвздошных артерий – 5 (25%), на бедренно-подколенно-берцовом артериальных сегментах в объеме баллонных ангиопластик артерий нижних конечностей – 15 (75%). Вмешательства проводились на ангиографической системе Philips Allura Xper FD20 и мобильной интервенционной системе Philips Veradius Unity с установленным программным обеспечением. СО₂-ангиография осуществлялась в режиме цифровой субтракционной ангиографии со скоростью съемки 6 кадров в секунду. Дозировка углекислого газа при проведении ангиографии определялась согласно рекомендациям производителя инъектора.

Выводы:

Карбоксиангиография во всех случаях была выполнена успешно и без осложнений, позволила получить удовлетворительные ангиограммы при проведении диагностических процедур, которые определили дальнейшую тактику ведения пациентов, а также обеспечили адекватную визуализацию при проведении лечебных вмешательств. Во всех обсуждаемых случаях удалось сохранить критически измененную конечность. СО₂-ангиография при соблюдении методики процедуры является безопасным методом. Учитывая болевой синдром в конечности при проведении карбоксиангиографии, её целесообразно выполнять под регионарной анестезией. Исследования, проведенные на ангиографической системе Philips Allura Xper FD20, существенно выше по качеству изображений в сравнении с выполненными на мобильной интервенционной системе Philips Veradius Unity, в связи с чем предпочтительнее проведение процедур на полноценном ангиографе. Метод значительно расширяет перечень возможных оперативных вмешательств у пациентов, которым невозможно или нежелательно введение йодсодержащих веществ.

МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАЗРЫВЕ АНЕВРИЗМЫ ИНФРАРЕНАЛЬНОГО ОТДЕЛА БРЮШНОЙ АОРТЫ С ФОРМИРОВАНИЕМ ИНФИЦИРОВАННОЙ ГЕМАТОМЫ В ЗАБРЮШИННОМ ПРОСТРАНСТВЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Национальный научный онкологический центр, Астана, Республика Казахстан
Чиналиев А.М., Султаналиев Т.А., Сагандыков И.Н., Джусубалиев Е.И., Хасенов Д.Т., Сабырұлы Д., Шаймерден Е.М., Капышев М.С., Алеушинов Р.И., Айтқұл С.Ш.

Актуальность:

Разрыв аневризмы брюшной аорты представляет собой неотложную ситуацию и, если его не распознать и не начать соответствующее лечение, приводит к значительной заболеваемости и смертности, при этом смертность без лечения приближается к 100%.

По литературным данным более половины пациентов с разрывом АБА имеют ранее не диагностированные аневризмы, а до 30% пациентов первоначально неправильно диагностируются.

Частота разрыва аневризмы брюшной аорты составляет 5,6-17,5 на 100 000 человек в год в западных странах, а общий уровень смертности пациентов составляет примерно 80-90%. Таким образом, разрыв аневризмы брюшной аорты является важной причиной смертности, которая может еще больше увеличиваться по мере старения населения. Единственным вариантом лечения пациентов с разрывом является экстренная открытая гибридная или эндоваскулярная хирургия. [1] [2] [3]

Цель:

Улучшение результатов лечения больных с разрывами аневризм брюшной аорты путем оптимизации хирургической и реанимационной тактики

Материалы и обсуждение:

В своей практике авторы столкнулись с интересным случаем, полностью подтверждающим этиологию, течение заболевания, а также сопутствующие заболевания. В данном случае наблюдалось классическое начало заболевания с поздней диагностикой. Пациент Е., 59 лет, поступил в Центр сосудистой хирургии ТОО «Национальный научный онкологический центр» в тяжелом состоянии, с жалобами на боли в поясничной области, затруднение передвижения, повышение температуры до 38 С в течение трех недель.

Из анамнеза заболевания: со слов пациента болевает 23 дня, связывает с физическими

нагрузками и возможным подъемом тяжести в домашних условиях. Госпитализирован на стационарное лечение по месту жительства с последующей госпитализацией в профильный стационар.

В условиях стационара проведена компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием. Заключение: мешотчатая аневризма в инфраренальной части аорты по задней стенке. Размерами 3,4x2,9x2,7 см. Ширина ножки – 1,7 см, протяженность – 2,0 см. Отмечается участок инфильтрации вокруг вышеописанной аневризмы, распространяющийся на большую поясничную мышцу слева, протяженностью около 13,0 см. Диагноз выставлен на основании клинической картины (боль, лихорадка), лабораторных исследований (маркеры воспаления) и характерных морфологических признаков (мешковидное выпячивание артериальной стенки, периваскулярный отек, гематома и/или фиброзная ткань). Учитывая данные КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с отрицательной динамикой за счет увеличения размера аневризмы и размера абсцесса, а также нарастающую постгеморрагическую анемию, риск полного разрыва аневризмы инфраренального отдела аорты пациенту показана операция по жизненным показаниям.

Пациент взят в экстренном порядке на оперативное лечение в объеме: экстраанатомическое подключично-бедренное шунтирование справа, экстраанатомическое бедренно-бедренное шунтирование справа налево, люмботомия слева, иссечение аневризмы брюшной аорты, перевязка инфраренального отдела брюшной аорты, вскрытие и дренирование гематомы забрюшинного пространства.

Результаты:

В результате проведенного клинического случая пациент с тяжелым состоянием, вызванным атеросклеротическим поражением магистральных сосудов и аневризмой инфраренального отдела аорты, был успешно

диагностирован и прооперирован в экстренном порядке. На основе анализа данных компьютерной томографии и клинических проявлений был поставлен диагноз, который подтвердился с учетом лабораторных исследований и морфологических признаков. Учитывая наличие увеличения аневризмы и прогрессирующую анемию, был решен вопрос об оперативном вмешательстве.

Особое внимание в данном случае было уделено важности мультидисциплинарного подхода. В лечении пациента участвовали специалисты различных областей: сосудистые хирурги, анестезиологи, реаниматологи, невропатологи и лабораторные врачи. Координация усилий всех этих специалистов позволила своевременно диагностировать заболевание, оценить риски и провести сложную операцию, что значительно повысило шансы на благоприятный исход.

Заключение:

Представленный клинический случай подтверждает важность ранней диагностики и комплексного подхода в лечении пациентов с атеросклеротическим поражением магистральных сосудов и аневризмой аорты. Мультидисциплинарный подход, включающий участие сосудистых хирургов, анестезиологов, реаниматологов и лабораторных специалистов, стал ключевым фактором для успешного исхода лечения. Своевременная диагностика и оперативное вмешательство позволили предотвратить разрыв аневризмы и избежать фатальных последствий, несмотря на позднюю диагностику заболевания.

Этот случай подчеркивает необходимость внимательного отношения к клиническим проявлениям, а также значимость динамического наблюдения за пациентами с подобными заболеваниями. Оперативное вмешательство, основанное на комплексной оценке состояния пациента и результатах обследований, сыграло решающую роль в улучшении прогноза и предотвращении осложнений.

Экстраанатомическое шунтирование остается важным методом лечения пациентов с аневризмами брюшной аорты и осложненными окклюзионными поражениями, когда стандартные подходы невозможны. Выбор конкретной техники зависит от состояния пациента и анатомических особенностей поражения.

Использованная литература:

1. Ченг Дж., Чжан Р., Ли С., Тао Х., Доу Ю., Ван Ю., Ху Х., Чжан Дж. Нацеленная нанотерапия при аневризмах брюшной аорты. Дж Ам Колл Кардиол. 27 ноября 2018 г.; 72(21): 2591-2605
2. Голледж Дж. Аневризма брюшной аорты: обновленная информация о патогенезе и лечении. Нат преподобный Кардиол. 2019 г., апрель; 16(4): 225-242
3. Салата К., Сайед М., Хуссейн М.А., де Местраль С., Греко Е., Мамдани М., Ту Дж. В., Форбс Т.Л., Бхатт Д.Л., Верма С., Аль-Омран М. Статины уменьшают рост, разрыв и периоперационную смертность аневризмы брюшной аорты: А Систематический обзор и метаанализ. J Am Heart Assoc., 2 октября 2018 г.; 7(19): e008657

ОТКРЫТЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ АОРТО-МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОМ ПИНЦЕТЕ (СИНДРОМЕ «ЩЕЛКУНЧИКА»)

Медицинский университет Астана, МГБ №1, Астана, Республика Казахстан

Суйнбекова А.С., Абдуллинов А.С., Юсупов А.А.

Введение:

Синдром «щелкунчика» – редкое заболевание, которое проявляется компрессией левой почечной вены между аортой и верхней брыжеечной артерией при переднем типе, аортой и позвоночным столбом при заднем типе и приводит к гемодинамически значимым нарушениям оттока крови и превышению венозного давления в левой почечной вене. При наличии повышенного давления в системе левой почечной вены гонадные вены становятся частью обходного пути для почечного ренокавального анастомоза. Одной из важных проблем при лечении больных с варико/овариоцеле являются рецидивы заболевания.

По данным Покровского А.В. при рентгеноваскулярных вмешательствах (РЭО) их частота достигает до 26%, при операции Иванисевича – до 29%, при формировании межвенозных анастомозов рецидивы наблюдаются у 2% больных.

На данный момент одну из лидирующих позиций в оперативном лечении как более эффективный метод занимает формирование разгрузочного тестикуло-, оварио-илиакального анастомоза.

Цель:

Оценка результатов хирургического лечения пациентов с синдромом «щелкунчика»

Методы:

Для выполнения поставленной цели было обследовано и оперировано в период 2014-2024 гг. на базе ГКП на ПХВ «МГБ №1 г. Астана» 18 пациентов в возрасте от 18 до 36 лет (средний возраст составил 24 года) с наличием подтвержденного диагноза синдрома «щелкунчика». У всех 18 пациентов выявлены показания к хирургическому лечению, из них: 16 (89%) мужчин, 2 (11%) женщины. Наиболее частыми причинами обращения являлись: тянущие боли, усиливающиеся при физической нагрузке у 18 (100%), синдром тазового полнокровия у 2 (11%), рецидивирующий варикоцеле после оперативного вмешательства у 10 (55,5%), вторичный варико/овариоцеле у 6 (33,3%), нарушение сперматогенеза у 6 (33,3 %). Всем оперированным пациентам для диагностики выполнялся стандартный набор

лабораторных и инструментальных исследований, включающий в себя: ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДГ) почечных сосудов, компьютерную ангиографию с в/в болюсным контрастированием (КТА) – аортографию с венозной фазой, флебографию нижней поллой вены (НПВ) и левой почечной вены (ЛПВ), гонадных вен. Всем пациентам (100%) выполнено плановое оперативное лечение – формирование разгрузочного тестикуло-, оварио-илиакального анастомоза.

Результаты:

Непосредственный хороший результат достигнут у 100% первично оперированных по поводу синдрома «щелкунчика» пациентов в виде ликвидации значимого градиента венозного давления по результатам контрольного УЗДГ. В раннем послеоперационном периоде летальных исходов и осложнений, повлиявших на сроки госпитализации, не выявлено. Вся исследуемая группа наблюдалась в отдалённом периоде. Срок наблюдения составил от 6 до 24 месяцев. У 6 (33,3%) пациентов в разные сроки после операции выявлена нормализация сперматогенеза. У 18 (100%) пациентов по данным УЗДГ выявлено функционирование тестикуло-, оварио-илиакального анастомоза. У 18 (100%) пациентов не выявлен рецидив варико/овариоцеле.

Выводы:

Формирование разгрузочного тестикуло-, оварио-илиакального анастомоза является одним из эффективных методов хирургического лечения у симптомных пациентов с синдромом «щелкунчика».

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО И ОТКРЫТОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БИФУРКАЦИОННОГО ПОРАЖЕНИЯ АОРТО-ПОДВЗДОШНОГО СЕГМЕНТА

*ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр им. академика Е.Н. Мешалкина
МЗ РФ, Новосибирск, Российская Федерация*

Саая Ш.Б., Гостев А.А., Осипова О.С., Чебан А.В., Стародубцев В.Б., Валиев Э.Л.,
Игнатенко П.В., Карпенко А.А., Чернявский А.М.

Вступление:

При сложных поражениях аорто-подвздошного сегмента (АПС), включая поражения типов C/D в соответствии с классификацией TASC-II, аорто-бедренное бифуркационное шунтирование (АББШ) остается золотым стандартом с удовлетворительными показателями проходимости в долгосрочной перспективе, хотя и сопряжено со значительными периоперационными осложнениями и смертностью (Indes et al., 2013; Norgren et al., 2007).

Благодаря совершенствованию технологий, методик и накоплению опыта эндоваскулярные интервенции во многих случаях могут являться альтернативой открытому оперативному вмешательству как при локальных, так и при протяженных поражениях (Bosch et al., 1999).

Стоит также отметить достаточно хороший уровень качества жизни после ангиопластики и стентирования, что связано с малоинвазивным оперативным доступом, ранней реабилитацией и быстрым достижением клинического эффекта (Urchurch et al., 2004).

Методика «киссинг-стентирования» (КС) характеризуется высоким показателем технического успеха, минимальным уровнем госпитальных и системных осложнений, приемлемой промежуточной и отдаленной проходимостью (Groot Jebbink et al., 2017). Вместе с тем, до сих пор отсутствуют четкие рекомендации о выборе различных видов стентов при КС: баллоннорасширяемые (БРС) или самораскрывающиеся (СРС), а также использовании различных технических подходов, включая баллонную пре- и пост-дилатацию поражений (Nordanstig et al., 2024).

Цель:

Сравнить эндоваскулярное лечение («киссинг-стентирование» (КС) с традиционным открытым аорто-бедренным бифуркационным шунтированием (АББШ) при лечении пациентов с поражением бифуркации брюшной аорты и подвздошных артерий

Методы:

Проведен в этих целях одноцентровый ретроспективный анализ пациентов, получивших эндоваскулярное лечение голо-металлическими стентами методом «киссинг-стентирования» или АББШ по поводу TASC-II C/D поражений аорто-подвздошного сегмента (АПС) с 2012 по 2021 год.

Оценивали показатели шкалы периоперационного риска (ASA, SVS), частоту госпитальных осложнений, показатели ранней 30-дневной смертности и показатели отдаленной проходимости. Результаты наблюдения были проанализированы с помощью кривых Каплана-Мейера. Проведена регрессия Кокса для определения предикторов, влияющих на показатели проходимости.

Результаты:

В исследование было включено 57 пациентов с КС и 86 пациентов с АББШ.

В группе КС был более высокий периоперационный риск (ASA (АСР=0,06), SVS (АСР=0,08) и менее распространенное поражение АПС (поражения TASC D, 26,3% против 46,5%; АСР=0,202).

После псевдорандомизации в исследование было включено 80 пациентов (40 КС и 40 АББШ), в результате чего были сформированы хорошо сбалансированные группы с точки зрения демографических данных, факторов риска, степени ишемии нижних конечностей, периоперационного риска (ASA (АСР=0,006) SVS (АСР=0,003) и анатомии поражения АПС (TASC D – по 40%, АСР=0,000).

Смертность за период наблюдения в 36 месяцев составила 5% после КС против 2,5% в группе АББШ.

В группе КС госпитализация была значительно короче ($3,9 \pm 1,6$ дня по сравнению с группой АББШ $9,1 \pm 1,9$ дня; $p < 0,001$) и пребывания в отделении интенсивной терапии (0 дня против $2,1 \pm 0,4$ дней, $p < 0,001$).

Количество ранних послеоперационных осложнений было сопоставимо (7,5% против 15%; $p = 0,47$).

Трехлетняя первичная проходимость была сходной между КС и АББШ (87,5% против 95%; $p=0,24$); многофакторный анализ показал, что критическая ишемия конечности и гемодинамически значимое поражение артерий оттока были факторами риска развития рестеноза/реокклюзии (6,65 [1,29;34,37], $p=0,02$ и 6,04 [0,72;50,22], $p=0,04$ соответственно).

Выводы:

Эндоваскулярный подход лечения поражений бифуркации аорты и подвздошных артерий голо-металлическими стентами продемонстрировал сопоставимую первичную проходимость с АББШ за трехлетний период наблюдения.

Количество ранних послеоперационных осложнений было сопоставимо. Таким образом, эндоваскулярные реконструкции аорто-подвздошного сегмента TASC II C, D поражений методом «киссинг-стентирования» можно рассматривать как альтернативу АББШ.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМЫ УСТЬЯ ПРАВОЙ АБЕРРАНТНОЙ АРТЕРИИ И НИСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА ГРУДНОЙ АОРТЫ. ЕДИНЬЙ КАРОТИДНЫЙ СТЕВОЛ
TOO ERENSAU hospital, «MEDITERRA», Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан
Коспанов Н.А., Маслов Т.В., Төлеген А.И., Мұхамеджан Р.Т.,
Жәмеш С.Қ., Рамазанова М.Ж.

Ключевые слова:

Аневризма нисходящего отдела аорты, правая aberrантная подключичная артерия, сонная артерия, стент-графт

Введение:

Разветвление крупных сосудов от аорты обычно начинается с брахиоцефального ствола, после которого в 85% случаев следуют левая общая сонная и левая подключичная артерии. В редких случаях встречаются анатомические аномалии, такие как aberrантная правая подключичная артерия (ARSA), aberrантное начало позвоночных артерий или общее начало сонных артерий (COCA). В данном клиническом случае описан успешный опыт гибридного лечения аневризмы устья правой aberrантной подключичной артерии и аневризмы нисходящего отдела грудной аорты.

Клинический случай:

Пациент, 54 года, поступил с жалобами на периодические боли в груди, иррадиирующие в позвоночник, сильное повышение артериального давления (до 240/110 мм рт.ст.), онемение верхних конечностей, одышку и общую слабость. На МСКТ грудной клетки были выявлены признаки гигантской псевдоаневризмы правой aberrантной подключичной артерии и дуги аорты, а также небольшая аневризма инфраренального отдела брюшной аорты и атеросклеротические изменения аорты. У пациента наблюдался редкий анатомический вариант – единый ствол для обеих общих сонных артерий (COCA) и aberrантное начало правой подключичной артерии (ARSA).



Рис 1.

Лечение:

В связи с наличием аневризмы правой подключичной артерии диаметром 7,9 см и других анатомических аномалий было решено провести комплексное вмешательство, включающее в себя: эндоваскулярную имплантацию стент-графта в нисходящий отдел грудной аорты, эндоваскулярную эмболизацию aberrантной правой подключичной артерии и сонно-подключичное шунтирование с обеих сторон для восстановления кровообращения в верхних конечностях.

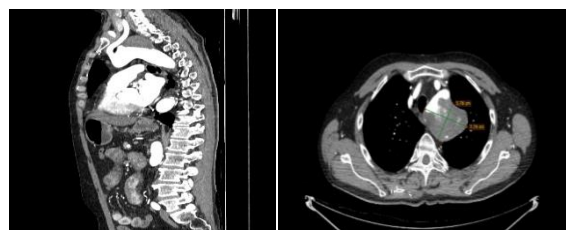


Рис. 2

Операция:

В гибридной операционной первым этапом было выполнено выделение подключичной и сонной артерий с обеих сторон надключичным доступом.

Затем был имплантирован стент-графт в нисходящий отдел аорты с захватом aberrантной правой и левой подключичных артерий.

После установки стент-графта была выполнена эндоваскулярная окклюзия ARSA с помощью спиралей.

Завершающим этапом стало проведение сонно-подключичного шунтирования для восстановления кровообращения в верхние конечности.

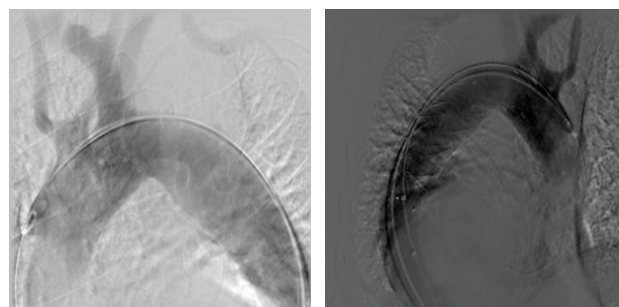


Рис. 3

Результаты:

После операции пульсация на обеих сонных артериях и магистральных артериях верхних конечностей была отчетливо ощущаема на всем протяжении. Пациент был переведен в отделение интенсивной терапии для дальнейшего наблюдения. На второй день после вмешательства его перевели в палату, где его состояние стабилизировалось. Осложнений не возникло. На 10-й день пациента выписали для дальнейшего наблюдения.

Заключение:

Данный клинический случай иллюстрирует успешное применение гибридного подхода в лечении редкой сосудистой патологии – аневризмы ARSA и нисходящего отдела грудной аорты. Прогресс в хирургической и эндоваскулярной технике позволил значительно снизить операционную смертность и повысить качество долгосрочных результатов лечения сложных аневризм.

Список литературы:

1. Bayford D. An account of singular case of obstructed deglutition. *Memoirs Med Soc London* 1794, 275-286
2. Epstein DA, Debord JR. Abnormalities associated with aberrant right subclavian arteries – A case report. *Vasc. Endovascular Surg* 2002; 36: 297-303
3. Kommerell B. Verlagerung des Oesophagus durch eine abnorm verlaufende Arteria Subclavia Dextra (Arteria Lusoria). *Fortschr. Geb. Rontgenstr. Nuklearmed* 1936; 54
4. Levitt B, Richter JE. Dysphagia lusoria: A comprehensive review. *Dis Esophagus* 2007; 20: 455-460
5. Hiratzka LF, Bakris GL, Beckman JA, et al. 2010 ACCF/AHA/ AATS/ACR/ASA/SCA/SCAI/SIR/STS/SVM guidelines for the diagnosis and management of patients with thoracic aortic disease: executive summary. A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, American Association for Thoracic Surgery, American College of Radiology, American Stroke Association, Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Interventional Radiology, Society of Thoracic Surgeons, and Society for Vascular Medicine. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2010; 76: E43-86
6. Stagias JG, Ciarolla D, Campo S, Burrell MI, Traube M. Vascular compression of the

esophagus: A manometric and radiologic study. *Dig Dis Sci* 1994; 39: 782-786

7. Cappell MS. Endoscopic, radiographic, and manometric findings associated with cardiovascular dysphagia. *Dig Dis Sci* 1995; 40: 166-176

8. Alper F, Akgun M, Kantarci M, et al. Demonstration of vascular abnormalities compressing esophagus by MDCT: Special focus on dysphagia lusoria. *Eur J Radiol* 2006; 59: 82-87

9. Kamiya H, Knobloch K, Lotz J, et al. Surgical treatment of aberrant right subclavian artery (arteria lusoria) aneurysm using three different methods. *Ann Thorac Surg* 2006; 82: 187-190

10. Kouchoukos NT, Masetti P. Aberrant subclavian artery Zand Kommerell aneurysm: Surgical treatment with a standard approach. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2007; 133: 888-892

11. Shennib H, Diethrich EB. Novel approaches for the treatment of the aberrant right subclavian artery and its aneurysms. *J Vasc Surg* 2008; 47: 1066-1070

12. Jauch KW, Riel KA, Lauterjung L, Berger H. [Aneurysm of the arteria lusoria. Case report and review of the literature]. *Chirurg* 1988; 59: 418-424

13. Kedora J, Grimsley B, Pearl G. Endovascular treatment of an aberrant right subclavian artery aneurysm with use of the Zenith iliac plug. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2009; 22: 144-145

14. Hoppe H, Hohenwarter EJ, Kaufman JA, Petersen B. Percutaneous treatment of aberrant right subclavian artery aneurysm with use of the Amplatzer septal occluder. *J Vasc Interv Radiol* 2006; 17: 889-894

15. Apple J, McQuade KL, Hamman BL, Hebeler RF, Shutze WP, Gable DR. Initial experience in the treatment of thoracic aortic aneurysmal disease with a thoracic aortic endograft at Baylor University Medical Center. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2008; 21: 115-119

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АОРТО-ПИЩЕВОДНОЙ ФИСТУЛЫ

ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская больница №2», Астана, Республика Казахстан

Мухаметкалиев С.С., Диколаев В.Д., Джанпаизов А.Б.

Соавторы: Базаров Е.К., Умарбаев А.Ж., Үрістеннова А.К., Байметов Ш.Т., Саргалдаков А.Т., Құсайын Ж.А., Алпысов А.А., Абельдинова А.А.

Введение:

Аорто-пищеводная фистула (АПФ) – крайне редкое жизнеугрожающее состояние, при котором возникает патологическое сообщение между аортой и пищеводом, приводящее к триаде Къери (боль в грудной клетке, кровотечение в ЖКК, массивное кровоизлияние с фатальным исходом). Вследствие редкой встречаемости данной патологии и ограниченного числа описанных случаев точная частота встречаемости не установлена. Однако из-за своей высокой детальности диагностика данного заболевания очень важна для проведения дальнейшей тактики лечения.

Методы:

Пациент, 64 года, поступил в экстренный приемный покой с жалобами на дискомфорт в грудной клетке, тошноту, рвоту кофейной гущей, которые беспокоят его в течение нескольких дней. В динамике симптомы прогрессируют, в связи с чем пациент вызвал карету СМП и был доставлен в экстренный приемный покой с геморрагическим шоком 1-2 ст. НВ – 48 г/л. В сознании. Витальные функции: АД – 60/40 мм рт.ст., пульс – 96, сатурация – 96%.

Было проведено ВЭФГДС: слизистая оболочка пищевода гиперемирована, просвет сужен за счет сдавления извне на расстоянии 33 см. Язвенный дефект округлой формы около 0,8 см, прикрытый черным тромбом.

КТ ОГК с контрастом: картина объемного образования клетчатки заднего средостения, тесно прилежащее к задней стенке пищевода и к левой боковой стенке нисходящего отдела грудной аорты с инвазией в стенку пищевода.

По результатам инструментальных методов исследования был выставлен предварительный диагноз: аорто-пищеводный свищ, состоявшееся пищеводное кровотечение, геморрагический шок 1-2 ст.

Решено провести экстренный консилиум. Решением консилиума, учитывая тяжесть состояния больного, предпочтительнее был выбор об имплантации стент-графта.

Результаты:

Пациенту в экстренном порядке был имплантирован стент-графт. После чего отмечается улучшение состояния, стабилизация витальных функций и коррекция лабораторных анализов. Пациент выписывается на амбулаторное обследование с последующей консультацией онколога. После чего отмечается повторное ухудшение состояния, путем вызова СМП доставляется в ГМБ №2. В торакальном отделении проводится ВЭФГДС, где отмечается увеличение дефекта в размерах до 4 мм. У пациента развился медиастенит. Далее пациенту торакоскопически выводится гастростома. На следующий день пациента переводят в отделение ОАРИТ в связи с потерей гемоглобина. После чего решено провести обширную операцию – ревизию с дальнейшим протезированием данного участка.

Вывод:

АПФ – это крайне редкое, но смертельно опасное состояние, требующее немедленного медицинского вмешательства.

Представленный клинический случай подчеркивает важность ранней диагностики и дальнейшего определения тактики лечения. Небольшие продромальные кровотечения могут предшествовать массивной кровопотере и их нельзя игнорировать. КТ-ангиография и эндоскопия являются ключевыми инструментами в выявлении фистулы. Хирургическое вмешательство (эндоваскулярное или открытое) остается единственным шансом на спасение пациента.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОЙ АОРТЫ С ЭКТОПИЕЙ ПРАВОЙ ПОЧКИ В МАЛЫЙ ТАЗ

TOO ERENSAU hospital, «MEDITERRA», Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

Коспанов Н.А., Аканов Е.К., Төлеген А.И., Мұхамеджан Р.Т., Абдиримов И.Т.

Ключевые слова:

Аневризма брюшной аорты, эктопия почки, хирургическое лечение

Введение:

Аневризма брюшной аорты (АБА) является серьезной сосудистой патологией, характеризующейся локальным расширением аорты, что может привести к разрыву и жизнеугрожающим последствиям.

Распространенность АБА среди населения составляет около 2-8% в развитых странах [1], чаще встречается у мужчин старше 65 лет в 8% случаев [2].

Эктопия почки – чрезвычайно редкая врожденная аномалия почечной системы, встречающаяся в 1 из 500-1000 случаев [3], при этом тазовая эктопия составляет около 20% всех случаев почечной эктопии.

Материалы и методы:

Пациент, мужчина, 76 лет, поступил с жалобами на наличие пульсирующего образования в околопупочной области, общую слабость. Проведена КТ-ангиография с контрастированием, где выявлена аневризма брюшной аорты протяженностью 128 мм, диаметром 56 мм, при этом правая почка визуализируется в малом тазу. По результатам консилиума врачей пациенту рекомендовано оперативное лечение.

Результаты:

Учитывая ангиографическую картину, было решено выполнить открытую реконструктивную операцию – резекцию аневризмы брюшной аорты с аорто-бедренным аллопротезированием и реимплантацией правой почечной артерии на уровне бифуркации протеза. На 2 сутки он переведен в палату. Максимальное повышение креатинина до 152,38 мкмоль/л на третьи сутки после операции. Однако впоследствии этот показатель снизился до нормальных значений (105,6 мкмоль/л). Планируется проведение контрольной КТ-ангиографии брюшной аорты через 6 месяцев после оперативного вмешательства. Пациент находится на динамическом наблюдении у лечащего врача.

Выводы:

Данный случай демонстрирует важность

комплексного подхода к диагностике и лечению аневризмы брюшной аорты (АБА) в сочетании с редкой врожденной аномалией – тазовой эктопией почки. Ранняя диагностика, основанная на применении современных методов визуализации, позволила своевременно выявить патологию и определить оптимальную стратегию лечения.

Список литературы:

1. Marcaccio CL, Schermerhorn ML. Epidemiology of abdominal aortic aneurysms. *Semin Vasc Surg.* 2021 Mar;34(1):29-37. doi: 10.1053/j.semvascsurg.2021.02.004. Epub 2021 Feb 6. PMID: 33757632
2. Anagnostakos J, Lal BK. Abdominal aortic aneurysms. *Prog Cardiovasc Dis.* 2021 Mar-Apr; 65: 34-43. doi: 10.1016/j.pcad.2021.03.009. Epub 2021 Apr. 5. PMID: 33831398
3. Bingham G, Leslie SW. Pelvic Kidney. 2023 May 30. In: Stat Pearls [Internet]. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; 2025 Jan. PMID: 33085386

КТ-АОРТОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АОРТАЛЬНОГО СИНДРОМА

КФ «University Medical Center», Астана, Республика Казахстан

Даутов Т.Б., Асильов Н.А.

Актуальность:

Острый аортальный синдром относительно новый термин в научной литературе, включающий все жизнеугрожающие состояния, затрагивающие грудную часть аорты (Vilacostal, San Roman JA. Acuteaorticsyndrome. Heart 2001; 85:365-8), выявляется в 1,1-1,5% случаев при вскрытиях и занимает 13 место среди всех причин смерти у людей старше 65 лет. Клиническая картина всех заболеваний, входящих в эту группу, схожа: острая мучительная боль в груди/спине, иррадиация в область шеи и живота (может напоминать стенокардитические боли).

Цель исследования:

Изучение возможности КТ-аортографии в диагностике острого аортального синдрома

Материалы и методы исследования:

Исследования проводились на базе Национального научного кардиохирургического центра, ныне Центра сердца «УМС», в период с ноября 2011 г. по ноябрь 2023 г. включительно, были проведены исследования 589 пациентов с различными заболеваниями аорты, из них у 131 (22,2%) пациента с ОАС. Средний возраст пациентов составил 52,3 года; из них мужчин – 98 (75,8%) пациентов, женщин – 33 (24,2%) пациента. Исследования выполнялись на мультиспиральном компьютерном томографе (МСКТ) с проспективной кардио-синхронизацией и реконструкцией с толщиной среза 0,6 мм. Использовали стандартную укладку пациента лежа на спине с внутривенным болюсным введением при помощи автоматического бесколбеного КТ-инжектора со скоростью введения 4 мл/сек.

Последующая постпроцессинговая обработка полученных данных проводилась на рабочих станциях с применением специальных программ MPR и 3D для обработки изображений.

Результаты исследования:

Были ретроспективно проанализированы результаты КТ-аортографий у 131 пациента с ОАС, из них: у 59 (45,1%) больных была выявлена расслаивающая аневризма по DeBakey I, у 28 (21,3%) – расслаивающая аневризма по DeBakey II, у 37 (28,2%) – расслаивающая аневризма по DeBakey III, у 5

(3,8%) – интрамуральная гематома восходящего отдела и дуги аорты, а у 2 (1,6%) – пенетрирующая язва дуги аорты.

В анамнезе артериальная гипертензия у 86 (65,6%) пациентов, у 45 (34,4%) – различные сердечно-сосудистые заболевания. КТ-аортография показала высокую чувствительность и специфичность при диагностике острого аортального синдрома и составляет 96% и 99% соответственно.

Выводы:

Таким образом, КТ-аортография является высокоинформативным и малоинвазивным методом диагностики острого аортального синдрома, позволяющим определить оптимальную лечебную тактику.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ «ОСТРОЕ РАССЛОЕНИЕ АОРТЫ III ТИПА (ПО DEBAKEY) С СИНДРОМОМ МАЛЬПЕРФУЗИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, АБДОМИНАЛЬНОЙ ИШЕМИИ»

ГКП на ПХВ ГМБ №2 г. Астана, «Медицинский университет Астана», Астана, Республика Казахстан

Алпысов А.Ә., Құсайын Ж.Ә., Мухаметкалиев С.С., Смоленский А.В., Диколаев В.Д., Юсупов А.А.

Введение:

Острое расслоение аорты – одно из опасных заболеваний с крайне неблагоприятным прогнозом. Без экстренной хирургической помощи летальность в течение первых 48 часов достигает 50%, в течение 1 месяца погибают 84% больных. Хирургическую тактику определяют не только тип расслоения и длительность течения, но и наличие связанных с ней осложнений. Одним из наиболее грозных осложнений заболевания является синдром мальперфузии, который проявляется нарушением кровоснабжения внутренних органов, центральной нервной системы, верхних и нижних конечностей, что в конечном счете приводит к развитию тяжелой полиорганной недостаточности и к системным метаболическим нарушениям.

Цель работы:

Предоставить клинический случай хирургического лечения синдрома мальперфузии нижних конечностей, абдоминальной ишемии при остром расслоении аорты III типа по DeBakey

Материал и методы:

Пациент, 52 года, поступил в отделение сердечно-сосудистой хирургии с острым тромбозом интрависцерального отдела аорты, подвздошных артерий справа, ОАН 2Б степени по В.С. Савельеву.

Пациент экстренно взят на операцию, интраоперационно выявлена картина расслоения ОБА, ПБА справа, с формированием ложного просвета, левая ОБА без признаков расслоения, пульсации и кровотока нет. Проведено ЧПЭХОКГ, выявлены признаки расслоения нисходящего отдела грудной аорты. С учетом ОАН 2Б степени обеих нижних конечностей принято решение о проведении хирургического лечения: ревизия ОБА с обеих сторон; ПКА справа; формирование фенестрации ОБА справа; экстраанатомическое бедренно-бедренное шунтирование справа налево с помощью синтетического протеза; наружно-подвздошно-поверхностно-бедренное шунти-

рование с помощью синтетического протеза справа.

Результаты:

Послеоперационный период протекал гладко, без особенностей и осложнений. Учитывая стабильную гемодинамику, регресс ишемии в нижних конечностях было решено провести консилиум с целью определения дальнейшей тактики лечения. Была выполнена повторная КТА ОГК и ОБП ввиду перфузии правой почечной артерии и висцеральных ветвей брюшной аорты от ложного хода, решено от оперативного вмешательства в объеме имплантации стент-графта воздержаться. Рекомендовано дальнейшее консервативное лечение.

Вывод:

Таким образом, синдром мальперфузии при остром расслоении аорты – это крайне опасное осложнение, непосредственно влияющее как на естественное течение заболевания, так и на результат оперативного лечения. Для успешного лечения подобных заболеваний необходим, прежде всего, опыт для принятия своевременного и оптимального решения в выборе метода восстановления нарушения кровообращения. В представленном клиническом случае показана возможность оптимального хирургического лечения пациента с острым расслоением аорты III типа по DeBakey с мальперфузией нижних конечностей, абдоминальной ишемией. Выбранный метод – нестандартный и, несомненно, имеет высокий уровень сложности как с технической точки зрения выполнения операции, так и с точки зрения сопровождающих это вмешательство высоких рисков летальности и периоперационных осложнений. Тем не менее, результат показывает, что, несмотря на критическое исходное состояние пациента, выбранная тактика себя оправдала.

ХИРУРГИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ИНФРАРЕНАЛЬНОГО ОТДЕЛА БРЮШНОЙ АОРТЫ. НАШ ОПЫТ

ГКП на ПХВ ГМБ №2, Астана, Республика Казахстан

Абельдинова Т.А., Мухаметкалиев С.С., Смоленский А.В., Диколаев В.Д.

Введение:

Имплантация стент-графта является одним из приоритетных методов лечения аневризмы инфраренального отдела брюшной аорты у пациентов с высоким хирургическим риском благодаря снижению вероятности разрыва и меньшей инвазивности по сравнению с открытой хирургией. Тем не менее, данное эндоваскулярное вмешательство требует индивидуального подхода с учётом анатомических особенностей и системных факторов риска. Даже спустя годы после операции сохраняется вероятность развития серьёзных осложнений, что подчёркивает необходимость пожизненного наблюдения, регулярных контрольных обследований и готовности к повторным вмешательствам.

Цель работы:

Анализ клинических случаев с ранними и отдалёнными осложнениями после имплантации стент-графтов

Материал и методы:

С 2015 по 2024 гг. в отделение сосудистой хирургии ГМБ №2 г. Астаны были госпитализированы 6 пациентов с осложнениями после установки стент-графтов в инфраренальном отделе брюшной аорты и подвздошных артериях. Средний возраст – 50 ± 5 лет. У 83,3% – острая артериальная недостаточность нижних конечностей, у 16,7% – хроническая ишемия. Сроки развития осложнений – от 19 дней до 8 лет. Среди больных было 5 мужчин (83,3%) и 1 женщина (16,7%).

Результаты:

Во всех случаях были зафиксированы серьёзные осложнения, включая острые тромбозы, приводящие к ишемии нижних конечностей.

Период обращения из-за осложнения после имплантации стент-графта: 33,3% – в раннем послеоперационном периоде; еще 50% – в течение 4 ± 2 месяцев; последний из пациентов (16,7%) – через 8 лет.

По данным исследования компьютерной томографии пациентов были выявлены осложнения в объеме: тромбоз одной бранши стент-графта – 83,3%, тотальная окклюзия стент-графта – 16,7%. Пациентам

были выполнены следующие операции: открытые – 83,3%, гибридная – 16,7%. Основная категория больных, которым были выполнены операции по восстановлению кровотока в нижних конечностях, имела острую артериальную недостаточность конечности, соответствующую IIБ стадии по классификации Савельева В.С., Fontaine. Большинство пациентов имели выраженный коморбидный фон и сложную анатомию.

Вывод:

Имплантация стент-графта в настоящее время считается альтернативным оперативным лечением аневризм аорты и периферических артерий. Однако, несмотря на эффективность и минимальную инвазивность, имплантация стент-графтов требует пожизненного наблюдения. Осложнения могут возникать даже через годы, что подчёркивает важность индивидуального подхода, своевременной диагностики и готовности к повторным вмешательствам.

ХИРУРГИЯ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ СОННЫХ И КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ, РЕЗУЛЬТАТЫ И НАШ ОПЫТ ОДНОЭТАПНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

КГП на ПХВ «Атырауский областной кардиологический центр», Атырау, Республика Казахстан

Жантурганов М.А., Мадешов Е.К., Конысов А.А., Джумагалиева С.Б., Кадыров Ж.Е., Суесинов И.С., Куандыков Е.А., Акылов А.А., Саникиев К.Б., Арапов М.А., Нурмаганбет А., Насыров Ж.Е., Таскалиев Ш.Б.

У больных с распространенным атеросклерозом часто наблюдается сочетание стеноза сонной артерии и множественных поражений коронарных артерий (КА).

Наиболее эффективным методом лечения сочетанного поражения артерий каротидного и коронарного бассейнов является хирургический: каротидная эндартерэктомия (КАЭА) и аортокоронарное шунтирование (АКШ).

Одновременная каротидная эндартерэктомия (КЭ) в сочетании с аортокоронарным шунтированием (АКШ) широко применяется у пациентов с ишемической болезнью сердца, осложненной тяжелым стенозом сонных артерий, для снижения риска инсульта и смерти. В последние годы каротидная эндартерэктомия сонных артерий зарекомендовала себя как альтернатива. Мы изучали отдаленные результаты одновременной КЭ в сочетании с АКШ у этих пациентов.

Цель:

Выполнение хирургического устранения стеноза сонных артерий перед реваскуляризацией миокарда является профилактикой инсульта или, по крайней мере, уменьшением риска его развития, так как инсульт остается основным экстракардиальным осложнением АКШ. После успешной реваскуляризации бассейна сонных артерий (СА) риск развития инсульта, связанного с АКШ, уменьшается.

Материал и методы:

С 2017 по 2025 гг. 17 пациентам в кардиохирургическом отделении Атырауского областного кардиологического центра была проведена одноэтапная каротидная реваскуляризация в сочетании с АКШ, из них: мужчин – 17, женщин – 0, летальных исходов – 1 (на фоне прогрессирующей сердечной недостаточности в раннем послеоперационном периоде).

В нашем исследовании средний возраст пациентов составил 63,6±7,53 года. Все паци-

енты были госпитализированы из-за ишемической болезни сердца.

Было использовано дуплексное ультразвуковое исследование для диагностики стеноза сонной артерии. Тяжелый стеноз сонной артерии является >70% стеноза. Пациентам со стенозом сонной артерии более 70% проводилась компьютерная томография с контрастированием. В нашей больнице показанием к реваскуляризации сонной артерии в сочетании с АКШ является уменьшение диаметра сонной артерии более чем на 70%.

Результат:

Изучены результаты оперативного лечения мультифокального атеросклероза с поражением сонных и коронарных артерий. Послеоперационные осложнения не зарегистрированы.

Заключение:

Хирургические рекомендации указывают на необходимость проведения КАЭА первым этапом для снижения риска развития связанного с АКШ инсульта у пациентов с клиническими проявлениями ишемии головного мозга или бессимптомным стенозом сонных артерий (СА). При выборе тактики хирургического лечения также необходимо учитывать отдельный профиль риска каждого пациента.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЛАЗНЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ С ВРОЖДЕННОЙ И ПРИОБРЕТЕННОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТЬЮ СОННЫХ АРТЕРИЙ

ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени. Академика Б.В. Петровского», ФГАОУ ВО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» МЗ РФ (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

Гавриленко А.В., Абрамян А.В., Лопаткин Е.И.

Цель исследования:

Провести сравнительную оценку результатов лечения больных с глазным ишемическим синдромом с врожденной и приобретенной патологической извитостью сонных артерий (ПИ ВСА)

Материал и методы:

В одноцентровое проспективное когортное сравнительное исследование включены 50 больных с ПИ ВСА и ГИС и разделены на 2 группы: I группа (N=25) после хирургического лечения, II группа (N=25) после консервативного лечения. Все пациенты, включенные в исследование, прошли генетическое обследование, по результатам которого I группа разделена на подгруппы: IA – с врожденной ПИ ВСА (n=11) и IB – с приобретенной ПИ ВСА (n=14). Все пациенты обследованы офтальмологом, неврологом и сосудистым хирургом до и спустя год после лечения.

Результаты:

В IA подгруппе после операции V_s (BCA) = $83,9 \pm 3,9$ см/с и $IR = 0,63 \pm 0,04$ ($p < 0,05$) достоверно лучше исходных показателей.

В IB подгруппе улучшение показателей V_s и IR во всех исследуемых сосудах по сравнению с исходными показателями ($p < 0,05$).

В подгруппе IB показатели гемодинамики достоверно лучше, чем в подгруппе IA и II группе ($p < 0,05$).

Во II группе ухудшение показателей V_s (BCA) = $180,5 \pm 2,1$ см/с, V_s (ГА) = $24,4 \pm 0,8$ см/с и V_s (ЦАС) = $8,6 \pm 0,49$ см/с по сравнению с показателями до начала лечения ($p < 0,05$).

В подгруппе IB острота зрения была лучше, чем в подгруппе IA и во II группе ($p < 0,05$).

При оценке степени хронической сосудисто-мозговой недостаточности спустя год лучший результат наблюдался у пациентов в подгруппе IB ($p < 0,05$).

Заключение:

У пациентов с приобретенной ПИ ВСА показатели гемодинамики в ВСА и сетчатке

глаза после хирургического лечения достоверно лучше, чем у пациентов с врожденной ПИ ВСА. Необходимо изучение генетических предикторов при выставлении показаний для хирургического лечения у пациентов с врожденными ПИ ВСА. Консервативное лечение не способствует уменьшению степени ХСМН и ГИС у пациентов с ПИ ВСА. Резекция ПИ ВСА является безопасным и эффективным методом лечения.

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ СОЧЕТАННОМ ПОРАЖЕНИИ КОРОНАРНОГО И КАРОТИДНОГО БАССЕЙНОВ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ

КЛИНИЧЕСКОГО ОПЫТА МГБ №2 Г. АСТАНЫ

ГКП на ПХВ ГМБ №2, Астана, Республика Казахстан

Үрістенова А.Қ, Мухаметкалиев С.С., Диколаев В.Д.

Введение:

Сочетанное поражение коронарных и брахиоцефальных артерий наблюдается у 10-20% пациентов, нуждающихся в аортокоронарном шунтировании (АКШ). Наличие значимого стеноза экстракраниальных отделов сонных артерий у данной категории больных существенно повышает риск периперационного инсульта. Проведение симультанных вмешательств позволяет снизить суммарную операционную нагрузку, сократить сроки госпитализации и улучшить отдалённые исходы. Однако подобная тактика сопряжена с высокой технической сложностью и требует тщательной предоперационной оценки, а также слаженной работы мультидисциплинарной команды.

Цель:

Оценить непосредственные клинические результаты симультанных операций АКШ и каротидной эндартерэктомии (КЭЭ) у пациентов с мультифокальным атеросклерозом на основании ретроспективного анализа случаев в Многопрофильной городской больнице (МГБ) №2 г. Астаны.

Материалы и методы:

В исследование включено 29 пациентов, которым в период с 2012 по 2025 годы в условиях отделения сердечно-сосудистой хирургии МГБ №2 г. Астаны были выполнены симультанные операции АКШ и КЭЭ.

Средний возраст составил $62,5 \pm 8,4$ года; мужчин – 65,5% (n=19), женщин – 34,5% (n=10).

Среднее количество наложенных шунтов – 3,7; фракция выброса – $51,5\% \pm 4,26\%$.

Средняя длительность искусственного кровообращения – $99,7 \pm 29,7$ мин, продолжительность операции – $303,4 \pm 40,1$ мин.

Средняя длительность госпитализации – $16,8 \pm 7,5$ дней. Плановая госпитализация отмечена у 37,9% пациентов, экстренная – у 58,6%. Госпитальная летальность составила 3,4% (1 случай).

Результаты:

Послеоперационные инсульты (ОНМК) зарегистрированы у 6 пациентов (20,7%). ОНМК преимущественно развивались у пациентов с сопутствующими заболеваниями

– сахарным диабетом 2 типа, хронической болезнью почек и хронической сердечной недостаточностью. Среди факторов риска также выделены возраст старше 70 лет, сниженная фракция выброса. Частота осложнений у мужчин составила 26,3%, у женщин – 10%.

Вывод:

Симультанные вмешательства АКШ и КЭЭ представляют собой эффективный, но технически сложный метод лечения пациентов с сочетанным поражением коронарного и каротидного бассейнов. Полученные результаты демонстрируют приемлемый уровень осложнений при условии тщательного отбора пациентов, комплексной предоперационной оценки и междисциплинарного подхода к хирургическому лечению.

КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ДЕФОРМАЦИИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Центральный клинический госпиталь ФТС, ММС-клиник, ООО «Неболит» Андреевские больницы, Москва, Российская Федерация, Атырауский областной кардиологический центр, Атырау, Республика Казахстан

Батрашов В.А., Джумагалиева С.Б., Колесник Д.И., Морозов К.М., Костина Е.В., Салина Б.А., Мадешов Е.К., Конысов М.Н.

Введение:

Извитости сонных артерий продолжают оставаться предметом активных дискуссий, особенно в плане показаний к хирургическому лечению.

В настоящий момент не вызывает никаких сомнений тот факт, что патология экстракраниальных сосудов занимает значительное место в списке заболеваний, вызывающих недостаточность мозгового кровообращения, а возможность эффективного хирургического лечения пациентов с данной группой заболеваний позволяет предотвратить развитие инвалидизирующих и смертельно опасных осложнений.

Очевидно, что без процессов памяти невозможны ни предметное чувственное, ни отвлеченное умственное отображение образа окружающего мира.

Когнитивные нарушения (КН) представляют собой группу психических расстройств, влияющих на когнитивные функции, в том числе память, внимание, мышление, восприятие и способность к обучению. Анализ литературных источников позволяет сделать вывод о недостаточной изученности динамики когнитивных функций у пациентов с патологической извитостью сонных артерий как одного из проявлений хронической сосудистой недостаточности.

Цель:

Обобщение данных о связи патологической извитости с когнитивными расстройствами

Материал и методы:

Для ретроспективного анализа было отобрано 156 больных обоих полов, из них мужского пола – 64 больных, женского – 92 больных.

В качестве ключевого критерия включения в исследование являлся критерий, рекомендованный Национальными рекомендациями по ведению пациентов с заболеваниями брахиоцефальных артерий – ЛСК тах на «высоте» ПИ ВСА ≥ 120 см/с.

Диагностика строилась на основании ре-

зультатов ультразвукового ангиосканирования (УЗАС), прямой ангиографии брахиоцефальных артерий (АГ БЦА), мультиспиральной компьютерной ангиографии (МСКТ АГ). Индекс извитости (ИИ) рассчитывали как отношение длины извитой части артерии к длине прямой линии между началом и концом этой части. При расчете статистических данных были задействованы: StatTech (расчет отношения шансов с 95% доверительным интервалом), онлайн-калькулятор для расчёта вероятности события, Test Statistic Calculator (стандартное отклонение, σ).

При оценке когнитивных нарушений была использована клиническая шкала: Mini-Mental State Examination (MMSE).

Таблица 1.
Распределение по полу и возрасту

Возраст	Мужского пола	Женского пола
<50 лет	18	22
–60 лет	11	40
60–70 лет	31	12
>70 лет	4	18

Возраст старше 70 лет учитывали как дополнительный фактор риска.

Таблица 2.
Клинико-анамнестические характеристики группы

Наиболее значимая сопутствующая патология	Больные мужского пола	Больные женского пола	Вероятность выявления
Сахарный диабет 2 типа (СД 2), (*) N=35	12	23	22.44
Гипертоническая болезнь (ГБ) 2-3 ст. N=120	48	72	76.92%
ИБС. Стенокардия. НРС	28	24	33.33%

N=52			
Дислипидемия N=48	36	12	30.77%

*-СД 1 типа в данном исследовании не было

В исследовании наиболее часто из сопутствующей патологии наблюдалась ГБ. Табакокурением злоупотребляли 59 больных, что составляет 37,8% от всех включенных в исследование.

Результаты:

Мы наблюдали только легкие когнитивные нарушения, которые были отмечены у 82 больных (52,6% от всех больных, включенных в исследование), из них мужского пола – 40 больных, женского – 42 больных (оценивались неврологом или психиатром).

Таблица 3.

Наличие симптомов в зависимости от скорости кровотока, вероятность встречаемости данного симптома и степень когнитивных расстройств

Симптом	Скорость кровотока в области извитости	Вероятность выявления симптомов	MMS E (балл.)	ИИ
шум в ушах n=64	180,5+28,9	41.03%	19	3
снижение памяти n=40	158+21,3	25.64%	21	3.2
быстрая утомляемость n=52	185,6+19,2	33.33%	23	3.1
головная боль n=124	198,4+20,2	79.49%	20	3
головокружение n=116	184,6+19,5	74.36%	22	3.1
снижение концентрации внимания n=72	176,7+18,3	46.15%	21	2
восприятие n=40	136+14,2	25.64%	21	3
мышление n=48	166,6+15,7	30.77%	22	2.6
анализ и синтез информации n=80	183,6+19,4	51.28%	19	2.8

ДИ 59,46 (нижняя оценка), 81,74 (более высокая оценка). Наиболее выраженные КН встретились при расстройствах мышления

в сочетании с головокружением и быстрой утомляемостью. Взаимосвязи между ИИ и учитываемыми симптомами выявлена не была.

Дополнительные состояния у больных с когнитивными расстройствами были выявлены всего у 47 больных, из них 42 женского пола, 5 пациентов мужского пола.

Цереброастенический синдром был обнаружен у 32 женщин в возрасте от 70 до 80 лет. Во всех случаях была выявлена С-образная извитость со средней скоростью 185 см/с+23,4 см/с.

Цереброастенический синдром в сочетании с ипохондрическим синдромом был у 8 женщин в возрасте от 68 до 75 лет. Во всех случаях была выявлена С-образная извитость со средней скоростью 179 см/с+19,4 см/с.

Снижение критики наблюдалось у 5 мужчин в возрасте от 62 до 68 лет. Во всех случаях был выявлен атеросклеротический стеноз 72-78% с незначительной девиацией ВСА, скорость в максимальном месте сужения составляла 190 см/с+21,2 см/с.

Негативное отношение, отсутствие критики с невозможностью вербального контакта было отмечено всего у 2 больных женского пола в возрасте 74 и 78 лет, в обоих случаях была выявлена С-образная извитость со средней скоростью 180 см/с+16,9 см/с.

Обсуждение:

Проблемы в изучении КН при ПИ ВСА возникают из-за отсутствия общепринятых понятий. Мнения авторов касаются того, что считать извитостью сонных артерий, разнятся. Не существует общепринятых терминов, характеризующих нарушение прямолинейности ВСА. Не существует и общепринятой классификации ПИ ВСА. Попытки в этом направлении касаются только вопросов определения анатомической формы ВСА без учета ее значимости для нарушения мозгового кровообращения.

Легкие сосудистые КН характеризуются жалобами на общую астенизацию, быструю потерю концентрации, утомляемость при умственной работе, что отмечается у 25-50% лиц старшей возрастной группы. Как правило, легкие КН не влияют на бытовую, профессиональную или социальную деятельность больного, даже на наиболее сложные ее виды, но являются предтечей более выраженных расстройств.

При МРТ головного мозга у пациентов с КН отмечаются увеличение боковых желудочков головного мозга и уменьшение размеров гиппокампа.

Общепринятая тактика выжидательной стратегии оказывается недостаточно эффективной. Американская ассоциация изучения инсульта и Американская ассоциация кардиологов, развивая концепцию КН при цереброваскулярных заболеваниях, выделили категорию, при которой возможен регресс когнитивной дисфункции, что позволяет пересмотреть тактику лечения больных с извитостями внутренних сонных артерий в пользу более активной хирургической тактики.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ИЗВИТОСТЬ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ СТЕНОЗОМ В УСТЬЕ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Центральный клинический госпиталь ФТС, ММС-клиник, ООО «Неболит» Андреевские больницы, Москва, Российская Федерация, Атырауский областной кардиологический центр, Атырау, Республика Казахстан

Батрашов В.А., Конысов М.Н., Колесник Д.И., Морозов К.М., Костина Е.В., Мадешов Е.К., Джумагалиева С.Б., Салина Б.А., Конысова С.А.

Введение:

С анатомо-топографической точки зрения шейный отдел ВСА является прямым и без извитости. Некоторые авторы предполагают, что это доброкачественная ангиопатия, не требующая хирургической коррекции. Одной из особенностей гемодинамически значимой ПИ ВСА является критическое снижение кровоснабжения головного мозга. Патологическая деформация ВСА в сочетании с атеросклеротическим стенозом и возрастными изменениями является опасным фактором возможного развития ишемического инсульта. ПИ ВСА статистически встречается чаще у старших лиц и этиологически связана с атеросклеротическим поражением СА. Известно, что хирургическая коррекция ПИ ВСА даже в бессимптомных стадиях имеет более высокий показатель успеха в профилактике инсульта по сравнению с консервативным лечением.

Цель исследования:

Изучить результаты хирургического лечения пациентов с патологической извитостью внутренних сонных артерий (ПИ ВСА) с атеросклеротическим стенозом и без атеросклеротического стеноза

Материал и методы:

В отделениях сосудистой хирургии в течение 3-х лет прооперировано 1025 пациентов с ПИ ВСА и атеросклеротическим поражением ВСА. Для анализа было отобрано 574 (56%) больных. Критерием включения в исследование явился объем обследований и возможность динамического наблюдения за больным в сроки до 12 мес.

Возраст пациентов составлял от 34 до 78 лет. Средний возраст пациентов – $62,7 \pm 3,2$ года ($M \pm \sigma$). Среди них: мужчины – 40,2% (39 человек), женщины – 59,8% (58 человек). В зависимости от этиопатогенетических факторов, клинических проявлений и результатов обследования пациентов разделили на 4 группы. По возрастным и половым характеристикам пациенты в группах

не отличались.

У 62 (10.8%) пациентов была обнаружена изолированная патологическая деформация без атеросклеротического поражения ВСА, 512 (89.2%) пациентов с сочетанием ПИ ВСА с атеросклеротическим стенозом ВСА.

Таблица 1.
Клинические группы больных (от всех больных, включенных в исследование)

Группы	Симптомность	n	%
I группа	Асимптомные пациенты с патологической извитостью ВСА без атеросклеротического поражения сонных артерий	28	4,8%
II группа	Симптомные пациенты с патологической извитостью ВСА без атеросклероза	34	5,9%
III группа	Пациенты с патологической извитостью ВСА и асимптоматическим атеросклеротическим стенозом ВСА	154	26,8%
IV группа	Пациенты с симптомным стенозом ВСА и патологической извитостью ВСА	358	62,4%

Таблица 2.
Распределение по сосудисто-мозговой недостаточности (по А.В. Покровскому) (n=574)

Степень СМН	Извитость без атеросклеротического стеноза	Извитость с атеросклеротическим стенозом
I	28	154
II	4	216
III	30	110
IV	-	5

Каждому пациенту перед операцией проводили УЗАС. Индекс извитости (ИИ) в среднем составил 0.52 ± 0.22 . Угол извитости в среднем составлял $82.49^\circ \pm 12^\circ$.

Показаниями к операции у пациентов с ПИ ВСА и стенозом ВСА были:

1. Односторонний гемодинамически значимый стеноз ВСА;
2. Стеноз ВСА более 70% и окклюзия контралатеральной ВСА;
3. Двусторонний стеноз ВСА более 80% (операция всегда только на одной стороне);
4. Стеноз ВСА более 60% с высоким эмбологенным потенциалом (мягкая слабо фиксированная атеросклеротическая бляшка с проявлениями изъязвления);
5. Симптомный стеноз ВСА более 50%.

У пациентов с патологической извитостью ВСА без гемодинамически значимого атеросклеротического стеноза показаниями к операции были:

1. Транзиторные ишемические атаки (ТИА) при повороте или запрокидывании головы;
2. Билатеральный гемодинамически значимый кинкинг или койлинг;
3. Симультанное поражение сонных и вертебральных артерий.

Результаты:

В I группе (пациенты с ПИ ВСА без атеросклеротического поражения СА) у 2 оперированных наблюдалось повреждение нижней ветви n. Facialis n. Hypoglossus; во II группе (пациенты с ПИ ВСА и бессимптомным атеросклеротическим стенозом ВСА) исчезновение или уменьшение проявлений специфических симптомов ишемии головного мозга, характерных при ПИ ВСА, наблюдалось у 32 пациентов; в IV группе (пациенты с симптоматическим стенозом ВСА и ПИ ВСА) исчезновение или уменьшение проявлений специфических симптомов ишемии головного мозга, характерных при патологических извитостях, наблюдалось у 356 пациентов. В раннем послеоперационном периоде у двух пациентов (4,7%) развилась транзиторная ишемическая атака (ТИА). У 4 пациентов (9,3%) наблюдалось повреждение черепно-мозговых нервов. Из тяжелых осложнений в послеоперационном периоде ишемический инсульт во II группе развился у 1 пациента, а в III группе ТИА зафиксирована у 2 пациентов. Летальности в раннем послеоперационном периоде не было.

Заключение:

Хирургическая коррекция патологической извитости внутренней сонной артерии у симптоматических пациентов является успешным методом лечения церебральной недостаточности и профилактики ишемических инсультов.

СПОНТАННАЯ РЕКАНАЛИЗАЦИЯ ОККЛЮЗИИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ): МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

КГП на ПХВ «Атырауский областной кардиологический центр», Атырау, Республика Казахстан

Конысов М.Н., Мадешов Е.К., Джумагалиева С.Б., Салина Б.А., Конысова С.А.,
Арапов М.О., Нурмаганбет А., Таскалиев Ш.Б., Насыров Ж.Е.

В 1958 г. G.M. Lehrer впервые описал случай спонтанной реканализации артерий головного мозга. Односторонняя или двусторонняя окклюзия внутренней сонной артерии (ВСА) выявляется в 6-15% случаев при инсульте. Смертность при окклюзии в острый период составляет 16-55%. Несмотря на сообщения о развитии ипсилатерального инсульта, долгое время считалось, что окклюзия – это стабильное состояние, при котором невозможна эмболизация в дистальное русло и что реканализации при хронической окклюзии ВСА не происходит. Был опубликован материал лишь о нескольких случаях спонтанной реканализации в отдаленном периоде. Однако проведенные исследования показали, что реканализация ВСА встречается чаще, чем принято считать, и, по данным разных авторов, составляет 2,3-11%.

Имея большой опыт в ультразвуковой диагностике сосудистых заболеваний и в хирургическом лечении окклюдированных поражений БЦА, мы наблюдали несколько таких случаев, с одним из которых решили поделиться в данной работе.

Пациент Б., 1951 г.р., перенес ишемический инсульт в бассейне СМА слева с правосторонним спастическим гемипарезом. Через 3 месяца после инсульта поступил к нам со стенозом ВСА справа (70%) и окклюзией ВСА от устья слева. Произведена операция КЭАЭ справа с пластикой аллозаплатой в условиях ВПШ. Через 2 месяца пациент поступает к нам повторно с ТИА в бассейне СМА слева, где была выявлена реканализация ВСА с критическим стенозом (90%). Произведена операция КЭАЭ слева с пластикой аллозаплатой также в условиях ВПШ. Спустя 3 месяца после операции выполнена контрольная УЗДГ и КТ-ангиография – проходимость ВСА с обеих сторон не нарушена. Остаточные неврологические нарушения после перенесенного инсульта в виде правостороннего гемипареза.

Таким образом, спонтанная реканализация хронической окклюзии ВСА может про-

изойти в отсроченном периоде после инсульта, что считалось ранее невозможным. Причины реканализации экстракраниального отдела ВСА до сих пор дискутируются. Уже сейчас ясно, что необходимо динамическое наблюдение за больными с окклюзией ВСА. ЦДС позволяет выявить реканализацию, однако обязательным является выполнение ангиографии или КТ-ангиографии для подтверждения диагноза. У больных с реканализацией ВСА в связи с высокой частотой повторного нарушения мозгового кровообращения в бассейне пораженной артерии целесообразно выполнение каротидной эндартерэктомии. Однако, учитывая малое количество наблюдений, тактика лечения до конца не определена и необходимо проведение дальнейших исследований.

Выводы:

1. Окклюзия ВСА требует динамического наблюдения и включения в протокол исследования через 6-12 месяцев.
2. Спонтанная реканализация ВСА с высокой степенью остаточного стеноза позволяет выполнить каротидную ЭАЭ или ангиопластику.
3. Наличие протяженного поражения от устья ВСА до супраклиноидного сегмента является противопоказанием к КЭАЭ.
4. По нашим данным возможности ЦДС ограничены при диагностике окклюзии на фоне выраженного кальциноза стенки сосуда или наличия анатомических особенностей ангиоархитектоники. Однако анализ эхогенности при ЦДС может помочь в выявлении больных, которым необходим регулярный контроль для выявления реканализации ВСА.
5. Компьютерная ангиография доказала свою высокую чувствительность, безопасность и является альтернативой РК-ангиографии при диагностике выраженного стеноза или окклюзии ВСА. Этот метод исследования обладает высокой точностью в выявлении нитевидного просвета («string sign») ВСА и позволяет отличить псевдоокклюзию от истинной окклюзии.

АНАТОЛИЙ ВЛАДИМИРОВИЧ ПОКРОВСКИЙ И ЕГО ШКОЛА КАРОТИДНОЙ ХИРУРГИИ – ДОСТИЖЕНИЯ КАЗАХСТАНА

*Национальный научный онкологический центр, Астана, Республика Казахстан,
ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет», Челябинск,
Российская Федерация*
Султаналиев Т.А., Фокин А.А., Сагандыков И.Н.

Окклюзионно-стенотической патологией брахиоцефальных, прежде всего сонных, артерий обусловлено не менее трети случаев острых нарушений кровообращения головного мозга (ОНМК). Последствия инсульта большей частью необратимы. Сохраняет крайне высокую актуальность не только проблема ишемического инсульта вообще, но высокая частота рецидивов ОНМК (А.В. Покровский, 2004, 2019; М.А. Пирадов, 2022). Ранний этап развития каротидной хирургии содержит много примечательных фактов. К началу 60-х годов прошлого века стало ясно, что за счет каротидной эндартерэктомии (КЭЭ) «большинство больных с поражением внутренней сонной артерии были излечены или состояние их здоровья в значительной мере улучшилось» (М.Е. Де Бэкей, Д.А. Кроуфорд, Д.С. Моррис, 1960).

В 1962 г. Покровский А.В. впервые в СССР выполнил КЭЭ с расширяющей заплатой. Эту методику он в дальнейшем неизменно положительно оценивал на основе доказанных хороших стабильных результатов. Покровский А.В. первым в СССР стал пропагандировать актуальность, целесообразность и огромную социальную значимость хирургического лечения пациентов с хронической сосудистой недостаточностью головного мозга (ХСНГМ), а также необходимость знаний об этом у врачей разных специальностей. В 1979 г. в серии «Библиотека практического врача» издательства «Медицина» выходит книга «Клиническая ангиология» с разделом «Заболевания экстракраниальных артерий головного мозга». Вскоре в издательстве «Медицина» выходит из печати еще одна монография – «Заболевания аорты и ее ветвей», в которой патология сонных артерий отражена в главе по неспецифическому аортоартерииту и в отдельной главе, как мультидисциплинарная проблема, впервые обнародована 4-х стадийная классификация ХСНГМ. В докторской диссертации Грозовского Ю.Л. (материал института сердечно-сосудистой

хирургии им. А.Н. Бакулева, 1985 г.) сформирован принцип приоритета экстраторакальных операций.

Концептуальный характер приобрело развитие направления каротидной хирургии в стенах института хирургии им. Вишневского А.В. Покровский А.В. создал концепцию оказания ангиохирургической помощи этим больным с широким ее продвижением по Советскому Союзу. Благодаря этому известными центрами каротидной хирургии стали также Санкт-Петербург, Челябинск, Новосибирск, Екатеринбург, Тверь, Нягань, Пермь в России, Минск в Беларуси, Астана и Алматы в Казахстане, Ташкент в Узбекистане. Через отделение сосудистой хирургии института им. Вишневского А.В., кафедру ангиологии и сосудистой хирургии ЦОЛИУВ, возглавляемые Покровским А.В., прошли все ведущие сосудистые хирурги СССР и будущих независимых государств. Энциклопедический характер носила двухтомная «Клиническая ангиология» (Москва, «Медицина», Раздел 5.9. «Хроническая сосудистая мозговая недостаточность (окклюзионное поражение ветвей дуги аорты), авторы – Покровский А.В. и Белоярцев Д.Ф.). Большую роль сыграло Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов (основано как секция Всесоюзного общества хирургов в 1985 г.). В 2013 г. обнародованы первые «Национальные рекомендации по ведению больных с заболеваниями брахиоцефальных артерий», будучи изначально российскими, они стали настольным документом для ангиохирургов всего постсоветского пространства.

Анатолий Владимирович сыграл одну из ведущих ролей в становлении и развитии ангиологии и сосудистой хирургии в Казахстане, в частности, каротидной хирургии, которая сегодня является истинной гордостью казахстанской медицинской общест-венности. Первые упоминания о выполнении операций на сонных артериях в Казахстане относятся к далеким 70-м годам

прошлого столетия. 29 января 1977 г. хирургами из института им. Сызганова А.Н. (г. Алматы) под руководством Валихана Абуевича Джакупова была проведена тромбэктомия из левой внутренней сонной артерии зондом Фогарти. 25 октября 1980 г. пациенту с хронической окклюзией внутренней сонной артерии выполнена периартериальная симпатэктомия левой общей сонной артерии (хирург – Токан Анарбекович Султаналиев). Годы учебы в аспирантуре, активная практическая работа молодого хирурга и ученого Султаналиева Т.А. в Москве под руководством Покровского А.В. создали благоприятные условия для развития хирургии сонных артерий в Казахстане. 19 января 1983 г. Султаналиев Т.А. впервые в Казахстане выполнил «классическую» КЭЭ с хорошим устойчивым клиническим результатом. Росли отечественные национальные кадры. Большой друг профессора Покровского А.В. – профессор Джакупов В.А. (талантливый ученый, хирург-самородок, живописец ангиохирургии – все свои операции отражал в красочных рисунках) продолжил идеи своего кумира: 23 марта 1984 г. впервые в республике выполнил одномоментную операцию – КЭЭ и бифуркационное аортобедренное шунтирование. Покровский А.В. был активным сторонником одномоментных операций на магистральных сосудах по строгим клиническим показаниям. Развитию каротидной хирургии способствовали неоднократные визиты академика Покровского А.В. в Республику Казахстан. Его выступления перед молодежью в 2005, 2013, 2015 гг. с лекциями «Что могут сегодня сосудистые хирурги?», «Состояние сосудистой хирургии в Казахстане», «Классическая каротидная эндаarterэктомия» дали новый вектор стремительного развития. В республиканских центрах, регионах началась новая эра высоких технологий на артериях брахиоцефального бассейна – операции на сонных артериях при двусторонних стено-окклюзирующих поражениях, патологической извитости. В настоящее время в Казахстане ежегодно выполняется свыше 500 операций на сонных артериях. И это далеко не предел. Благодаря интеграции научных исследований, подготовке специалистов и международному сотрудничеству школа Покровского А.В. значительно повлияла на активное раз-

витие и внедрение операций на сонных артериях в Казахстане, а казахстанские специалисты получили доступ к новейшим достижениям и методикам сосудистой хирургии.

ТАКТИКА ВРЕМЕННОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ

*ФГБОУ ВО Южно-Уральский государственный медицинский университет МЗ РФ, ГБУЗ
Областная клиническая больница, Челябинск, Российская Федерация
Фокин А.А., Макаров А.В., Уфимцев М.С., Рудакова И.Ю., Сафарова З.Ф.*

Цель:

Уточнить показания к планированию и использованию временного внутрипросветного шунта (ВВПШ) во время каротидной эндартерэктомии (КЭАЭ)

Материал и методы:

С января 2019 года по декабрь 2024 года в отделении сосудистой хирургии ЧОКБ планово выполнено 813 КЭАЭ у 801 пациента с атеросклеротическим поражением ВСА. Средний возраст 67,3 года. Показанием к операции был выявленный стеноз ВСА от 70 до 95%. Оклюзия противоположной ВСА была у 54 больных. Последствия ОНМК зафиксированы у 684. Применялся эндотрахеальный наркоз. Использовалось прямое измерение системного АД в операционной и реанимации. Толерантность головного мозга к ишемии оценивалась с помощью церебральной оксиметрии (ЦО) и ретроградного кровотока. ВВПШ применялся в 79 (9,7%) случаях.

Результаты:

Ишемические инсульты головного мозга в ближайшем послеоперационном периоде зафиксированы у 16 (1,9%) пациентов. У 2 (0,2%) пациентов инфаркт головного мозга развился на фоне операции с ВВПШ.

Внутрипросветное шунтирование остается наиболее diskutabelным методом в комплексе защиты головного мозга от ишемии. Актуальные клинические рекомендации демонстрируют, что существующие исследования не обладают необходимой достоверностью, конкретные рекомендации дать невозможно. Мы придерживаемся селективной установки ВВПШ, основываясь на анатомических особенностях и данных интраоперационного контроля.

Ретроспективный анализ анатомии интрацеребральных артерий у пациентов со свершившимся интраоперационным ишемическим ОНМК, показал незамкнутость Виллизиева круга, которая сочеталась с гипоплазией или окклюзией одной из позвоночных артерий у 6 пациентов. У 2 больных имелась редкая анатомическая аномалия – изолированная СМА со стороны операции.

Резкое снижение ЦО после пережатия сонных артерий, по нашему мнению, также является предиктором развития гемодинамического инсульта.

При окклюзии контрлатеральной ВСА предпочтение отдавали стентированию. При невозможности стентирования и необходимости открытой операции КЭАЭ выполняли, ориентируясь на показатели ЦО. У 2 больных с контрлатеральной окклюзией ВСА при снижении показателей ЦО в допустимом диапазоне развилось ОНМК в бассейне операции. Вероятным выводом является либо превентивное использование ВВПШ, либо снижение порога ЦО для временного шунтирования.

Длительность пережатия сонных артерий более 30 минут и неопределенная продолжительность окончания операции рассматривалось как показание для превентивного ВВПШ.

Выводы:

Анатомия кровоснабжения головного мозга (прежде всего незамкнутость Виллизиева круга, в сочетании с гипоплазией или окклюзией одной из позвоночных артерий, изолированная СМА) являются фактором развития ишемических катастроф во время КЭАЭ. Предпочтительна превентивная установка ВВПШ для предупреждения ОНМК.

При отсутствии данных о состоянии интрацеребральных артерий резкое снижение оксиметрии более 20% от исходного также является основанием для временного шунтирования.

При окклюзии контрлатеральной ВСА при выполнении КЭАЭ предпочтительно превентивное временное шунтирование, однако при стабильных цифрах ЦО от установки ВВПШ можно воздержаться.

Продолжительное пережатие сонных артерий во время КЭАЭ необходимо рассматривать как показание для превентивного временного шунтирования.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭМБОЛИЗИРУЮЩИХ АГЕНТОВ В СНИЖЕНИИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ КАРОТИДНОЙ ХЕМОДЕКТОМИИ

КФ «University Medical Center», ТОО «Национальный научный онкологический центр», НАО «Медицинский Университет Астана», Астана, Республика Казахстан

Тулемисов А.К., Султаналиев Т.А., Фурсов А.Б., Землянский В.В., Сагандыков И.Н.

Введение:

Каротидные хемотомы – редкие паранглиомы, возникающие из гломусного аппарата бифуркации общей сонной артерии. Их частота составляет около 1 на 30 000 человек, не более 0,6% среди всех опухолей головы и шеи (Sajid MS et al., 2007). Несмотря на доброкачественный характер, опухоли отличаются экспансивным ростом, гиперваскулярностью, адгезией к магистральным сосудам и высоким риском интраоперационной кровопотери. Предоперационная эмболизация снижает перфузию опухоли, однако её эффективность зависит от выбранной техники – дистальной или проксимальной. В литературе отсутствует прямое сравнение этих техник с учётом анатомических факторов. Мы предположили, что дистальная эмболизация эффективнее снижает кровопотерю, особенно при сложной анатомии опухоли.

Цель исследования:

Оценить влияние дистальной и проксимальной эмболизации на объём интраоперационной кровопотери при хирургии каротидных хемотом

Материалы и методы:

Проведено ретроспективное исследование 31 пациента, которым выполнено хирургическое лечение каротидной хемотомы в 2014-2025 гг. Средний возраст составил $45,09 \pm 14,26$ лет, женщин было 19 (61%).

Пациенты были распределены на три группы:

- Основная группа (n=14): дистальная эмболизация (микрошеры/частицы) с последующей резекцией,
- Сравнительная группа (n=5): проксимальная эмболизация (спираль) с последующей резекцией,
- Контрольная группа (n=6): резекция без предоперационной эмболизации.

Ещё 6 пациентов, которым была выполнена только эмболизация без операции, в анализ не включались.

Средний интервал между эмболизацией и операцией составил 67 ± 58 дней.

Измеримым зависимым параметром являлся объём интраоперационной кровопотери в миллилитрах. Для устранения влияния анатомических и клинических факторов построена многофакторная линейная регрессия, в которую включены:

- классификация Shamblin,
- классификация PUMCH,
- авторская классификация (топография опухоли: антеро-, юкста- и ретрокаротидная),
- факт сосудистого повреждения,
- интервал между эмболизацией и операцией (в днях).

Контрольной категорией в регрессии выступала группа без эмболизации.

Результаты:

Средняя кровопотеря составила: 611 ± 567 мл – в основной группе (дистальная эмболизация), 1472 ± 1483 мл – в сравнительной группе (проксимальная эмболизация), 692 ± 580 мл – в контрольной группе (без эмболизации). Несмотря на близость средних значений между основной и контрольной группами пациенты, получившие дистальную эмболизацию, чаще имели опухоли Shamblin III и ретрокаротидную локализацию. Построенная многофакторная модель линейной регрессии показала, что дистальная эмболизация ассоциирована с независимым и статистически значимым снижением кровопотери по сравнению с отсутствием эмболизации ($\beta = -1046$ мл, $p = 0.012$). Проксимальная эмболизация достоверного эффекта не продемонстрировала ($p = 0.60$).

Заключение:

Предоперационная дистальная эмболизация обеспечивает достоверное снижение интраоперационной кровопотери даже у пациентов с анатомически сложными опухолями. Проксимальная эмболизация (спираль) такой эффективности не демонстрирует. Полученные данные подчёркивают значимость выбора техники эмболизации при планировании хирургического лечения каротидной хемотомы.

ОККЛЮЗИЯ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ АРТЕРИИ И СИНДРОМ ОБКРАДЫВАНИЯ: РОЛЬ СОННО-ПОДКЛЮЧИЧНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская больница №2», НАО «Медицинский университет Астана», Астана, Республика Казахстан

Байметов Ш.Т., Мухаметкалиев С.С., Диколаев В.Д., Смоленский А.В., Ли А.В.,
Шамұратов И.Қ., Базаров Е.Қ., Умарбаев А.Ж., Үрістенова А.Қ., Құсайын Ж.А.,
Алпысов А.А., Абельдинова А.А.

Введение:

Окклюзия подключичной артерии является одной из значимых причин хронической ишемии головного мозга и верхней конечности. В основе патологии чаще всего лежит атеросклеротическое поражение, приводящее к нарушению кровотока и развитию синдрома обкрадывания (стил-синдрома). Вовлечение магистральных сосудов шеи в патологический процесс повышает риск ишемического инсульта и транзиторных ишемических атак (ТИА). Развитие методов диагностики и своевременного лечения окклюзии подключичной артерии позволяет значительно снизить риск цереброваскулярных осложнений и улучшить качество жизни пациентов.

Методы:

Пациентка, 68 лет, поступила в плановом порядке с жалобами на периодическое онемение и снижение мышечной силы в левой верхней конечности, головокружение, неустойчивость при ходьбе, разницу артериального давления в верхних конечностях.

Из анамнеза: артериальная гипертензия, дислипидемия, три эпизода транзиторных ишемических атак, долихосигма, осложненная заворотом с кишечной непроходимостью, состояние после операции Гартмана от 24.04.2023 г. Закрытие стомы после операции Гартмана отменено в связи с разницей артериального давления в верхних конечностях. В марте 2024 г. пациентка проходила стационарное лечение по поводу ТИА, 16.01.2025 г. – стационарное лечение по поводу острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу в вертебро-базиллярном бассейне по типу транзиторной ишемической атаки. Проведено УЗДГ БЦА, где выявлено: полный стил-синдром слева. Пациентка консультирована сосудистым хирургом, рекомендована плановая госпитализация.

Далее во время госпитализации проведена церебральная ангиография, выявлено:

1) хроническая полная окклюзия А1-сегмента передней мозговой артерии слева.

Дистальный отдел кровоснабжается через переднюю соединительную артерию.

2) хроническая полная окклюзия устья левой подключичной артерии. Дистальный отдел кровоснабжается через левую позвоночную артерию (синдром обкрадывания).

Результаты:

Пациентке выполнено сонно-подключичное шунтирование слева. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана с улучшением, рекомендована антиагрегантная и гиполипидемическая терапия.

Вывод:

Окклюзия подключичной артерии является серьезным заболеванием, приводящим к ишемии головного мозга. Современные методы визуализации позволяют выявлять патологию на ранних стадиях, а своевременное хирургическое вмешательство, в том числе сонно-подключичное шунтирование, снижает риск сосудистых катастроф и улучшает прогноз пациентов.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КРАТКОСРОЧНЫХ И ДОЛГОСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ И СТЕНТИРОВАНИЯ: РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова», Алматы, Республика Казахстан

Садуакас А.Е., Пазиллов С.Б., Демеев Т.Н., Жакубаев М.А., Маткеримов А.Ж., Шамшиев А.С., Маккамов Р.О., Еркинбаев Н.Н.

Введение:

Инсульт – это серьезное заболевание мирового значения с высокой степенью инвалидизации и заболеваемости. Ишемический инсульт (ИИ), на который приходится 70% всех случаев, характеризуется высоким риском рецидива. Смертность от инсультов в Казахстане остается одной из самых высоких в мире: в 2023 году она составила 57,52 случая на 100 тыс. населения. Экстракраниальный стеноз сонной артерии (ЭССА) является одной из излечимых причин ишемического инсульта. Стратегии лечения сужения включают как хирургические, так и эндоваскулярные методы.

Цель:

Провести сравнительный анализ краткосрочных (30 дней) и отдаленных результатов (1 год и 5 лет) каротидной эндартерэктомии (КЭА) и стентирования (КАС) у пациентов, пролеченных в условиях АО «ННЦХ им А.Н. Сызганова», г. Алматы, Казахстан

Материал и методы:

Ретроспективное исследование медицинских карт пролеченных пациентов за период с января 2017 года по декабрь 2023 года. В исследование были включены пациенты с диагнозом «экстракраниальное сужение сонных артерий», которые прошли КЭА и КАС. Сбор данных сосредоточился на демографических характеристиках, сопутствующих заболеваниях, деталях проведения процедур и исходах, включая периоперационные осложнения (например, инсульт, инфаркт миокарда), смертность в течение 30 дней и долгосрочные данные наблюдения, такие как частота рестеноза и рецидив инсульта. Статистический анализ включал описательную статистику и сравнительный анализ для оценки различий в исходах между двумя оперативными вмешательствами.

Результаты:

В исследование включено 204 пациента, из которых 34,8% прошли каротидную эндар-

терэктомии (КЭА), а 65,1% – стентирование каротидной артерии (КАС). В ходе процедуры произошло четыре случая периоперационного инсульта, три из которых в группе КАС и один в группе КЭА ($p < 0,005$). Также в группе КАС был зафиксирован один случай транзиторной ишемической атаки (ТИА), а в группе КЭА – один случай тромбоза. Один пациент умер в периоперационном периоде в группе КАС. В течение одного года и менее пяти лет был зарегистрирован 41 смертельный случай (16,9% для КЭА и 21,9% для КАС, $p < 0,005$). Основной причиной смерти в этих случаях были сердечные аритмии.

Заключение:

Ретроспективное исследование предоставляет важные данные о краткосрочных и долгосрочных исходах каротидной эндартерэктомии (КЭА) и стентирования каротидной артерии (КАС) при экстракраниальном сужении каротидной артерии. Обе процедуры демонстрируют эффективность в предотвращении инсульта, однако различия в исходах требуют внимательного подхода при принятии клинических решений. Будущие исследования должны сосредоточиться на проспективных исследованиях с большими размерами выборки для более детального изучения сравнительных преимуществ и рисков этих вмешательств.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТЬЮ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ

Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии», Душанбе, Республика Таджикистан

Юнусов Х.А., Нёматзода О., Авгонов У.М.

Цель:

Изучить результаты и эффективность хирургического лечения, выбрать тактику применения различных видов оперативных вмешательств у больных с патологической извитостью позвоночной артерии (ПИ ПА)

Материал и методы:

Работа основана на результатах хирургического лечения и диспансеризации 52 пациентов с ПИ ПА, поступивших в отделение хирургии сосудов РНЦСХ за период 1986-2024 гг. Мужчин было 18 (34,6%), женщин – 34 (65,4%). Возраст пациентов варьировался от 32 до 76 лет. Основанием для оперативных вмешательств явилось наличие клинических признаков вертебро-базилярной недостаточности и установленная гемодинамическая значимая ПИ ПА. При всех типах патологической извитости на уровне колена или угла деформации сосуда при доплерографии отмечалось усиление как пиковой скорости кровотока, так и повышение конечной диастолической линейной скорости кровотока (ЛСК) проксимальные извитости.

Результаты:

По результатам инструментальных методов диагностики у больных выявлены 3 разновидности патологической извитости позвоночной артерии: С-образный, S-образный кинкинг, койлинг и аномальное отхождение позвоночной артерии от задней поверхности подключичной артерии с перегибом и сочетанное ПИ позвоночной и внутренней сонной артерии. В зависимости от формы ПИ были произведены 3 методики реконструктивных операций устранения извитости.

В 20 случаях проводилась резекция и редрессация позвоночной артерии с её реимплантацией в прежнее устье. При койлинге (n=8) из-за большой длины позвоночной артерии ее переместили в позицию сонной артерии позади внутренней яремной вены и имплантировали ее по типу конец в бок сонной артерии. Также нами был разработан способ латерализации при С- и S-образных кинкингах, и антериализации при

отхождении позвоночной артерии от задней поверхности ПКА с перегибом, которые были применены в 24 наблюдениях.

В послеоперационном периоде все осложнения отмечались в первой группе, где была произведена резекция и редрессация кинкинга позвоночной артерии. У двух больных в ближайшие сутки после проведения операции наблюдался тромбоз в области анастомоза. В одном случае развился малый инсульт с частичной ретроградной амнезией событий на ближайший период до операции. Повторного хирургического вмешательства для коррекции данного осложнения не проводилось. Во втором случае отмечался сочетанный тромбоз как подключичной, так и позвоночной артерий. Была произведена открытая тромбэктомия из подключичной артерии, а позвоночная артерия была перевязана с целью профилактики тромбоэмболии. В 3-й группе вышеуказанных осложнений также неблагоприятных явлений в раннем и отдаленном периоде не отмечалось.

Заключение:

Хирургическая коррекция «кинкинг синдрома» должна быть дифференцированной, а выбор метода операции должен зависеть от вида извилистости, а также сопутствующей сосудистой патологии. Предложенная нами модификация способа хирургической коррекции кинкинга позвоночной артерии показала себя эффективной с функциональной точки зрения, а также предотвращает развитие тромбоза анастомоза и значительно облегчает технику выполнения операции.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ СОННЫХ И КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ, РЕЗУЛЬТАТЫ И НАШ ОПЫТ ОДНОЭТАПНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

КГП на ПХВ «Атырауский областной кардиологический центр», Атырау, Республика Казахстан

Жантурганов М.А., Мадешов Е.К., Конысов А.А., Кадыров Ж.Е., Суесинов И.С., Куандыков Е.А., Акылов А.А., Саникиев К.Б., Арапов М.А., Нурмаганбет А., Насыров Ж.Е., Таскалиев Ш.Б., Джумагалиева С.Б.

У больных с распространенным атеросклерозом часто наблюдается сочетание стеноза сонной артерии и множественных поражений коронарных артерий (КА).

Наиболее эффективным методом лечения сочетанного поражения артерий каротидного и коронарного бассейнов является хирургический: каротидная эндартерэктомия (КАЭА) и аортокоронарное шунтирование (АКШ).

Одновременная каротидная эндартерэктомия (КЭ) в сочетании с аортокоронарным шунтированием (АКШ) широко применяется у пациентов с ишемической болезнью сердца, осложненной тяжелым стенозом сонных артерий, для снижения риска инсульта и смерти. В последние годы каротидная эндартерэктомия сонных артерий зарекомендовала себя как альтернатива. Мы изучали отдаленные результаты одновременной КЭ в сочетании с АКШ у этих пациентов.

Цель:

Выполнение хирургического устранения стеноза сонных артерий перед реваскуляризацией миокарда является профилактикой инсульта или, по крайней мере, уменьшением риска его развития, так как инсульт остается основным экстракардиальным осложнением АКШ. После успешной реваскуляризации бассейна сонных артерий (СА) риск развития инсульта, связанного с АКШ, уменьшается.

Материал и методы:

За период с 2017 по 2025 гг. в исследование вошло 936 пациентов, из них выполнены только коронарные вмешательства 918 пациентам, 18 пациентам в кардиохирургическом отделении Атырауского областного кардиологического центра была проведена одновременная каротидная реваскуляризация в сочетании с АКШ, из них мужчины – 18, женщины – 0, летальный исход – 1 (на фоне прогрессирующей сердечной недостаточности в интраоперационном периоде). Для стратификации были отобраны 18 из

936 пациентов, обладающих аналогичными факторами риска симультанных вмешательств.

В нашем исследовании средний возраст пациентов составил 63,6±7,53 года. Все пациенты были госпитализированы из-за ишемической болезни сердца. Больные с одномоментными вмешательствами на сонных и коронарных сосудах обладали более выраженной коронарной и сосудистой патологией. Мы использовали дуплексное ультразвуковое исследование для диагностики стеноза сонной артерии. Пациентам со стенозом сонной артерии проводилась компьютерная томография с контрастированием. Частота встречаемости сопутствующих заболеваний в результате имела ($P=0.17-0.78$).

Результаты:

Изучены результаты оперативного лечения мультифокального атеросклероза с поражением сонных и коронарных артерий. При симультанных вмешательствах неврологические осложнения встречались в 2,2 раза чаще по сравнению с дискретным вмешательством на КАГ (1% и 2% соответственно, $P=0.02$). После аналогичного сравнения со страфикационной по факторам риска группой операционная летальность была сопоставима и составила 1,7% ($P=0.04$).

Заключение:

Хирургические рекомендации указывают на необходимость проведения КЭАЭ первым этапом для снижения риска развития связанного с АКШ инсульта у пациентов с клиническими проявлениями ишемии головного мозга. Профилактическое вмешательство на сонных артериях не увеличивает риск развития неврологических осложнений и летальности.

ХИРУРГИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ



ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОЗА

НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»,
Актобе, Республика Казахстан

Оразалин Б.Ж., Тамаев Я.М., Жолдасов Д.С.

Цель исследования:

Оценить диагностическую ценность мультиспиральной компьютерной томографии с ангиографией (МСКТ-ангиографии) в раннем выявлении мезентериального тромбоза на примере собственного клинического опыта. Подтверждение высокой эффективности МСКТ-ангиографии позволит обосновать целесообразность ее широкого применения в клинической практике для своевременной постановки диагноза и начала необходимого лечения (включая консервативные и хирургические методы) и, как следствие, улучшения прогноза у пациентов с этим тяжелым заболеванием.

Методы исследования:

Проведен ретроспективный анализ клинических случаев 43 пациентов с острым мезентериальным тромбозом за период с 2020 по 2025 годы. По всем пациентам был проведен тщательный сбор анамнеза заболевания и жизни, детальное физикальное обследование с оценкой абдоминального статуса, а также комплекс лабораторных исследований, включавший общий анализ крови, биохимический анализ крови (с определением уровня электролитов, функции печени и почек), коагулограмму и определение уровня D-димера и лактата. Мультиспиральная компьютерная томография с ангиографией (МСКТ-ангиография) была выполнена у 28 (65,1%) пациентов.

Результаты и их обсуждение:

Анализ результатов клинического опыта показывает высокую диагностическую значимость мультиспиральной компьютерной томографии с ангиографией (МСКТ-ангиографией) в диагностике острого мезентериального тромбоза. У 28 (65,1%) пациентов, которым была проведена МСКТ-ангиография, в 100% случаев была точно визуализирована тромбоэмболия верхней брыжеечной артерии, что сыграло ключевую роль в своевременной постановке диагноза и определении тактики лечения. Среди пациентов, которым не проводилась МСКТ-ангиография (15 пациентов), летальный исход наблюдался у 12 (80%). В группе пациентов, которым была проведена МСКТ-ангиография (28 человек), летальность составила

13 (46,4%). Сопоставление клинических данных, наличия факторов риска, лабораторных маркеров и результатов МСКТ-ангиографии подчеркивает важность комплексного подхода к диагностике. Обсуждается значимость МСКТ-ангиографии как метода, позволяющего не только подтвердить наличие тромба, но и определить его локализацию, протяженность и степень окклюзии сосуда, что критически важно для планирования лечения и улучшения прогноза.

Выводы:

Мезентериальный тромбоз полиэтиологичен, его развитию способствуют как механические (заворот кишки, спайки, ущемление брыжейки), так и немеханические факторы (сердечная декомпенсация, онкологические заболевания, патологии крови, нарушения свертывающей системы, травмы живота). Диагностика острого мезентериального тромбоза затруднена из-за неспецифичности клинической картины, особенно на ранних этапах, что может имитировать другие абдоминальные заболевания. Мультиспиральная компьютерная томография с ангиографией (МСКТ-ангиография) является ключевым неинвазивным методом диагностики патологии мезентериальных сосудов, обладает высокой чувствительностью и специфичностью для визуализации тромбоза сосудистого русла.

Раннее применение МСКТ-ангиографии в сочетании с клинической оценкой и лабораторными данными значительно повышает вероятность своевременной постановки диагноза. Это позволяет оперативно начать лечение и существенно улучшить прогноз пациентов, снижая риск тяжелых осложнений и летальности (летальность в группе с МСКТ составила 13 (46,4%) против 12 (80%) в группе без МСКТ).

**ЯЗВА МАРТОРЕЛЛА: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ДИАГНОСТИКА,
ЛЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**
*TOO ERENSAU hospital, «MEDITERRA», Казахский Национальный медицинский университет
имени С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан*
Коспанов Н.А., Касымбаев Е.Е., Рамазанова М.Ж.

Введение:

Язва Марторелла – редкое осложнение, ассоциированное с артериальной гипертензией, которое проявляется болезненными язвами на нижних конечностях.

Цель исследования:

Изучение клинических особенностей, методов диагностики и современных подходов к лечению язвы Марторелла, а также анализ прогнозов для пациентов с этим заболеванием.

Методы:

Для диагностики язвы Марторелла использовались анамнез, физикальное обследование, УЗИ сосудов для исключения венозной недостаточности, биопсия кожи и лабораторные анализы.

Лечение включало комплексный подход с контролем артериального давления, местной терапией язвы, физиотерапией и медикаментозной коррекцией микроциркуляции.

Результаты:

В клинике было пролечено 7 пациентов с язвой Марторелла.

Все пациенты имели длительный анамнез артериальной гипертензии, 5 из них страдали от сахарного диабета 2 типа.

Лечение включало антигипертензивную терапию, использование антисептиков, гидрогелевых повязок и средств для стимуляции грануляции.

В течение 4-6 недель лечения у всех пациентов отмечено улучшение состояния язв, снижение болевого синдрома и появление грануляционной ткани.

У 4 пациентов язвы закрылись полностью через 6 месяцев, у 3 оставшихся отмечено значительное уменьшение площади язв и тенденция к заживлению.

Выводы:

Комплексный подход к лечению язвы Марторелла, включающий контроль артериальной гипертензии, местную терапию язв и физиотерапию, способствует улучшению состояния пациентов и ускорению заживления язв. Результаты лечения подчеркивают важность мультидисциплинарного

подхода в терапии этого редкого заболевания.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АНАТОМИИ ПЕЧЕНОЧНЫХ АРТЕРИЙ: ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ (ПО ДАННЫМ КТ-АНГИОГРАФИИ)

НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»,

Актобе, Республика Казахстан

Тамаев Я.М., Жакиев Б.С., Оразалин Б.Ж., Моор А.А., Абубакиров Р.Е.

Цель исследования:

Для эффективного лечения заболеваний внутренних органов имеет принципиальное значение уточнение вариантов кровеносной системы человека, особенности кровоснабжения того или иного органа.

В частности, это актуально при оперативных вмешательствах на печени и желчевыводящих структурах. Уточненное знание особенности кровоснабжения печени при ее высокой вариабельности позволяет снизить риск возможных операционных осложнений. Проведен анализ вариантов кровоснабжения печени с использованием КТ-сканов.

Материал и методы:

Материалом ретроспективного исследования послужили 550 КТ-сканов брюшной полости с контрастированием печеночных артерий в группе пациентов в возрасте 18-82 года обоих полов. Обследование проводили в отделении лучевой диагностики Актюбинского медицинского центра в период 2020-2025 гг. на аппарате General Electric, 2013, Optima 660 в аксиальной плоскости, в артериальную фазу. Получены варианты отхождения, соустья, магистралей печеночных артерий со всеми их топографо-анатомическими особенностями.

Результаты и их обсуждение:

В 17,2% от общего числа объектов изучения правая печеночная артерия (ППА) отходила от селезеночной артерии, гастродуоденальной артерии, верхней брыжеечной артерии, основного ствола брюшной аорты, а левая печеночная артерия (ЛПА) обнаружена как ветвь левой желудочной артерии, общей печеночной артерии при отсутствии собственной печеночной артерии.

В их числе также имелись сочетанные варианты: замещающие и дополнительные как правые, так и левые печеночные артерии. В остальных 82,8 процентов случаев отхождение печеночных артерий типичное: от чревного ствола.

Выводы:

Анализ результатов вариантности строения и топографии ППА и ЛПА способствует

снижению риска осложнений при операциях в области гепатобилиарной зоны, в том числе при трансплантации печени. Особенности расположения печеночных артерий и их ветвей необходимо учитывать при интраоперационной ориентировке в нестандартных анатомических ситуациях для идентификации атипичной топографии сосудов.

Таким образом установлено, что кровоснабжение печени, имея выраженную индивидуальную вариабельность, расширяет диапазон знаний для анатомо-хирургической науки.

ЛЕЧЕНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ: СОСУДИСТЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

TOO ERENSAU hospital, Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

Коспанов Н.А., Аканов Е.К., Асратов Б.Я., Қалымбетов Б.С., Киргизбаев С.Ж.

Ключевые слова:

Диабетическая стопа, трофическая язва, междисциплинарный подход, сахарный диабет

Актуальность:

Диабетическая стопа (ДС) – одно из наиболее тяжелых осложнений сахарного диабета, часто приводящее к ампутации и инвалидности.

По статистике до 50% пациентов с критической ишемией конечностей умирают в течение 5 лет после ампутации, что сопоставимо с онкологическими заболеваниями.

В тоже время до 85% ампутаций можно предотвратить при своевременном восстановлении кровотока и комплексном лечении.

Цель:

Доклад направлен на повышение осведомленности сосудистых хирургов о современных возможностях лечения диабетической стопы, подчеркнуть значимость междисциплинарного подхода в ведении пациентов. Снижение частоты ампутаций и улучшение качества жизни пациентов

Материалы и методы:

Исследуемая группа – пациенты с диабетической стопой и поражением артерий нижних конечностей.

Методы диагностики: доплеровское УЗИ сосудов нижних конечностей, ангиография (КТ-ангиография, цифровая субтракционная ангиография). Были использованы классификация диабетической стопы по Wagner и рекомендации европейских и североамериканских обществ эндокринологов, ангиохирургов при лечении диабетической стопы.

Первая группа (n=10) находилась под наблюдением в течение 6 месяцев в центре диабета под наблюдением мультидисциплинарной команды врачей, включающей эндокринолога, кардиолога, сосудистого хирурга, невролога, нефролога, ортопеда и подолога.

Вторая группа (n=12) пациентов получала лечение у сосудистого хирурга (осмотр и лечение у других специалистов было рекомендовано по месту жительства).

Результаты:

У пациентов первой группы наблюдалось более стабильное управление уровнем глюкозы в крови, ускоренное заживление трофических язв, снижение выраженности болевого синдрома в области раны и стоп, не было случаев декомпенсации хронической сердечной недостаточности (во второй группе у 1 пациента была госпитализация по поводу декомпенсации хронической сердечной недостаточности). Полученные данные подчёркивают эффективность мультидисциплинарного подхода в лечении диабетической стопы и подтверждают его важность для улучшения клинических исходов у данной категории пациентов, а также предотвращения больших ампутаций и риска летального исхода.

Выводы:

Мультидисциплинарный подход к лечению пациентов с диабетической стопой демонстрирует значительное улучшение клинических исходов у пациентов с диабетической стопой, что является ключевым фактором в предотвращении осложнений, что подтверждает необходимость внедрения подобных моделей в практику.

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ОПЕРАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Западно-Казахстанский медицинский университет им. Марата Оспанова, Актобе,
Республика Казахстан*

Жакиев Б.С., Жанабаев Б.К., Альмурзаулы Ж., Рысмаханов М.С., Суюндыков Т.С.,
Абиболла И., Султанов Р.А.

Введение:

Синдром диабетической стопы (СДС) является самым драматичным осложнением сахарного диабета, так как в половине случаев заканчивается ампутацией и приводит к инвалидизации, наносящей значительный социально-экономический ущерб [1,2,3].

Поражение периферических артерий возникает у 50% пациентов с синдромом диабетической стопы, что является причиной неблагоприятных исходов при данной патологии [4,5].

Для снижения частоты ампутаций патогенетически оправданным является применение реваскуляризирующих операций на нижних конечностях, дающих значительное улучшение результатов лечения [6,7].

В связи безопасностью, низкой летальностью и экономичностью эндоваскулярные вмешательства на артериях нижних конечностей у больных сахарным диабетом являются эффективным, малоинвазивным методом лечения критической ишемии нижних конечностей.

Цель исследования:

Оценить эффективность применения эндоваскулярных вмешательств – стентирования и баллонной ангиопластики на результаты лечения пациентов с гнойно-некротическими поражениями синдрома диабетической стопы

Материалы и методы исследования:

В период с 2020 по 2024 гг. в отделении гнойной хирургии Актюбинского медицинского центра находился на лечении 81 больной с гнойно-некротическими поражениями СДС.

Из указанного числа больных 51 пациенту с гнойно-некротическими осложнениями диабетической стопы на фоне ишемии конечностей были произведены стентирование и баллонная ангиопластика (основная группа). У всех пациентов наблюдалось сочетание гнойно-некротических поражений стоп со 2-4 степенями гнойно-некротического поражения по F. Wagner.

Эндоваскулярные операции выполнялись

на фоне консервативной терапии и местного лечения на 2-3 сутки после санации гнойного очага. Для оценки артериального кровообращения определялись показатели средней скорости кровотока, лодыжечно-плечевого индекса, оксигенации тканей стопы. Для оценки раневого процесса использованы сроки (в сутках) исчезновения отека, очищения ран от гнойного экссудата, появления грануляций и исчезновения инфильтрации в раневой области.

Контрольную группу составили 30 пациентов с диабетической стопой, которым проводилась только консервативная терапия с местным лечением без эндоваскулярного вмешательства.

Результаты:

После выполнения эндоваскулярных вмешательств показатель ЛПИ увеличился к 20 суткам на 68,5% по сравнению с показателем при поступлении ($p=0,00000$), средняя скорость кровотока выросла на 83,8% ($p=0,00000$), значение T_{cPO_2} – на 65% ($p=0,00000$). В контрольной группе значение T_{cPO_2} повысилось к 20 суткам на 22,3%. Через 6 месяцев после эндоваскулярных вмешательств достигнутое к 20 суткам исследования значение T_{cPO_2} сохранилось у 82,9% больных, тогда как в контрольной группе значение T_{cPO_2} снизилось у всех пациентов до исходного уровня $29,9 \pm 1,56$.

В основной группе исчезновение отека в области ран стопы было на 3,9 суток ($p=0,00000$), очищение ран на 4,7 суток ($p=0,00000$), появление грануляций на 2,6 суток ($p=0,00000$) и исчезновение инфильтрации краев раны на 4,1 суток ($p=0,00000$) раньше, чем у пациентов контрольной группы.

Опорная функция стопы при выписке из госпиталя была сохранена у 94,2% основной и у 73,4% контрольной групп. В течение последующих 6 месяцев повторные малые операции на стопе потребовались у 7,3% пациентов основной группы и у 20% контрольной. Через 6 месяцев после выписки опорная функция стопы сохранялась

у всех наблюдавшихся к этому сроку больных основной группы и у 85% контрольной.

Выводы:

Выполнение баллонной ангиопластики и стентирования артерий нижних конечностей при гнойно-некротических осложнениях синдрома диабетической стопы позволяет снизить количество повторных малых операций и ампутаций на стопе в 3,8 раза, частоту ампутаций конечностей на уровне голени и бедра в 6 раз, сохранить опороспособность стоп у 94,2% пациентов.

Список литературы:

1. Алиев М.А., Сафаров С.Ю., Магомедов М.С. Результаты использования баллонной ангиопластики при критической ишемии нижних конечностей в комплексном лечении синдрома диабетической стопы. Высокие ампутации нижних конечностей у детей и взрослых. Сборник научных трудов международной научно-практической конференции. М.: Перо, 2019. – с. 9-11
2. Бурлева Е.П. Результаты дифференцированного лечения пациентов с синдромом диабетической стопы на этапе специализированной хирургической помощи /Бурлева Е.П., Бабушкина Ю.В., Галимзиянов Ф.В., Фоминых А.Н. // Журнал Хирургия им. Н.И. Пирогова. 2019; 5:42-51
3. Есипов А.В. Актуальные проблемы диагностики синдрома диабетической стопы / Есипов А.В., Алехнович А.В., Мусаилов В.А. // Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова, 2023, т. 18. №2, с. 115-120
4. Комелягина Е.Ю. Клиническая характеристика и исходы длительно незаживающих ран у больных с синдромом диабетической стопы: ретроспективное когортное исследование / Комелягина Е.Ю., Анциферов // Эндокринология: новости, мнения, обучение – 2020 – Т.9 – №3 – с. 21-25
5. Стяжкина С.Н. Синдром диабетической стопы в хирургии, особенности течения и терапии / Стяжкина С.Н., Третьяков Д.А., Хузин Г.А. // Центральный научный вестник. 2017; 2(9):45
6. Ahmed K Allam, Ahmed E.A Moamen, Gamal I El-Habbaa. Endovascular tibial arteries revascularization and its outcome on wound healing with split-thickness skin grafts for limb salvage in patients with below-the-knee vascular disease. Egyptian Journal of Surgery 2019; 38(4):627-637

7. Bus S.A. Offloading the Diabetic Foot: The Evolution of Integrated Astrategy. In book: Piaggese Apelgvisi J. The Diabetic Foot Front Diabetes. Basel, Karger.2018;26:97-106

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С УГРОЖАЮЩЕЙ ПОТЕРЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ: ОТКРЫТЫЕ, ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ И ГИБРИДНЫЕ МЕТОДЫ

*ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» имени Н.А. Семашко», Стационар на ст. Люблино
ФГБУ НМИЦ хирургии имени А.В. Вишневского, Москва, Российская Федерация
Маматкулов М.М., Наумов Н.А., Кожанова А.В.*

Цель:

Оценить сроки заживления трофических дефектов и результаты лечения в зависимости от выбранной хирургической тактики и уровня атеросклеротического поражения

Материалы и методы:

В ретроспективное исследование включено 332 пациента, госпитализированные за период 2018-2023 гг. с хронической ишемией, угрожающей потерей конечности.

Пациенты были разделены на три группы, в зависимости от уровня поражения артерий: 1-я группа – пациенты с поражением бедренно-подколенного сегмента (119 пациентов), 2-я группа – пациенты с поражением подколенно-берцового сегмента (64 пациента), 3-я группа – пациенты с поражением бедренно-подколенно-берцового сегмента поражения артерий (149 пациента).

Все пациенты дали добровольное информированное согласие для использования не персонифицированных данных об их диагностике и лечении в научно-исследовательской работе.

Пациентам выполнялось открытое, эндоваскулярное или гибридное хирургическое лечение. Выбор метода хирургического лечения определялся с помощью оценки данных, полученных с помощью КТ-ангиографии (компьютерная томография) и цветового дуплексного сканирования.

Результаты:

Пациенты в группах сопоставимы по возрасту, полу.

Пациентам 1-й группы выполнены открытые хирургические вмешательства – 58 (48,7%), эндоваскулярные вмешательства – 35 (28,4%), гибридные хирургические вмешательства – 26 (21,8%).

Пациентам 2-й группы выполнены открытые хирургические вмешательства – 16 (25,4%), эндоваскулярные вмешательства – 44 (69,8%), гибридные вмешательства – 4 (6,25%).

Пациентам 3-й группы выполнены открытые хирургические вмешательства – 107 (72,8%), эндоваскулярные вмешательства 15 (10,2%), гибридные вмешательства – 27

(18,1%).

При оценке результатов лечения при выполнении гибридных хирургических вмешательств мы увидели статистически значимые отличия заживления трофических дефектов в течение года в 1 и 3 группах.

Количество ампутаций в группах статистически не отличалось, а также внутри групп в зависимости от выбранной тактики лечения, что мы связываем с увеличением кровотока по всем артериям после хирургического лечения.

Обсуждение:

Пациенты в группах сопоставимы по возрасту ($p=0,6$), полу ($p=0,07$). Открытые хирургические вмешательства чаще всего выполнялись у пациентов 3 группы – 107 (72,8%) по сравнению с пациентами 1 группы 58 (48,7%) и 2 группы 16 (25,4%) пациентов ($p<0,001$), а эндоваскулярные вмешательства чаще всего проводились у пациентов 2 группы 44 (69,8%) против 35 (28,4%) 1 группы и 15 (10,2%) 3 группы. Статистически значимых различий в выполнении гибридных хирургических вмешательств не было.

Сроки заживления трофических дефектов были самыми неблагоприятными у пациентов 2 группы 57 (89,1%) против 1 группы 100 (84%) и 3 группы 145 (97,3%) пациентов ($p=0,007$). По характеристикам ран (W) и выраженности инфекционного процесса (Fi) пациенты в группах не отличались ($p=0,09$ и $p=1$ соответственно).

При внутригрупповом сравнении мы не увидели статистически значимых отличий в группах в зависимости от выбранной тактики лечения ($p>0,05$), но при оценке результатов лечения в течение 12 месяцев отмечалось статистически значимое заживление трофических дефектов и уменьшение количества высоких ампутаций при выполнении гибридных методик лечения ($p<0,001^*$) в 1 и 2-й группе. Вторая группа в сравнение не включалась из-за малого количества данных по гибридным методам хирургического лечения.

Выводы:

После выполнения гибридной техники хирургического вмешательства отмечается ускорение сроков заживления трофических дефектов. При этом восстановление кровотока гибридным методом хирургии способствует тому, что количество ампутаций уменьшается.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОТРЫВА КИСТИ

НАО «Медицинский университет Астана», Астана, Республика Казахстан

Бекбосынов А.Ж., Калиев Н.М., Карымсаков У.К.

Повреждения магистральных сосудов предплечья сопровождаются высоким риском потери конечности. Особенно актуален комплексный подход при множественных травмах сосудов, сухожилий и нервов. Представленный клинический случай демонстрирует возможности современных хирургических методов и важность раннего вмешательства.

Пациентка поступила с тяжелым травматическим повреждением кисти вследствие производственной травмы. Из анамнеза ранение получено за 40 минут до поступления из-за попадания руки в станок для рубки мяса. На место происшествия была вызвана бригада скорой помощи, наложен артериальный жгут и пациентка доставлена в приемный покой ГКП на ПХВ «Акмолинская областная больница №2».

Проведено экстренное оперативное вмешательство:

- 1) первичная хирургическая обработка;
- 2) остеосинтез основной фаланги I пальца;
- 3) сосудистая реконструкция, восстановление сухожилий и срединного нерва.

Постоперационное ведение включало медикаментозную терапию (антибиотики, кровезаменители, ангиопротекторы), физиотерапию и динамическое лабораторное наблюдение.

09.03.2018 г. – 1 сутки после операции, общее состояние больной соответствует сроку и объему перенесенного оперативного вмешательства. На ощупь верхние конечности теплые, физиологической окраски.

14.03.2018 г. – достигнута положительная клиническая динамика: восстановлены кровоснабжение, чувствительность и частично двигательная функция кисти. Лабораторные показатели (гемоглобин, тромбоциты, белок) стабилизировались на фоне лечения. Отмечено улучшение общего состояния пациентки.

Полное восстановление функционального состояния и трудоспособности пациентки было достигнуто к третьему году после перенесенной операции, благодаря продолжительному реабилитационному лечению.

Выводы:

Целью данного доклада является демонстрация успешного результата восстановления функции конечности при своевременном мультидисциплинарном подходе, включающем сосудистую хирургию, реконструктивные методы и полноценную реабилитацию.

ЛАЗЕРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАПИЛЛЯРНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ И ГЕМАНГИОМ У ДЕТЕЙ

НАО «Медицинский университет Астана», Астана, Республика Казахстан, Центр сосудистой патологии «Гемангиома», Москва, Российская Федерация
Горобцова А.В., Карабекова Р.А., Романов Д.В.

Введение:

В настоящее время лазерное лечение находит широкое применение в педиатрии. Использование лазерной коагуляции сосудов в лечении младенческих гемангиом (МГ), капиллярных мальформаций (КМ) направлено на снижение неудовлетворительных косметических результатов лечения и устранение социальной дезадаптации больных. Для пациентов с КМ проведение этапного лазерного лечения является единственным вариантом лечения, которое обеспечивает стойкое осветление и выравнивание поверхности кожи в зонах воздействия без формирования рубцовой ткани.

Цель:

Оценить результаты лечения больных с МГ и КМ при использовании полупроводникового диодного лазера с длиной волны 577 нм в амбулаторных условиях

Методы и материалы:

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 254 пациентов, получавших лечение в клинике лазерной медицины в г. Астане. Анализируемый период с ноября 2021 года по февраль 2025 года. Для оценки результатов лечения использованы амбулаторные карты пациентов, данные фоторегистрации. Возраст пациентов от 1 месяца до 18 лет. 219 больных с младенческими гемангиомами (86,2%), 35 больных с капиллярными мальформациями (13,8%).

Лазерная коагуляция сосудов осуществлялась на диодном полупроводниковом лазерном аппарате Asclepion Quadro Star pro Yellow с длиной волны 577 нм желтого спектра (Германия), оборудованного системой встроенного охлаждения в режиме Scan, Spot. В работе использован метод описательной статистики.

Результаты:

Амбулаторное лечение было оказано 35 пациентам с капиллярными мальформациями. Локализация пятен на лице и шее у 71,4% (n=25), на туловище – у 17,1% (n=6), на верхних конечностях – 11,4% (n=4). Площадь пятна более 15 см² – у 60% больных (n=21), от 10 до 15 см² – у 22,9% (n=8), до 10 см² – 17,1% (n=6). Лечение проведено

при плотности энергии от 18 до 20 Дж/см², длительность воздействия импульса 30-32 мс, площадь пятна 80-100%. 20 пациентам (57,1%) лечение проводилось под краткосрочной анальгезией местными анестетиками, содержащими лидокаин, 15 пациентам под общей седацией севораном (42,8%). Частота выполнения процедуры под местной анестезией 1 раз в 1,5-2 мес., под общей анестезией 2-3 раза в год. Суммарная частота эффекта «хорошего» осветления составила 83%, удовлетворительные результаты у 15%, неудовлетворительные у 2%. 85,7% пациентов нуждаются в продолжении лечения для получения лучших косметических результатов.

22 больным с поверхностными формами младенческих гемангиом лазерное лечение было проведено как самостоятельный способ лечения (35%), у 41 больных – в дополнение к местной терапии тимололом (65%). Применение лазерного лечения при поверхностных формах МГ начинали через 1 месяц от начала местной медикаментозной терапии примочками с 0,5% раствором тимолола. Лечение проводилось под местной аппликационной анестезией с лидокаином. 148 пациентам с комбинированными формами МГ лазерное лечение проводилось на фоне приема бета-блокаторов (атенолола). Начало лечения через 2 месяца от начала перорального приема препарата. Параметры мощности варьировали от зоны локализации гемангиомы, типа кожи. В зоне век, губ, половых органов, промежности мощность варьировалась от 14 до 16 Дж, в остальных зонах – от 17 до 19 Дж, длительность импульса 30-32 мс, площадь обработки от 80 до 100%. Количество процедур, при которых получен хороший и стойкий результат – от 3 до 5, с интервалом в 1 мес. Применение лазерного лечения у данной категории больных сократило сроки приема бета-блокаторов в среднем на 2,5 месяца, улучшились косметические результаты в 100% случаев.

Выводы:

1. Применение полупроводникового диод-

ного лазера с длиной волны 577 нм показало высокую эффективность в лечении больных с МГ, КМ и позволило получить хорошие косметические результаты без формирования рубцовой ткани.

2. Выполнение лазерной коагуляции сосудов у пациентов с комбинированными и сегментарными формами МГ на фоне проведения системной терапии бета-блокаторами позволило сократить длительность курса лечения в среднем на 2,5 месяца.

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ФОРМИРОВАНИЯ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

НАО «Медицинский университет Астана», ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская больница №1», Астана, Республика Казахстан

Нұрбек Н.Н., Сагиндык Н.Н.

Актуальность:

Формирование артериовенозной фистулы (АВФ) является важным этапом лечения пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (ТХПН), так как она служит основным доступом для проведения гемодиализа. Статистический анализ результатов создания АВФ помогает оценить эффективность этой процедуры, ее осложнения и прогноз для пациентов.

Целью исследования:

Оценка клинических результатов формирования артериовенозной фистулы у пациентов с ТХПН и определение ключевых факторов, влияющих на исход вмешательства.

Методы исследования:

Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов сосудистого и нефрологического профиля Многопрофильной городской больницы №1 г. Астана за период с 1 января 2015 г. по 31 декабря 2024 г. Анализ проводился на основе медицинских карт 1003 пациентов. Для статистического анализа использовался метод описательной статистики.

Результаты:

В исследование включены 1003 пациента с ТХПН, которым было выполнено хирургическое формирование АВФ. Средний возраст пациентов составил 58,4 лет. Женщины составили 55,9%, мужчины – 44,1%. В большинстве случаев (81,4%) использовался концево-боковой тип анастомоза. Реже применялись анастомозы конец-в-конец (16,0%), а в единичных случаях – сосудистый протез (1,06%), транспозиция (1,06%) и бок-в-бок (0,53%). Наиболее частой локализацией сосудистого доступа являлась нижняя треть предплечья (67,0%). Средняя и верхняя трети предплечья использовались реже (18,1% и 14,9%). Средний диаметр артерии составил 0,3 мм, диаметр вены – 0,4 мм. Средняя продолжительность операции составила 55,5 минут. В 94,1% случаев наблюдалось успешное созревание фистулы. У 5,9% пациентов фистула не была пригодна к использованию. Ранние послеоперационные осложнения

выявлены у 21 пациента (2,09%): тромбоз фистулы – в 12 случаях (1,19%), кровотечение – в 9 случаях (0,89%). Повторные вмешательства (тромбэктомия, ревизия) потребовались у 12 пациентов (1,19%).

Выводы:

Полученные результаты демонстрируют высокую эффективность хирургического формирования артериовенозной фистулы у пациентов с ТХПН. Успешное созревание фистулы отмечено в 94,1% случаев, что подтверждает обоснованность использования данной методики сосудистого доступа. Преобладание концево-бокового анастомоза и локализации в нижней трети предплечья соответствует международным рекомендациям по созданию доступа на максимально дистальном уровне, что позволяет сохранить проксимальные сосуды для возможных последующих вмешательств. Низкий уровень ранних осложнений (2,09%) и повторных вмешательств (1,19%) свидетельствует о хорошем техническом исполнении операций и качестве послеоперационного наблюдения. Анализ показал, что диаметр вены является статистически значимым прогностическим фактором успешного созревания фистулы, в то время как пол пациента и продолжительность операции не оказывают достоверного влияния на исход вмешательства. Эти данные подчёркивают важность доплерографической оценки сосудистого русла на этапе предоперационного планирования. Таким образом, применение стандартизированного подхода к формированию АВФ с обязательной предоперационной визуализацией венозного сегмента позволяет достичь высокой частоты успешного функционирования сосудистого доступа при низкой частоте осложнений.

ТРАНСЛОКАЦИЯ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ СЛОЖНОГО ДОСТУПА ПРИ ГЕМОДИАЛИЗЕ

*TOO ERENSAU hospital, «MEDITERRA», Казахский Национальный медицинский университет
имени С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан*

Коспанов Н.А., Зайналов А.К., Долаев Ж.А., Мұса Ж.

Ключевые слова:

Сложный доступ для гемодиализа; транслокация большой подкожной вены; синтетический протез; показатели проходимости фистулы

Сосудистый доступ для гемодиализа затруднен у пациентов без подходящих вен на верхних конечностях. Использование аутовенозных трансплантатов для создания сосудистого доступа для гемодиализных пациентов применяется, когда исчерпаны все другие возможности для формирования стандартной артериовенозной фистулы.

Цель исследования:

Проведение сравнительного анализа среди пациентов с транслокацией большой подкожной вены и использованием синтетического протеза

Методы:

Ретроспективный обзор историй болезни был проведен среди всех пациентов в одной сосудистой практике в течение 3-летнего периода (2022-2025 гг.). Переменные исследования включали: длительность наблюдения, первичную проходимость, послеоперационный синдром обкрадывания, послеоперационную инфекцию трансплантата, послеоперационное осложнение места забора, частоту инфицирования.

Результаты:

В периоде времени с 2022 по 2025 годы было выполнено всего 62 сложных диализных доступа с использованием трансплантата.

50 (81%) случаев относятся к транслокации большой подкожной вены (16 (32%) мужчин, 34 (68%) женщины), а в остальных 12 (19%) случаях использовался синтетический протез (6 (50%) мужчин, 6 (50%) женщин). Средний возраст пациентов составлял для первой группы 54 года и 58 лет для второй группы. Первичные показатели проходимости для первой группы составили 76% через 6 месяцев; 64% через 12 месяцев; 40% через 24 месяца; 18% через 36 месяцев; тогда как для второй группы показатели были следующие: 83% через 6 месяцев; 58% через 12 месяцев; 41% через 24 месяца; 16% через 36 месяцев; послеоперационный

синдром обкрадывания не наблюдался в обеих группах. Послеоперационное осложнение места забора в виде подкожной гематомы наблюдался в первой группе в 4 (8%) случаях. Случай инфицирования аллопротеза наблюдался в одном случае 1 (8%).

Выводы:

Использование аутооттрансплантата в виде большой подкожной вены при формировании диализного доступа играет важную роль в обеспечении надежного сосудистого доступа для гемодиализа, особенно в случаях, когда стандартные методы невозможны, не уступая по показателям проходимости, а также менее подвержены инфицированию.

ОБОСНОВАНИЕ ПОЭТАПНОЙ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РУДИМЕНТАРНОГО ШЕЙНОГО РЕБРА

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии», ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им Абуали ибн Сино», Душанбе,
Республика Таджикистан

Рафиев Ф.Р., Камолов А.Н., Солихов Р.Д.

Цель исследования:

Оценить результаты разработанной поэтапной тактики проведения оперативного лечения при рудиментарном шейном ребре

Материал и методы исследования:

Объектом исследования явились 40 больных с диагнозом «рудиментарное шейное ребро (РШР)», которые получили хирургическое лечение с 2010 по 2023 гг. Среди них мужчин было 8 (20%), женщин – 32 (80%). Возраст – от 18 до 45 лет, средний возраст составил 19,8 лет. Всем больным выполнена рентгенография шейно-грудного отдела позвоночника и ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗДАС) сосудов верхних конечностей. У 18 (45%) больных при УЗДАС выявлены вторичные признаки синдрома Рейно. В 26 (65%) наблюдениях при электронейромиографии (ЭНМГ) были выявлены признаки снижения нервной проводимости по чувствительным и двигательным волокнам срединного и локтевого нервов, что свидетельствовало о сдавлении первичных стволов плечевого сплетения рудиментарным ребром.

С целью достижения более значимых клинических эффектов, а также улучшения ближайших и отдаленных результатов нами впервые был разработан хирургический способ лечения РШР (патент №ТJ 264 от 29.10.2009 г.). Стандартная тактика, как правило, ограничивается лишь резекцией ребра и невролизом стволов плечевого сплетения. Наш опыт показал, что при таком подходе остаются не замеченными фиброзные тяжи и гипертрофированные ножки лестничной мышцы, что способствует развитию рецидива болевого симптома и стойкого брахиоплексита.

Отличие разработанного нами способа заключается в поэтапных действиях при операции, включающих следующие компоненты:

- высокая скаленотомия;
- невролиз первичных нервных стволов плечевого сплетения;
- резекция ребра с рассечением всех ано-

мальных фиброзно-мышечных образований;

- селективная шейно-грудная симпатэктомия (при наличии клиники синдрома Рейно).

Преимуществом метода является устранение всех причин, вызывающих патологию, полная декомпрессия СНП, что способствует снижению частоты развития осложнений и устранению болевой симптоматики.

Результаты исследования:

Всем пациентам выполнена операция с применением разработанного нами способа, в одном случае у больного с аневризмой подключичной артерии выполнена резекция аневризмы с аутовенозным протезированием. У 7 пациентов после операции отмечены явления брахиоплексита, которые купированы консервативными мерами. Положительный клинический эффект от оперативного лечения у 12 пациентов подтвержден выполнением ЭНМГ. При контрольном осмотре обратившихся больных (n=25) в 62,5% состояние конечности находилось в удовлетворительном состоянии. Наблюдение в течение 3-х лет сосудистых и неврологических нарушений не выявило.

Вывод:

Таким образом, все клинические признаки рудиментарного шейного ребра подлежат оперативному лечению. Разработанный нами способ хирургического лечения РШР позволяет значительно улучшить клинический эффект операции, благодаря устранению всех компонентов патологии.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Центральная клиническая больница №1, Ташкент, Республика Узбекистан
Асамов Р.Э., Шукуров Б.И., Махмудов Б.Й., Джамалов С.И., Довронов Р.С.

Введение:

Критическая ишемия нижних конечностей (КИНК) остаётся тяжёлой формой периферического атеросклероза, сопряжённой с высоким риском ампутаций и летальности. В данном сообщении представлены результаты хирургического лечения КИНК у 156 больных, которым были выполнены различные реваскуляризирующие и паллиативные вмешательства.

Материал и методы:

Изучены результаты хирургического лечения 156 больных с подтверждённой КИНК (стадии III-IV по Fontaine). Средний возраст пациентов составил $67,4 \pm 8,2$ лет, преобладали мужчины – 116 (74,4 %). Всем пациентам была проведена доплерография и КТ-ангиография. Выполнены следующие вмешательства: бифуркационное аортобедренное шунтирование (34; 21,8%), бедренно-подколенное шунтирование, преимущественно с использованием аутовены (75; 48,1%), перекрёстные бедренно-бедренные шунтирования выполнены в ограниченном числе случаев (6; 3,8%) при невозможности ортоградной реваскуляризации. У 41 (26,3%) пациента выполнены паллиативные вмешательства (поясничная симпатэктомия и некрэктомии). Тактика лечения определялась индивидуально, с учётом ангиоанатомии, стадии ишемии и сопутствующей патологии.

Результаты:

Эффективная реваскуляризация достигнута у 103 (66,0%) больных из 156 оперированных, успешность шунтирующих операций ($n=115$) составила 89,6% (103/115). Первичная проходимость шунтов через 6 месяцев составила 81,3%. Перекрёстное бедренно-бедренное шунтирование обеспечило удовлетворительные результаты в случаях с односторонней окклюзией и неудовлетворительным состоянием пути притока. Ампутации ниже колена потребовались у 21 (13,5 %) пациента, выше колена – у 9 (5,8 %). Госпитальная летальность составила 3,2 %. У больных, перенёсших паллиативные вмешательства, отмечено улучшение общего состояния, снижение боли и стабилизация зоны ишемии.

Выводы:

Комбинированный подход с учётом индивидуальных анатомо-клинических особенностей позволяет достичь удовлетворительных результатов при хирургическом лечении КИНК. Несмотря на высокую сложность контингента, своевременная реваскуляризация остаётся решающим фактором в снижении частоты ампутаций и улучшении прогноза у данной категории больных.

МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОСТО-КЛАВИКУЛЯРНОГО СИНДРОМА ФАЛЬКОНЕРА-ВЕДДЕЛЯ

*Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии, Душанбе, Республика
Таджикистан*

Рахмонов Ч.А., Нёматзода О., Султанов Д.Д.

Актуальность:

Одной из противоречивых проблем современной ангиохирургии по сей день остаются экстравазальные компрессии сосудисто-нервного пучка (СНП) у выхода из грудной клетки, т.е. синдром грудного выхода (СГВ). Среди них большую долю составляет косто-клавикулярный синдром (ККС) Фальконера-Ведделя. Выбор метода лечения ККС в литературе неоднозначен. Часто консервативный метод лечения противопоставляется хирургическому.

Цель исследования:

Изучить результаты и усовершенствовать способ трансаксиллярной резекции первого ребра при косто-клавикулярном синдроме (ККС)

Материал и методы:

Анализированы результаты хирургического лечения 270 больных с ККС, из них мужчин – 89 (33,0%), женщин – 181 (67,0%). Возраст – от 16 до 63 лет, средний возраст 29,3±6 лет. Длительность заболевания составила от 1 года до 20 лет. Больные обследованы методами УЗИ, УЗДАС, рентгенографии, КТ.

Результаты:

Клиническая картина ККС складывалась из 3 категорий симптомов: позиционная ишемия руки, неврологическая симптоматика со стороны верхних конечностей и реже венозная недостаточность. Для диагностики компрессии сосудисто-нервного пучка (СНП), дифференциации превалирования того или иного компонента компрессии и определения уровня сдавления применялись различные функциональные тесты: Идена, Ланге, Эдсона, Райта и Руса. Два компонента заболевания (смешанная форма): артериальные и неврологические расстройства были выраженными у 97 (61,8%) больных из всех 157. Артериальная форма была отмечена у 24 (15,3%), неврологическая – у 27 (17,2%) и венозная форма – у 9 (5,7%) пациентов. У них отмечались признаки венозной недостаточности (синдром Педжета-Шреттера). У 4 (2,5%) больных из 157 отмечалась тромбоэмболия артерии предплечья и бифуркации плечевой

артерии, у 12 (7,6%) – с неврологической формой наблюдалась гипотрофия мышц кисти и у 8 (5,1%) – трофические язвы, некрозы на кончиках пальцев. В результате сдавления СНП и постоянного раздражения симпатических нервных волокон у 215 (79,6%) больных из всех 270 с ККС отмечалась клиника вторичного синдрома Рейно. Декомпрессионные методы операции выглядели следующим образом: трансаксиллярная резекция 1-го ребра, усовершенствованная нами, была выполнена 199 (89,3%) (241 опер.) больным (среди них с СШГС – 195, без – 46, тромбэктомия и резекция аневризмы ПКА – 5); резекция 1-го ребра надключичным доступом у 9 (3,3%) и у 20 (7,4%) больных – скаленотомия с СШГС. Летальных случаев и специфических осложнений не было отмечено.

Заключение:

Таким образом, среди декомпрессионных методов операций трансаксиллярная резекция 1 ребра является наиболее эффективным, патогенетически обоснованным способом в лечении ККС. Обязательным компонентом операций при сочетании вторичного синдрома Рейно является СШГС. При этом достигается эффект декомпрессии на всех трех анатомически «узких» местах компрессии СНП и гемодинамический эффект.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСТРАНАТОМИЧЕСКИХ ШУНТИРОВАНИЙ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова», Алматы, Республика Казахстан

Маккамов Р.О., Пазилов С.Б., Демеев Т.Н., Жакубаев М.А., Садуакас А.Е.,
Маткеримов А.Ж., Шамшиев А.С., Еркинбаев Н.Н.

Введение:

Критическая ишемия нижних конечностей с поражением артерий аорто-подвздошной зоны является серьезным заболеванием, имеющим существенные последствия для пациентов, приводящее к инвалидизации или к смертности.

Цель:

Улучшить результаты экстраанатомических шунтирований при критической ишемии нижних конечностей и при отсутствии для выполнения традиционных шунтирующих операций.

Материал и методы:

Проанализированы истории болезни пациентов, перенесших операцию по поводу экстраанатомических шунтирований при поражении сосудов аорто-подвздошной зоны за период 2014-2024 годы, прошедших стационарное лечение в условиях Национального научного центра хирургии им. А.Н. Сызганова. В исследование было включено 19 пациентов (средний возраст 68 ± 9 лет, 78% мужчин). Все пациенты страдали критической ишемией нижних конечностей и были признаны непригодными для выполнения традиционных шунтирующих операций и эндоваскулярных вмешательств. Во всех случаях выполнена операция бедренно-бедренного перекрестного шунтирования. В 3-х случаях применена в качестве трансплантата большая подкожная вена в связи с наличием инфицированной раны, в остальных 16 случаях применен синтетический протез.

При выборе данной тактики хирургического лечения у пациентов учитывались данные сопутствующих заболеваний, таких как, тяжелые формы сердечно-легочных заболеваний, принимались во внимание возраст, показатели фракции выброса и наличие гнойно-воспалительных заболеваний в аорто-подвздошной зоне. Все операции выполнялись в условиях перидуральной анестезии.

Результаты:

Периоперационных осложнений не было. Купирование признаков ишемии нижних

конечностей достигнуто у 89,5% пациентов при среднем наблюдении в течение 18 месяцев. Функциональное улучшение, измеряемое по классификации Резерфорда, и способность ходить без боли в покое наблюдались у 88% пациентов. Не было зарегистрировано серьезных осложнений, связанных с трансплантатом, или случаев окклюзии трансплантата.

Заключение:

Бедренно-бедренное перекрестное шунтирование является методом выбора у пациентов с тяжелой формой сердечно-сосудистой недостаточности и при наличии гнойно-воспалительных заболеваний при лечении критической ишемии нижних конечностей с вовлечением в процесс аорто-подвздошного сегмента. Данный вид операции улучшает качество жизни пациента и помогает купировать признаки критической ишемии нижних конечностей и требует комплексной лекарственной поддержки.

КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАНАХ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Национальный научный онкологический центр, Астана, Республика Казахстан,
НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова», ТОО
«АЛБ-ЖАМИИ», Актобе, Республика Казахстан*

Чиналиев А.М., Султаналиев Т.А., Жакиев Б.С., Сапарбаев С.С., Хасенов Д.Т.

Актуальность:

Лечение хронических язв на фоне заболеваний периферических артерий (ЗПА) невозможно без улучшения кровотока через ишемизированную область. Эндоваскулярные вмешательства (ЭВВ) являются эффективным и малоинвазивным методом лечения ЗПА. Фибробласты – стромальные и соединительнотканые клетки, участвующие в синтезе внутриклеточного матрикса и грануляционной ткани в процессе пролиферации тканей. Фибробласты отвечают за эпителизацию, заживление кожных повреждений, обновление эпидермиса после активации кератиноцитов, а также синтез коллагена и эластина.

Исходя из патогенеза хронических язв и роли фибробластов в эпителизации и заживлении, в данном исследовании выдвинута гипотеза, что ЭВВ могут улучшить кровоток через ишемизированную область, а аллогенные фибробласты будут эффективно способствовать заживлению хронических язв.

Цель:

Оценить эффективность комбинированного метода коррекции раневого процесса путем использования рентгенэндоваскулярной реваскуляризации и фибробластов при длительно незаживающих ранах у пациентов с хроническим облитерирующим заболеванием артерий нижних конечностей

Методы:

Было проведено проспективное рандомизированное контролируемое исследование с участием 86 пациентов с хроническими язвами нижних конечностей вследствие ЗПА. После успешных ЭВВ пациенты были рандомизированы на две группы: группа аллогенных фибробластов (n=43), а вторая группа с традиционной хирургической обработкой ран (n=43). Аллогенные фибробласты были получены от здоровых доноров согласно установленным протоколам Республики Казахстан. Первичные конечные точки включали скорость заживления

язв, время до полного заживления, уменьшение размера язвы и тканевую перфузию, измеренную с помощью транскутанного напряжения кислорода ($TcPO_2$). Вторичные конечные точки включали уменьшение боли (оценка по визуальной аналоговой шкале), качество жизни (специфический опросник VascuQol-6) и нежелательные явления. Пациенты наблюдались в течение 12 месяцев после вмешательства.

Результаты:

Полное заживление язв было достигнуто у 34/43 пациентов (79,1%) в первой группе по сравнению с 25/43 пациентами (58,1%) второй группы ($p=0,033$) через 12 месяцев. Медиана времени до полного заживления была значительно короче в первой группе ($8,3 \pm 2,1$ недели) по сравнению со второй группой ($13,6 \pm 3,4$ недели, $p < 0,001$). Среднее процентное уменьшение площади язвы через 12 недель составило $87,3 \pm 9,2\%$ в 1-й против $62,5 \pm 11,4\%$ во 2-й группе ($p < 0,001$). В 1-й группе наблюдалось усиленное формирование грануляционной ткани с повышенной плотностью сосудов ($14,2 \pm 3,7$ против $9,3 \pm 2,8$ сосудов/поле зрения при большом увеличении, $p=0,005$) и более высокой экспрессией фактора роста эндотелия сосудов (VEGF) (увеличение в $3,8 \pm 0,9$ раза против $2,1 \pm 0,7$ раза от исходного уровня, $p < 0,001$). Значительных нежелательных явлений, связанных с применением аллогенных фибробластов, не наблюдалось. Незначительные нежелательные явления (легкое местное воспаление) возникли у 5 пациентов (11,6%) в 1-й группе против 7 пациентов (16,3%) во 2-й группе ($p=0,538$).

Заключение:

Применение аллогенных фибробластов после успешного эндоваскулярного вмешательства значительно ускоряет заживление хронических язв у пациентов с заболеваниями периферических артерий по сравнению с традиционной обработкой ран. Этот подход к лечению улучшает тканевую перфузию, уменьшает боль, повышает качество жизни и может снизить частоту ампутаций.

Результаты поддерживают интеграцию терапии аллогенными фибробластами в мультидисциплинарное лечение хронических язв на фоне ЗПА после восстановления артериального кровообращения.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА И ЕГО СОПРОВОЖДЕНИЕ ПЕРЕД АРТЕРИАЛЬНЫМИ ОПЕРАЦИЯМИ

«Клиника флебологии и лазерной медицины», Шымкент, Республика Казахстан

Головятенко А.С., Келимбетов Р.М.

Введение:

Психоэмоциональное состояние пациентов перед хирургическим вмешательством является важным фактором, влияющим на исход лечения. Тревожность, стресс и страх способны не только ухудшить субъективное восприятие предоперационного периода, но и отразиться на физиологических показателях, что может повлиять на течение операции и послеоперационного восстановления.

Цель данного исследования:

Анализ психоэмоционального состояния пациентов перед артериальными операциями, выявление основных факторов, вызывающих стресс, а также разработка и оценка методов эффективного психологического сопровождения

Психоэмоциональное состояние пациентов перед операцией

Исследование проводилось в «Клинике флебологии и лазерной медицины» в городе Шымкенте в период с 2023 по 2024 годы. В рамках исследования было проанализировано более 50 пациентов с артериальными патологиями, которым предстояло хирургическое вмешательство. Операции проводились врачами Рустамом Келимбетовым и Александром Тарара.

Результаты опроса пациентов показали, что:

- 70% пациентов испытывали выраженную тревогу перед операцией, основными причинами которой были страх боли (операция проводится в основном под местной анестезией), опасение осложнений и недостаточная осведомленность о ходе процедуры
- 30% пациентов не смогли четко охарактеризовать природу тревожности, но отмечали общее нервное напряжение и эмоциональный дискомфорт.

Дополнительные исследования показали, что у большинства пациентов, испытывающих высокий уровень тревожности, наблюдались повышение артериального давления, учащенное сердцебиение и увеличение уровня кортизола, что могло потенциально повлиять на ход операции и послеоперационное восстановление.

Методы психологического сопровождения

Для снижения предоперационной тревожности в клинике использовались различные методы психологического сопровождения:

- Индивидуальная работа с пациентами
Проведение предоперационного консультирования, во время которого врач и медицинский персонал подробно объясняли ход операции, обезболивание и возможные ощущения во время вмешательства.

Применение когнитивно-поведенческих методик, направленных на снижение катастрофизации и коррекцию иррациональных страхов.

- Групповые программы и поддержка родственников

Организация бесед с пациентами, уже прошедшими аналогичные операции, что позволило снизить страх неизвестности.

Привлечение родственников к обсуждению плана лечения, так как эмоциональная поддержка близких снижает уровень тревожности.

- Медикаментозная коррекция (по показаниям)

В случае выраженной тревожности и повышенного давления пациентам назначались седативные препараты мягкого действия.

Контроль за уровнем стресса с помощью немедикаментозных методов (дыхательные практики, аутотренинг).

- Роль медицинского персонала

Развитие у врачей навыков эмпатичного общения с пациентами.

Использование техник снижения тревожности: объяснение каждого этапа операции, создание доверительной атмосферы.

Практическое значение сопровождения:

Результаты исследования показали, что применение комплексного подхода к психологическому сопровождению пациентов перед артериальными операциями позволило:

- Снизить уровень тревожности у 80% пациентов, что положительно сказалось на их физиологических показателях перед операцией.
- Минимизировать случаи повышения артериального давления и тахикардии перед

операцией, что способствовало снижению риска осложнений.

- Повысить удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием, так как информированность и психологическая поддержка снижали уровень стресса.

Заключение:

Психоэмоциональное состояние пациентов перед артериальными операциями играет ключевую роль в их адаптации и восприятии хирургического вмешательства. Проведенное исследование продемонстрировало, что тревожность перед операцией широко распространена среди пациентов, причем основным фактором является страх боли и недостаток информации.

Комплексное предоперационное сопровождение, включающее индивидуальные беседы, поддержку со стороны родственников, а также элементы когнитивно-поведенческой терапии, позволило значительно снизить уровень тревожности и улучшить общее состояние пациентов перед операцией.

ГИБРИДНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ

КГП «Многопрофильная больница №2», НАО «Медицинский университет Караганды»,
Караганда, Республика Казахстан

Вручинский Е.Е., Богославский П.В., Жашкеев А.К., Султанов К.А., Калугин А.В.

Введение:

Заболевания периферических артерий (далее – ЗПА) нижних конечностей являются третьей по значимости причиной атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний после ишемической болезни сердца и инфаркта мозга.

Одним из самых грозных осложнений ЗПА является острая ишемия нижних конечностей (далее – ОИНК) – внезапное снижение перфузии конечности, что создает потенциальную угрозу ее жизнеспособности.

Цель исследования:

Необходимо выяснить наиболее распространенную причину острой ишемии нижних конечностей в условия отделения сосудистой и эндоваскулярной хирургии Многопрофильной больницы №2 г. Караганды, оценить опыт гибридных операций

Материалы и методы:

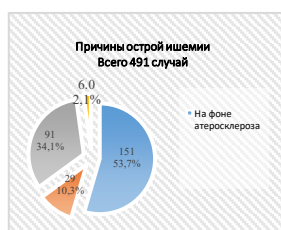
В условиях отделения сосудистой и эндоваскулярной хирургии многопрофильной больницы №2 (далее – МБ №2) города Караганды с 2020 по 2024 годы включительно пролечено 3873 пациента.

Доля пациентов с острой ишемией нижних конечностей составила 281 (7,2%) от общего количества больных.

Тромбозы на фоне атеросклероза (по коду МКБ 10 I74.3) : 151 (53.7%) тромбангит у 29 пациентов (10,3%) (по коду МКБ 10 I73.1) от общего количества пациентов с острой ишемией нижних конечностей. Тромбозы на фоне аневризматической болезни аорты и артерий нижних конечностей в 6 случаях (2,1%).

С эмболией нижних конечностей на фоне нарушений ритма сердца (НРС) (по коду МКБ 10 I74.3) – 96 пациентов (34.1%) от общего количества пациентов с острой ишемией нижних конечностей (Рис. 1).

Рисунок №1



Доля мужчин – 165 (61,5%) пациентов, доля женщин – 116 (38,5%).

Проведено оперативное вмешательство по случаю острой ишемии в 248 случаях (88,2%). Консервативно пролечено 17 пациентов (6,0%). Консервативное лечение проведено пациентам с острой ишемией 1а ст., а также пациентам с отягощенным коморбидным фоном, у которых на фоне консервативной терапии в течение суток отмечался регресс острой ишемии или переход в хроническую форму ишемии.

Ампутации: 16 случаев (6,0%)

Летальность: 9 случаев (3,2%)

Таблица №1
Виды оперативных вмешательств

Виды оперативных вмешательств при острой ишемии	Количество	%
Аорто-бедренное шунтирование	2	0,8
Бедренно-подколенное аутовенозное шунтирование	14	5,6
Гибридная тромбэктомия с баллонной ангиопластикой	205	82,6
Традиционная тромбэктомия	11	4,4
Ампутации	16	6,4

В послеоперационном периоде пациенты получали гепарин 25 тыс. в течение суток на инфузомате, затем низкомолекулярные гепарины (клексан, фраксипарин, арикстра) в соответствии с массой тела, антибактериальные препараты из группы цефалоспоринов, фторхинолонов, ангиопротекторы: пентоксифиллин 5,0 мл + NaCl 0.9% 400 мл в/в кап, также антиагреганты (в нашем случае тромбоасс 100 мг по 1 т), статины (в нашем случае аторвастатин и розувастатин в дозировках от 20 до 40 мг).

Результаты:

При проведении анализа нам удалось установить, что основной причиной тромбозов нижних конечностей является атеросклероз – у 151 пациента из 281 (53,7%), что явилось основной причиной тромбоза в данной группе пациентов.

Рисунок №2
Анализ проведенного лечения



При проведении анализа пролеченных случаев установлено, что среднее пребывание пациента в стационаре составило 8,9 койко-дней. Количество ампутаций составило 16 (6,0%). Послеоперационная летальность в 9 (3,2%) случаях.

Выводы:

В заключение следует отметить, что ОИНК нижних конечностей остается нерешенной проблемой современной сосудистой хирургии. Более того, сложности лечения этой категории больных заключаются в том, что они требуют выполнения в короткие сроки полноценных реконструктивно-пластических вмешательств на артериях нижних конечностей вследствие прогрессирующего течения ишемии и неэффективности антикоагулянтной терапии.

Гибридные вмешательства позволяют провести полный объем оперативного вмешательства вместе с коррекцией магистрального русла под R-контролем, что позволяет снизить объем послеоперационных осложнений и улучшить отдаленные результаты пациентов, перенесших острую ишемию нижних конечностей

10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНСТРУМЕНТОВ «ENDORE» КОМПАНИИ «LEMAITRE» ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ С УГРОЗОЙ ПОТЕРИ КОНЕЧНОСТЕЙ

КГП на ПХВ «Атырауский областной кардиологический центр», Атырау, Республика Казахстан

Насыров Ж.Е., Мадешов Е.К., Арапов М.А., Джумагалиева С.Б., Кадыров Ж.Е.,
Суйесинов И.С., Нурмаганбет А., Таскалиев Ш.Б., Конысов М.Н.

Введение:

Оптимальным методом лечения больных с критической ишемией конечностей, а также с многоуровневыми атеросклеротическими поражениями артерий нижних конечностей остается адекватная реваскуляризация, применение минимальных травматичных хирургических вмешательств. Одной из главных проблем реконструктивных вмешательств с использованием синтетического протеза при протяженных подвздошно-бедренно-подколенно-берцовых поражениях у пациентов с трофическими нарушениями конечностей, является высокий риск инфицирования в послеоперационном периоде. Основной причиной неудовлетворительных результатов при сосудистой пластике подвздошно-бедренно-подколенного сегмента является многостадийность поражения сосудистого русла, наличие множественных критических стенозов, частое отсутствие естественного материала для аутопластики. Наличие у больных расщепленного типа строения большой подкожной вены, раннего ее деления, разница диаметра проксимального и дистального участков аутовенозного трансплантата, буллы в надклапанном пространстве, склероз вены или перенесенные ранее операции флебэктомии исключают возможность шунтирующих операций by-pass. Также наличие трофических ран конечностей, многократно увеличивает риск инфицирования искусственных сосудистых протезов.

Цель:

Оценить результаты полузакрытой петлевой тромбэндартерэктомии из подвздошной и поверхностных бедренных артерий у пациентов с критической ишемией конечностей. Улучшить результаты хирургического лечения больных с многостадийными и продленными окклюзиями, стенозами и тромбозами артерий подвздошно-бедренно-подколенного сегмента при отсутствии аутологичного трансплантата за счет упрощения способа, снижения травматич-

ности тканей и продолжительности операции.

Материалы и методы:

С 2012 года нами при протяженных окклюзиях НПА, ОБА, ПБА, ПКА наряду с общепринятыми линейными АБШ, БПШ в разных анатомических включениях (выше/ниже щели коленного сустава) стали выполняться протяженные тромбэндартерэктомии (ПТЭАЭ) инструментами «EndoRE» компании «LeMaitre Vascular», которые состоят из различных по свойству и применению инструментов: наборов из колец Volmar (F6-12mm), резца МоллРинга (F5-10mm), диссектора Мартина и перископа диссектора (40 см), а также спирального катетера Фогарти ЭндоХеликс и специальной измерительной рентгенконтрастной ленты Васкутек, которая служит обозначением и меткой для позиционирования верхней и нижней границы протяженной хронической окклюзии при проведении ангиографии. Первое сообщение нами было представлено на 1 съезде КОСХ в 2013 г.

С 2014 года ПТЭАЭ в отделении сосудистой хирургии выполнялась в специально оснащенной рентгенаппаратом с С-дугой или в ангиографической операционной. Обязательным элементом операции должно быть осуществление вмешательства в условиях гибридной операционной (рентгенконтроль всего этапа операции). За период с 2014 г. по настоящее время выполнено 94 гибридные операции с сочетанием инструментов Ле Майтре. Возраст пациентов колебался от 60 до 78 лет. Средний возраст 69 лет. Причиной заболевания во всех случаях был атеросклероз. Все пациенты мужского пола. По классификации Покровского-Фонтейна у 70 пациентов – хроническая ишемия нижних конечностей III ст., у 24 пациентов – IV степени с трофическими и некротическими изменениями в пределах стопы. У всех пациентов была использована спинномозговая анестезия бупивакаином. Сопутствующие заболевания: у всех пациентов ишемическая болезнь сердца,

хроническая артериальная гипертония. У 20 пациентов – хроническая недостаточность мозгового кровообращения в виде перенесенного ОНМК. Сахарным диабетом страдали 23 пациента.

Стентирование подвздошных артерий с профундопластикой выполнена 21 пациенту, 14 – стентирование подвздошных артерий с ПТЭАЭ из ПБА, 37 – ПТЭАЭ из НПА с БПШ выше и ниже щели, 22 – ПТЭАЭ из НПА и ПБА.

Общая длина удаленного окклюзированного тромба в нашем наблюдении составила от 10 см до 50 см.

Результаты:

Реваскуляризация конечности была достигнута во всех случаях. Данный метод улучшения путей оттока у пациентов с критической ишемией нижних конечностей при протяженном поражении подвздошно-бедренно-подколенно-берцового сегментов позволил добиться компенсации кровотока у 100% больных. В раннем послеоперационном периоде удалось выполнить некрэктомию и добиться заживления трофических нарушений у всех больных с успешной реконструкцией. Летальных исходов не было.

Выводы:

- 1) появляется возможность восстановления кровотока по собственному руслу,
- 2) сохраняются все функционирующие коллатерали,
- 3) снижается риск инфекционных осложнений за счет отсутствия в тканях синтетического материала,
- 4) профилактика послеоперационной лимфорреи, сопутствующей стандартному забору большой подкожной вены при аутовенозной пластике,
- 5) сохраняется существующая вена, которую впоследствии можно использовать при АКШ,
- 6) очевидна *техническая* простота метода и экономическая выгода за счет исключения синтетических протезов,
- 7) полужакрытая эндартерэктомия из наружной и общей подвздошных артерий позволяет восстановить адекватный магистральный кровоток по собственным артериям и исключает применение синтетических трансплантатов, а отдаленные результаты сохранения конечности сопоставимы с шунтирующими операциями,
- 8) дает возможность на малые ампутации с

сохранением опорной части нижних конечностей.

АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТЕНООККЛЮЗИРУЮЩИХ ПОРАЖЕНИЙ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ: 5 ЛЕТ ОПЫТА КГП «МНОГОПРОФИЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА №2» Г. КАРАГАНДЫ

КГП Многопрофильная больница №2, Караганда, Республика Казахстан

Богославский П.В., Жашкеев А.К., Султанов К.А., Вручинский Е.Е., Калугин А.В.,
Матжанов Н.О.

Ключевые слова:

стеноз сонных артерий, патологическая извитость сонных артерий, каротидные артерии, инсульт, каротидная эндартерэктомия, стентирование

Введение цель исследования:

Инсульт является одной из ведущих причин смертности и инвалидности в Казахстане. Ежегодно более 40 тысяч казахстанцев переносят инсульт, из которых около 5 тысяч умирают в течение первых 10 дней после заболевания. Около 70% выживших пациентов нуждаются в посторонней помощи и только около 10% возвращаются к обычной жизни и трудовой деятельности. В Карагандинской области КЭЭ выполняется с 1985 года (Никонов В.В., Магзумов Г.К.). В 2007 году внедрены реконструктивные операции на каротидном бассейне в условиях временного шунтирования, в 2007 году – стентирование брахиоцефальных сосудов. Ежегодно в Многопрофильной больнице №2 г. Караганды выполняется более 100 операций на сонных артериях.

Настоящее исследование посвящено анализу объемов и результатов реконструктивных операций при хронической ишемии головного мозга, проведенных за последние пять лет в условиях двух медицинских учреждений: КГП «Многопрофильная больница №2 города Караганды» и ТОО клиники «Акжан», которая оказывает помощь пациентам с данной патологией с 2019 года. В данном исследовании рассматриваются операции, выполненные пациентам с поражением каротидного бассейна.

Цель исследования заключается в проведении комплексного анализа реконструктивных операций на сонных артериях, проведенных в Карагандинской области за последние пять лет.

За последние пять лет в Карагандинской многопрофильной больнице №2 была проведена коррекция брахиоцефальных артерий у 526 пациентов, из которых 418 пациентов прошли открытые хирургические вмешательства, а 108 – эндоваскулярные операции:

1. Каротидная эндартерэктомия – 364 (87%), включая:

- эверсионная каротидная эндартерэктомия – 166 (45,6%) (в том числе в условиях временного шунтирования – 21 (12,6%);

- стандартная каротидная эндартерэктомия – 198 (54,4%) (в том числе: в условиях временного шунтирования – 83 (42%) с непрерывным швом – 112 (56,5%), с пластикой синтетической заплатой – 86 (43,5%),

2. Резекция внутренних и общих сонных артерий без каротидной эндартерэктомии – 22 (5,2%),

3. Резекция аневризмы ВСА – 2 (0,4%),

4. Протезирование общих сонных артерий – 3 (0,7%) (в том числе 2 в условиях временного шунтирования),

5. Аорто-сонное аллошунтирование – 1 (0,2%),

6. Сонно-подключичное шунтирование – 16 (3,8%),

7. Каротидная эндартерэктомия + сонно-подключичное шунтирование – 8 (1,9%),

8. Ревизия (периартериальная симпатэктомия) – 1 (0,2%),

9. Каротидная хемодектэктомия – 1 (0,2%).

Средняя длительность окклюзии сонных артерий:

- при временном шунтировании – 27 мин.,
- без временного шунтирования – 18 мин.,
- при эверсионной эндартерэктомии – 14 минут (без шунтирования).

Эндоваскулярные операции на брахиоцефальных артериях – 108:

- Стентирование ОСА-ВСА – 68 (62,9%),

- Стентирование подключичных артерий – 34 (31,6%),

- Стентирование позвоночных артерий – 6 (5,5%).

Название операции	2020	2021	2022	2023	2024
КЭЭ	48	73	65	83	95
Резекция ОСА-ВСА	7	5	5	4	1
Резекция аневризм ВСА					2
Протезирование ОСА			1	2	

Аорто-сонное аллошунтирование	1				
Сонно-подключичное шунтирование	1	1	4	4	6
Каротидная эндактерэктомия + Сонно-подключичное шунтирование	1	1	5		1
Ревизия (периартериальная симпатэктомия)					1
Каротидная хемодектэктомия					1
Стентирование подключичных, позвоночных артерий	4	5	8	10	13
Стентирование сонных артерий (ОСА-ВСА)	18	17	11	9	13

Частота сопутствующих заболеваний у пациентов в группах КЭЭ и КАС

Сопутствующие заболевания	Группа КЭЭ (418-пациент)	Группа КАС (стентирование) 108 пациент
Артериальная гипертензия	393	89
ИБС	212	68
ПИМ в анамнезе	49	5
Сердечная недостаточность 1-2ФК	385	34
Аритмии	34	7
Хроническая ишемия нижних конечностей	26	12
Сахарный диабет II типа	73	14
В анамнезе ТИА, ОНМК	71	23

Частота осложнений в группах КЭЭ и КАС в интраоперационном и непосредственном послеоперационном периоде

Показатель	После открытых операций (общ. ослож. – 6,2%)
Инсульт	7 (1,6%)
ТИА	11 (2,6%)
ОИМ	1 (0,2%)
Кровотечения	3 (0,7%)
Гематомы	3 (0,7%)
Лимфорей	1 (0,2%)
Летальность	1 (0,2%)

оценка необходимости временного шунта во время операции измерением ретроградного АД, которое дает реально оценить есть ли необходимость в установке временного шунта во время операции, чтобы минимизировать риск инсульта. Измерение ретроградного АД производится инвазивным методом, посредством пункции ВСА дистальнее пораженного участка до и после пережатия центрального кровотока на уровне ОСА. При низких показателях инвазивного АД операция проводится с установкой временного шунта.

В условиях этих клиник при одностороннем поражении сонной и подключичной артерии одномоментно проводится КЭЭ пораженного участка и сонно-подключичное шунтирование.

Отбор пациентов на операцию проводился строго по критериям: если бессимптомные пациенты, то сужение 70% и более, если в анамнезе перенесенные ОНМК и при явной клиники, то при поражении 50% и более.

Вывод:

- Сравнительный анализ хирургических и эндоваскулярных методов лечения показал, что каротидная эндактерэктомия (КЭЭ) остается наиболее распространенной и эффективной операцией для устранения стенозов БЦА. Однако эндоваскулярное стентирование также демонстрирует хорошие результаты, особенно у пациентов с высоким операционным риском.

- В обеих группах наблюдаются определенные осложнения, такие как инсульт, транзиторная ишемия, инфаркт миокарда и кровотечения.

- Таким образом, результаты лечения стенооокклюзирующих поражений брахиоцефальных артерий подтверждают эффективность применения как открытых хирургических, так и эндоваскулярных методик, при этом выбор метода зависит от клинической ситуации, общего состояния пациента и степени поражения сосудов. Важно продолжать совершенствовать методы диагностики и лечения, а также уделять внимание профилактике осложнений в послеоперационном периоде для улучшения исходов лечения и снижения летальности среди пациентов.

Нами перед операцией на каротидном бассейне у всех пациентов использовалась

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии», Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, Городская клиническая больница №2 Душанбе, Республика Таджикистан

Абдусаматов К.А., Кенчаев С.А.

Цель:

Описание первого опыта эндоваскулярного лечения ишемического инсульта в стране

Материалы и методы исследования:

В Республиканском научном центре сердечно-сосудистой хирургии (РНЦССХ) за период с октября 2024 г. по апрель 2025 г. были оперированы 9 пациентов с явными клиническими картинами острого нарушения мозгового кровообращения. Во всех случаях реваскуляризация головного мозга проводилась только рентгенэндоваскулярным методом. Мужчин было 7, женщин – 2. Средний возраст составил $67,8 \pm 3,2$ лет. В одном случае был критический стеноз устья позвоночной артерии, осложненный дистальной эмболией, в другом случае – расслоение дуги аорты с переходом на брахиоцефальные сосуды, а во всех остальных случаях имела место кардиоэмболия. У всех больных имелся коморбидный фон, чаще всего различные формы аритмии. Нужно отметить, что в двух случаях инсульт развился в послеоперационном периоде у больных, перенесших протезирование митрального клапана с комбинацией аорто-коронарного шунтирования. Только у одной пациентки имела место клиническая картина острого нарушения мозгового кровообращения в вертебробазилярном бассейне, а во всех остальных случаях клиническая картина соответствовала острой артериальной непроходимости каротидного бассейна. Время от появления симптомов до госпитализации в стационар составляло от 2,5 до 8 часов. По шкале NIHSS во всех случаях более 6 баллов.

Результаты:

В более 80% случаях операция проводилась под местной анестезией. Доступом для реваскуляризации головного мозга во всех случаях была бедренная артерия. Во всех случаях удалось удалить тромбомассы методом аспирации, только в одном случае тромбаспирации предшествовало стентирование устья позвоночной артерии. Ухудшение неврологического дефицита и леталь-

ные исходы наблюдались в четырёх случаях.

Заключение:

Реваскуляризирующие операции с применением рентгенэндоваскулярных методов для лечения ишемического инсульта являются малотравматичным, эффективным и относительно безопасным методом лечения. Применение инновационной технологии в большинстве случаев позволяет восстановить мозговой кровоток у лиц старшей возрастной группы с тяжелыми сопутствующими патологиями.

ХИРУРГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕНОЗНОЙ И ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМ



ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОЙ ЛИМФЕДЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, Алматы,

Республика Казахстан

Коспанов Н.А., Асратов Б.Я., Бисембаев И.М., Арапбай А.М.

Ключевые слова:

Вторичная лимфедема, мастэктомия, комплексная противоотечная терапия, мультидисциплинарный подход

Актуальность:

Вторичная лимфедема – распространённое осложнение после мастэктомии и лучевой терапии, характеризующееся хроническим отёком конечности вследствие нарушения лимфотока. Без своевременной терапии состояние может привести к фиброзу тканей, трофическим изменениям и снижению качества жизни.

Цель:

Улучшение движения лимфатической жидкости по лимфатическим сосудам, уменьшение отека и предупреждение развития осложнений.

Методы лечения:

Современный подход к лечению вторичной лимфедемы включает комплексную деконгестивную терапию (CDT), фармакотерапию:

1. Консервативная терапия:

- Лимфодренажный массаж (мануальный и аппаратный),
- Компрессионная терапия (бандажирование бинтами низкой степени растяжимости, ношение компрессионного трикотажа плоской вязки),
- Лечебная физкультура и специализированный комплекс упражнений для стимуляции лимфотока,
- Уход за кожей для профилактики инфекционных осложнений (рожистое воспаление).

2. Фармакотерапия:

- Венотоники (диосмин),
- Ферментные и противовоспалительные средства для уменьшения фиброзных изменений.

Результаты:

Комплексный подход в лечении вторичной лимфедемы может значительно улучшить качество жизни, ликвидировать отек и предотвратить дальнейшее прогрессирование заболевания. Раннее лечение помогает предупредить серьезные осложнения.

Выводы:

Комплексный подход к лечению постмастэктомической лимфедемы позволяет эффективно контролировать заболевание. Оптимальные результаты достигаются при раннем начале терапии и мультидисциплинарном взаимодействии специалистов.

ИЗОЛИРОВАННАЯ ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ КАК САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Клиника «Флебоцентр», Бишкек, Республика Кыргызстан
Абибов С.Я., Алексеев Д.Н.*

Введение (цель):

Оценка клинической эффективности изолированной эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК) без минифлебэктомии и склеротерапии у пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей. Также проанализирована динамика регрессии варикозных притоков в течение 3-6 месяцев после процедуры и необходимость в дополнительном вмешательстве

Методы:

Проведено клиническое наблюдение за пациентами, которым выполнялась только изолированная ЭВЛК. Выполнялся ультразвуковой контроль венозной гемодинамики и состояния варикозных притоков до процедуры через 1, 3 и 6 месяцев. Проводилась фотодокументация, оценивались эстетические и функциональные результаты, фиксировались показания к дополнительной склеротерапии или минифлебэктомии.

Результаты:

С 2017 года в клинике «Флебоцентр» (г. Бишкек, Кыргызстан) выполнено более 7000 процедур изолированной ЭВЛК. В 95-98% случаев наблюдался самостоятельный регресс варикозных притоков. Ультразвуковой контроль выявлял облитерацию магистральных вен и прекращение патологического рефлюкса. Дополнительное вмешательство (склеротерапия или минифлебэктомия) потребовалось менее чем в 5% случаев. Использовались радиальные световоды Biolitec®: 2ring slim – для вен малого диаметра, 2ring swift – для вен до 15 мм, 2ring pro – для вен более 15 мм.

Выводы:

Изолированная ЭВЛК является эффективным и малотравматичным методом лечения варикозной болезни у отобранной категории пациентов. Минифлебэктомия и склеротерапия не обязательны и могут применяться по показаниям. Такой подход позволяет достичь высокого эстетического результата и удовлетворённости пациентов при минимальной инвазивности.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии», ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им Абуали ибни Сино», Кафедра «хирургических болезней №2» имени академика Н.У. Усманова, ООО Медицинский центр «Биомед»

Гоибов А.Дж., Собиров С.С., Рафиев Ф.Р.

Цель исследования:

Выбор оптимальной тактики лечения острого восходящего варикотромбофлебита

Материал и методы исследования:

В период с 2010 по 2024 гг. наблюдались 80 пациентов с острым восходящим тромбофлебитом (ОВТФ) подкожных вен н/к. Мужчин было 26 (32,5%), женщин – 54 (67,5%), средний возраст составил 36 лет. Во всех случаях пусковым механизмом в развитии данного осложнения послужило наличие варикозно расширенных вен системы большой (82,5%) и малой подкожных (17,5%) вен нижних конечностей. Давность варикозной болезни варьировалась от 4 до 15 лет, длительность ОВТФ – от 6 часов до 9 суток.

При первичном осмотре триада симптомов: уплотнение, болезненность и покраснение по ходу стволов большой и малой подкожных вен выявлено у более 90% больных. У 5 (6,25%) пациентов в момент поступления в анамнезе отмечались эпизоды тромбоэмболии ветвей легочной артерии (ТЭЛА). Экстренное обследование больных включало: лабораторные исследования, ЭКГ, рентгенографию легких и эхокардиографию (ЭХОКГ). Характер, локализация и распространённость тромботического процесса исследовали при помощи ультразвукового дуплексного ангиосканирования (УЗДАС) сосудов. Выбор тактики лечения зависела от трех факторов: давность заболевания, уровня тромбофлебита и наличие эпизодов ТЭЛА.

Результаты исследования:

Так, при прогрессирующем ОВТФ небольшой давности (от 4 до 36 часов) в экстренном порядке 45 (56,25%) пациентам выполнены кроссэктомия (КЭ) и стационарное консервативное лечение. В 11 (13,75%) случаях наряду с КЭ выполнена тромбэктомия из сафено-фemorального соустья и общей бедренной вены. В 23,75% наблюдений ввиду позднего обращения пациентов и значительного регресса воспалительного процесса в венах одномоментно произведена КЭ с иссечением тромбированных вен

с благоприятным исходом. В 6,25% случаях ОВТФ был осложнен гнойным парафлебитом. Этим пациентам после КЭ производили вскрытие, санацию и дренирование гнойных очагов. Тактика лечения у 14 пациентов с ОВТФ системы малой подкожной вены не отличалась от таковой. Перевязка устья МПВ выполнялась в подколенной ямке.

Наиболее сложными в плане лечения являлись пациенты, перенесшие эпизоды ТЭЛА. После КЭ эти больные в условиях стационарного и безусловного постельного режима принимали курс антикоагулянтной терапии с положительным эффектом. В 3 случаях из-за высокого риска развития повторных ТЭЛА пациентам имплантированы кава-фильтры в систему нижней полой вены ниже почечных. В послеоперационном периоде неспецифические осложнения (лимфорея и нагноение ран) отмечены у 6 пациентов. Тромбоэмболических, в том числе повторных, после имплантации кава-фильтра и летальных исходов не было.

Вывод:

Хирургическая тактика при ОВТФ зависит от характера, уровня, давности воспалительного процесса и наличия осложнений. Основным и важным этапом хирургического вмешательства является перевязка стволов малой и большой подкожных вен в глубокую венозную систему, позволяющая устранить риск развития тромбоэмболии ветвей легочной артерии. В случаях рецидивирующих ТЭЛА методом выбора является имплантация кава-фильтра.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КОМБИНИРОВАННОЙ МИНИИНВАЗИВНОЙ ФЛЕБЭКТОМИИ И PRP-ТЕРАПИИ ПРИ СОЧЕТАНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ С ГОНАРТРОЗОМ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии», ГОУ «ТГМУ им. Абу-али ибни Сино», Душанбе, Республика Таджикистан

Юнусов Х.А.

Цель:

Анализ результатов мини-инвазивной комбинированной флебэктомии (МИКФ) и первого опыта применения обогащённой тромбоцитами аутоплазмы (PRP-терапия) в лечении варикозной болезни (ВБ), сочетающейся с гонартрозом (ГА)

Материал и методы:

Проанализированы результаты лечения 26 пациентов (11 мужчин, 15 женщин; средний возраст $49,3 \pm 4,6$ лет), перенёсших МИКФ по поводу ВБ и PRP-терапию по поводу ГА. Средний индекс массы тела (ИМТ) пациентов составил $28,9 \pm 2,1$ кг/м². У 7 (27%) пациентов отмечался второй (С2), у 15 (58%) – третий (С3) и у 4 (15%) – четвёртый (С4) класс ВБ. Изолированное расширение большой подкожной вены (БПВ) и её притоков отмечено у 9 (35%) пациентов, малой подкожной вены (МПВ) – у 2 (8%) больных. У более половины пациентов ($n=15$; 58%) отмечалось одномоментное расширение стволов и притоков БПВ и МПВ. У всех больных имело место двухстороннее расширение подкожных вен нижних конечностей с превалированием клиники в 19 (73%) случаях слева, в 7 (27%) наблюдениях – справа. У 17 (65%) пациентов имелась недостаточность перфорантов голени. Согласно классификации Kellgren JH & Lawrence JS (1957) у 4 (15%) пациентов отмечалась I степень, у 14 (54%) – II и у 8 (31%) – III степень ГА. Флебологический статус оценивался визуально и с помощью дуплексного сканирования венозной системы нижних конечностей, а состояние коленных суставов – с помощью шкалы WOMAC.

Результаты:

Медиана суммарного индекса по шкале WOMAC до лечения составила 65,5 (61,0–74,0) баллов, в том числе индекс болевого синдрома – 14,0 (13,0–16,0) баллов, тугоподвижность коленного сустава – 6,0 (5,0–6,0) баллов и функционирование сустава – 47,0 (45,0–49,0) баллов. Всем пациентам первым этапом проведена МИКФ, вторым этапом –

4 сеанса PRP-терапии с еженедельным интервалом. Продолжительность оперативных вмешательств составила в среднем $115,5 \pm 35,5$ минут, госпитализации – $2,8 \pm 0,4$ суток. Ни в одном случае развития значимых осложнений не зафиксировано. После лечения отмечалось значительное уменьшение болевого синдрома и скованности, а также улучшение функционирования коленных суставов. Малая эффективность терапии отмечена в 4 (15%) случаях. Терминальная стадия ГА ($r=0,64$; $p<0,05$), длительность течения дегенеративного процесса в суставе ($r=0,56$; $p<0,05$), постоянный приём обезболивающих препаратов ($r=0,52$; $p<0,05$) и наличие сочетанного расширения стволов БПВ и МПВ ($r=0,59$; $p<0,05$) имели прямую корреляционную связь с малой эффективностью применения обогащённой тромбоцитами аутологичной плазмы.

Заключение:

У пациентов с ВБ и ГА проведение МИКФ с соблюдением принципов минимальной инвазивности и внутрисуставное введение обогащённой тромбоцитами аутологичной плазмы позволяет значительно снизить болевой синдром и улучшить повседневную функциональную активность коленных суставов.

ОСЛОЖНЕНИЯ И ОШИБКИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ЭВЛО ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, Душанбе, Республика Таджикистан, Центр флебологии, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Гульмурадов У.Т., Маркин С.С.

Цель исследования:

Анализ результатов анонимного опросника хирургов об аппаратных осложнениях и ошибках при операциях эндовенозной лазерной облитерации

Материал и методы:

В опроснике анонимно участвовали 1558 хирургов. Были заданы вопросы по аппаратным осложнениям во время эндовенозной лазерной облитерации.

Результаты:

В результате у 180 врачей имелись в практике ошибки и аппаратные поломки и проблемы с техническим состоянием и производственным браком используемых радиальных световодов. Часть аппаратных осложнений была связана с повторной стерилизацией одноразовых световодов (65), часть осложнений была связана с повреждением световода иглой шприца или ангиокарда во время введения туменесцентной анестезии (32 хирурга). Аппаратные ошибки и брак световодов были у 53 хирургов, ошибки и проблемы, связанные с неопытностью начинающего хирурга, избыточной агрессией во время введения световода в вену было у 30 хирургов. Также причинами аппаратных осложнений являлось неимение в клинике аппарата измерителя мощности световода в комплекте лазерной аппаратуры. Только каждый 6 из опрошенных имеет в своей клинике аппарат для измерения мощности световода и своевременно диагностирует заводской брак, разлом радиальных световодов или ошибку самого лазерного аппарата.

Заключение:

Проанализировав результаты анонимного опроса 180 хирургов, использующих эндовенозную лазерную облитерацию в своей практике, мы пришли к выводу, что основными ошибками, приведшими к аппаратным осложнениям, явились: не соблюдение протоколов проведения ЭВЛО, повторная стерилизация радиальных световодов, повреждение световода иглой во время анестезии, технический брак световода.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ ТРОМБОЛИЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МАССИВНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ У БЕРЕМЕННОЙ В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

ГКП на ПХВ ГМБ №2, г. Астана «Медицинский университет Астана», Астана, Республика Казахстан

Орынғалиева А.Е., Мухаметкалиев С.С., Диколаев В.Д., Юсупов А.А.

Введение:

Венозные тромбозэмболические осложнения (ВТЭО), объединяющие тромбоз глубоких вен и тромбоз эмболию легочной артерии, относятся к числу распространенных причин заболеваемости и смертности, в связи с чем представляют собой одну из актуальнейших медицинских проблем, затрагивающей практическую деятельность врачей различных специальностей. Риск ВТЭО среди беременных и родильниц примерно в 6 раз выше (до 12,2 на 10 000) по сравнению с небеременными женщинами (2 на 10 000). Риск примерно в 2 раза выше в течение первого и второго триместров, увеличивается до 9 раз в течение третьего триместра, при этом риск является самым высоким в послеродовом периоде.

Методы:

Пациентка С., 37 лет, беременность 36 недель, поступила в экстренном порядке в кардиологический блок интенсивной терапии городской многопрофильной больницы №2 г. Астаны. По данным объективного и инструментальных исследований выставлен диагноз: острый флелотромбоз бедренно-подколенного сегмента правой нижней конечности. Осложнение: тромбоз эмболия легочных артерий. В динамике на фоне интенсивной терапии отмечается прогрессирование дыхательной и сердечной недостаточности. Было начато лечение рекомбинантным тканевым активатором плазминогена Актилизе по схеме: болюсно в периферическую вену 10 мг в течение 2 мин., 90 мг струйно в течение 2-х часов. В последующем в течение суток проводилась инфузия нефракционированного гепарина 1.000 ЕД/ч под контролем коагулограммы. На следующие сутки пациентка переведена на терапию низкомолекулярным гепарином – эноксапаринном в терапевтической дозе 0,8 мг/кг каждые 12 ч. подкожно. 28 марта 2024 г., учитывая тяжесть состояния пациента, сохраняющийся флелотромбоз с флотацией, высокий риск повторных тромбозэмболических осложнений рекомендо-

вано оперативное лечение в объеме – имплантация временного кава-фильтра в НПВ.

Результаты:

Тактика лечения пациентки строилась на основании определения тяжести состояния и риска ранней (госпитальной или 30-дневной) летальности. Отсутствие положительной динамики на фоне гепаринотерапии, а также ухудшение функции правого желудочка по данным эхокардиографии стали основанием для проведения тромболитической терапии. При выборе препарата для тромболизиса учитывалось, что тканевые активаторы плазминогена не проникают через плаценту и не имеют тератогенного эффекта.

Вывод:

В представленном клиническом случае беременная на сроке 36 недель с массивной ТЭЛА и признаками острого перегрузочного состояния правого желудочка получила системную тромболитическую терапию с применением рекомбинантного тканевого активатора плазминогена. Данный случай демонстрирует эффективность и относительную безопасность тромболизиса у беременных при жизнеугрожающей массивной ТЭЛА. Тромболитическая терапия позволила благополучно выносить беременность, не приводя к развитию кровотечения в родах и послеродовом периоде.

ОПЫТ ГИБРИДНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ И ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная больница №2», Астана, Республика Казахстан
Каражанов Н.А., Бекбосынов А.Ж.

В феврале 2024 года на лечении в хирургическом отделении по профилю койки «сосудистая хирургия» находилась больная З., 68 лет. Пациентка поступила в экстренном порядке с клиникой острого флеботромбоза бедренно-подколенного сегмента справа. По данным УЗДГ вен нижних конечностей выявлен эмбологенный тромбоз общей бедренной вены (ОБВ) справа, исходящей из подколенной вены (ПкВ), и тромбоз ствола БПВ на всем протяжении бедра. Длина флотирующей головки тромба в просвет ОБВ составляла более 5 см. С целью профилактики ТЭЛА, получив письменное и устное согласие, под местной анестезией югулярным доступом был имплантирован съемный кава-фильтр на уровне L2-L3, ниже устьев почечных вен. Далее, в условиях спинномозговой анестезии, выполнена тромбэктомия из ПкВ, ПБВ, ОБВ справа, кроссэктомия БПВ справа. В ходе операции во избежание травматизации клапанного аппарата вышеупомянутых глубоких вен нижней конечности при механической экстракции тромботических масс использовалось УЗИ-наведение. Были получены свежие тромботические массы из ПкВ, ПБВ и ОБВ и просвета БПВ. Далее пациентке была назначена соответствующая консервативная терапия, включавшая гепаринотерапию с последующим назначением пероральных антикоагулянтов под контролем АЧТВ, ПТИ и МНО, противовоспалительную терапию, а также постоянную эластическую компрессию (эластическими бинтами средней растяжимости с переходом на компрессионные чулки в подострой фазе). В послеоперационном периоде пациентка отметила заметный регресс отека правой нижней конечности, купирование болевого синдрома, улучшение общего самочувствия. Пациентка выписана на дальнейшее амбулаторное наблюдение сосудистого хирурга по месту жительства. При следующих диспансерных визитах: через 3 месяца после выписки из стационара отек правой нижней конечности полностью регрессировал, по данным УЗДГ вен нижних конечностей – полная реканализация; через 6 меся-

цев – симптомы ПТФС полностью отсутствовали. Через 12 месяцев по УЗДГ вен нижних конечностей – признаков тромбоза на момент осмотра не обнаружено, компрессия полная.

Выводы:

При остром тромбозе глубоких и поверхностных вен нижних конечностей метод гибридного оперативного вмешательства – профилактической имплантации интравенозного кава-фильтра в нижнюю полую вену в сочетании с механической тромбоэкстракцией при надлежащем комплексном лечении дает положительный результат в виде полной реканализации вен нижних конечностей, минуя симптомы посттромбофлебитической болезни.

**СТАТИСТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ
ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПРИ ПРОВОДИМОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ
ЭЛАСТИЧЕСКОЙ КОМПРЕССИЕЙ И НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫМИ ГЕПАРИНАМИ**
НАО «Медицинский Университет Астана», ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская больница №1», Астана, Республика Казахстан
Мухаметова А.А., Бирмагамбетова С.А., Абдуллинов А.С., Юсупов А.А.

Актуальность:

Флеботромбозы (ОТГВ) – одно из опаснейших осложнений в травматологии, часто приводящее к жизнеугрожающим состояниям, таким как тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Частота его в данной категории от 5% до 63% в зависимости от факторов риска. Без адекватной тромбопрофилактики риск ТЭЛА достигает 40%, а летальность – от 5% до 30%. Особенно уязвимы пациенты с переломами длинных трубчатых костей, позвоночника, таза и сочетанными повреждениями.

Клинические рекомендации включают фармакологическую и механическую профилактику. Новейшие стратегии направлены на инновационные препараты и продление профилактики после выписки. Однако флеботромбозы продолжают повышать летальность, длительность госпитализации и риск инвалидизации, подчеркивая необходимость совершенствования профилактики и осведомленности в клинической практике.

Методы исследования:

Проведен ретроспективный статистический анализ медицинских карт пациентов травматологического и ортопедического профиля Многопрофильной больницы №1 г. Астаны за период 1 марта 2024 г. – 28 февраля 2025 г. с диагностированным флеботромбозом по данным УЗДГ вен по факторам риска, возрасту, характеру травмы, профилактике и сроку госпитализации. Как профилактика использовались эластическая компрессия и низкомолекулярные гепарины. Исключены пациенты с тромбозами, не связанными с травмой, а также случаи с недостаточными данными в документации.

Результаты исследования:

1. Частота венозных тромбозов

- Среди пациентов (N=1305) венозные тромбозы диагностированы у 6,73%
- ТЭЛА выявлена у 4,54% (4 пациента), из них 50% – летальные исходы

2. Факторы риска

- Наибольшая частота ОТГВ у пациентов с

переломами бедра (26,13%), коленного сустава (22,5%) и сочетанными травмами (25%)

- Существенное увеличение риска наблюдалось при иммобилизации > 3 дней, высоким ИМТ (средний 28,3) сопутствующих заболеваниях (АГ, СД)

- Также важно заметить, что у женщин флеботромбозы встречались в два раза чаще, чем у мужчин (62% и 37%). Наиболее часто отмечается в возрастной группе от 50 до 75 лет (57%)

3. Продолжительность госпитализации и исходы

- У пациентов с ОТГВ средняя госпитализация составила 14 дней (против 11 дней, $p < 0.05$)

- Летальность при ТЭЛА – 50% (2), из них 50% (1) случаев могли быть предотвращены.

Выводы:

1. Флеботромбозы наиболее часто возникают у пациентов с тяжелыми травмами и длительной иммобилизацией.

2. Основные факторы риска: множественные травмы, женский пол, старшая возрастная категория, сопутствующая патология и отсутствие адекватной тромбопрофилактики.

3. Антикоагулянты существенно снижают риск тромбозов, что подчеркивает важность строгого соблюдения профилактических протоколов.

4. ОТГВ ухудшает течение госпитализации, ее прогноз, требуя эффективных стратегий раннего выявления и лечения.

Перспективы дальнейших исследований:

1. Расширение выборки и анализ долгосрочных исходов.
 2. Разработка персонализированных стратегий.
 3. Оценка новых диагностических методов.
 4. Исследование влияния реабилитации.
 5. Генетические и молекулярные аспекты тромбообразования.
- Совершенствование профилактических и

лечебных подходов поможет снизить заболеваемость и смертность от флеботромбозов у травматологических пациентов.

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОДКОЖНЫХ И ГЛУБОКИХ ВЕН

«Клиника флебологии и лазерной медицины», Шымкент, Республика Казахстан

Атабекова З.Б., Росуховский Д.А.

Введение:

Показания и противопоказания к выключаящим операциям на варикозно расширенных сегментах подкожных вен у пациентов с посттромботическими нарушениями глубоких вен остаются предметом дискуссии врачей-клиницистов. Научные данные неоднородны и неоднозначны.

Методы:

Для анализа мы представляем 3 группы пациентов:

- 1) Пациенты, кто нуждается только в консервативном лечении,
- 2) Пациенты, кому показано лечение в первую очередь глубоких вен (стентирование, баллонная ангиопластика), а во-вторую – лечение подкожных вен,
- 3) Пациенты, кому достаточно лечение подкожных вен, достижение хорошего клинического улучшения без вмешательства в глубоких венах.

В разбор были включены пациенты, из которых некоторым были проведены различные малоинвазивные выключаяющие процедуры на подкожных венах, но были и те, которым такие вмешательства, по нашему мнению, были противопоказаны или которые отказались от радикального лечения. По этому принципу была сформирована основная группа перенесших любой вариант малоинвазивного лечения и группа контроля только на консервативной терапии. Операция была рекомендована только симптомным пациентам и только в случае проходимости «дублирующего» сегмента глубокой вены.

Всем пациентам было рекомендовано консервативное лечение в виде рекомендаций по двигательному режиму, профессиональной гигиене, компрессионной терапии, медикаментозной терапии и реабилитации (массажу, прессотерапии).

Результаты:

В результате проводимого лечения в течение года все пациенты отметили улучшение самочувствия, как в группе с радикальным лечением, так и без. Открытые операции не проводились. В избранных случаях сочетание малоинвазивного и консервативного лечения давало лучшие результаты, чем

только консервативное. В первую очередь это касалось пациентов с выраженными трофическими нарушениями, которые уже через 1-7 дней после малоинвазивной операции отмечали уменьшение локальной боли и отека в зоне трофических нарушений, через год уменьшение или исчезновение гиперпигментации. Через год пациенты после малоинвазивного лечения оставались более удовлетворены его результатами по сравнению с контролем.

Выводы:

Малоинвазивное лечение приводит к улучшению у тщательно отобранных пациентов с сочетанным поражением подкожных и глубоких вен. Затруднительно делать однозначные выводы об эффективности радикального лечения у пациентов с сочетанным поражением глубокой и подкожной венозной системы из-за их разнородности. Положительные результаты малоинвазивного лечения могут усиливаться улучшением комплаенса (более дисциплинированным выполнением рекомендаций) или эффектом плацебо.

ВЕНОЗНАЯ ГЕМАНГИОМА СВОДА ЧЕРЕПА (ПЕРИКРАНИАЛЬНЫЙ СИНУС)

Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии, Душанбе, Республика Таджикистан

Солиев О.Ф., Султанов Д.Д., Салимов Ф.М.

Введение:

Венозная гемангиома свода черепа «перикраниальный синус» (sinus pericranii) – одна из разновидностей сосудистой мальформации венозного происхождения, характеризующаяся наличием аномального венозного дренажа из интракраниальных синусов в экстракраниальную систему вен через диплоэ-эмиссарии черепа.

Как правило, мальформация располагается по сагиттальной линии на проекции верхнего продольного синуса. Крайне редко встречается латеральная локализация данной мальформации – sinus pericranii.

Материал и методы исследования:

Мы наблюдали и прооперировали 8 больных в возрасте от 4 до 10 лет с данным видом мальформации. Больные первоначально обследовались дуплексным сканированием. С целью дифференциальной диагностики и выявления сообщений гемангиомы с интракраниальными венозными коллекторами проводилась МРТ-венография, МРТ-ангиография с контрастированием сонных артерий.

Результаты исследования:

Существуют два вида гемангиом. Форма и тип мальформации зависела от характера дренирующих вен в экстракраниальной части головы. При классической форме гемангиомы дренирующие, отводящие вены имели магистральный тип и отводили кровь из гемангиомы в разные направления посредством крупных вен. При рассыпном типе отводящих вен гемангиома имела опухолеподобную форму из-за недостаточного дренирования гемангиомы (2 случая). В 5 случаях мальформация располагалась по сагиттальной линии, а в 3-х имела латеральную локализацию. При дуплексном сканировании выявляли отводящие вены диаметром до 4-5 мм, направляющиеся в сторону лба, виска и затылка. Наиболее информативной для диагностики являлась МРТ-венография, при которой можно получить изолированное заполнение контраста венозного синуса, включая и дренирующие вены, которые бывают магистрального и рассыпного типа. Тактика лечения зависела

от типа гемангиом. Так при опухолеподобных формах предоперационное тромбирование гемангиомы оказалось успешной, это позволяло уменьшить кровотечение и упростило иссечение гемангиомы. При другой форме, где скорость кровотока высокая не удается склерозировать крупные венозные сосуды из-за больших диаметров отводящих вен. Вторым этапом производилось оперативное лечение. Кожный разрез дугообразный. Отсепарировался кожно-подкожный лоскут, далее наружный и внутренний листки апоневроза. Под ними обнажалась гемангиома в виде венозных сплетений, состоящих из венозных сосудов разного калибра. После перевязки отводящих вен при классической форме гемангиомы эти вены спадались и не требовалось их мобилизация и удаление. Гемангиома вместе с надкостницей иссекается. После удаления гемангиомы на кости обнаруживаются костные каналы – «эмиссары», которые обычно закрывать не удается. Для этого использовали воск и остановили кровотечение. Рану ушивали послойно с оставлением перчаточного дренажа.

Таким образом, «перикраниальный синус», особая, редко встречающаяся форма венозной гемангиомы располагается на своде черепа, чаще по сагиттальной линии. Имеет разные типы и формы. Для диагностики наряду с дуплексным сканированием информативными являются МРТ-флебография и МРТ-ангиография с контрастированием. Радикальным методом лечения является хирургическое иссечение гемангиомы, которым достигается полное излечение больного от этого недуга.

КЛИНИЧЕСКИЕ КЕЙСЫ ЛЕЧЕНИЯ ФЛОТИРУЮЩИХ ТРОМБОЗОВ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ НА ПРИМЕРЕ ТРОМБЭКСТРАКЦИИ И ТРОМБОЛИЗИСНОЙ ТЕРАПИИ

НАО «Медицинский Университет Астана», ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская больница №1», Астана, Республика Казахстан
Булатов А.А., Абдуллинов А.С., Юсупов А.А.

Цель исследования:

Оценить эффективность и безопасность различных методов лечения флотирующих тромбозов в системе нижней полой вены (НПВ), осложнённых тромбозом лёгочной артерии (ТЭЛА), на примере тромбэкстракции, тромболизиса и антикоагулянтной терапии. Сравнение клинических исходов и осложнений после применения каждого из методов лечения. Также целью является улучшение методов раннего выявления и вмешательства при таких состояниях для повышения выживаемости и качества жизни пациентов.

Материалы и методы:

В исследовании представлены три клинических случая пациентов с острым флотирующим тромбозом НПВ, осложнённым ТЭЛА, лечившихся в сосудистом отделении многопрофильной больницы №1 г. Астаны. Для диагностики использовались: ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС), лабораторные анализы, а также компьютерная томография с контрастированием. Во всех случаях был имплантирован временный кава-фильтр ALN (Франция). В первом случае проведена системная тромболизисная терапия альтеплазой (Ревекард). Во втором клиническом случае проведена эндоваскулярная катетерная тромбэкстракция с помощью устройства ТРЭКС. В третьем случае проведена стандартная антикоагулянтная терапия.

Всем больным назначали антикоагулянтную терапию по стандартным схемам. Предпочтение отдавали низкомолекулярным гепаринам с последующим переводом больного на таблетированные антикоагулянты (ривароксабан, антагонисты витамина К) в течение 6-12 мес. Помимо этого в схему лечения включали дезагреганты, неспецифические противовоспалительные препараты. Ношение компрессионного трикотажа и прием флеботропных препаратов являлись обязательными. На отдаленных сроках проводили сравнительную оценку выраженности субъективных симптомов хронической венозной недостаточности по

клинической шкале Villalta. Кава-фильтры удалены после достижения эффекта от антикоагулянтной терапии и при отсутствии клинических и инструментальных признаков эмболической окклюзии. Максимальный срок удаления фильтра составил 14 месяцев.

Результаты:

Комплексная терапия с применением различных методов лечения позволила добиться благоприятных клинических и инструментальных результатов. По данным УЗДС в отдалённом периоде у пациентов отмечена частичная или полная реканализация тромбированных вен, купированы симптомы дыхательной недостаточности, гипертензии правых отделов сердца, регресс отёчности нижних конечностей. Геморрагические осложнения отсутствовали.

Заключение:

Тромбэкстракция, тромболизис и антикоагулянтная терапия являются эффективными методами лечения флеботромбоза и ТЭЛА, но их использование должно зависеть от клинической ситуации, стадии заболевания и состояния пациента. Комплексный подход и своевременная диагностика позволяют выбрать наиболее подходящую тактику, что повышает шансы на успешное восстановление и минимизирует риск осложнений.

Выбор метода оперативного лечения должен определяться в зависимости от общего статуса, активности пациента, наличия сопутствующей патологии, осложнений заболевания, а также индивидуально в каждой клинической ситуации.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ТАЗОВОГО ВЕНОЗНОГО ПОЛНОКРОВИЯ

Центральная городская клиническая больница, Алматы, Республика Казахстан

Илиев С.А., Турсынбаев С.Е., Джумабеков А.Т.

Актуальность:

Хроническая тазовая боль (ХТБ) у женщин репродуктивного возраста за счет тазового венозного полнокровия является одной из малоизученных и сложных проблем современной медицины в общем и флебологии, в частности. Варикозное расширение вен малого таза, вызывающее тазовое венозное полнокровие, рассматривают в качестве частой причины развития ХТБ, которая является значимым социально-экономическим фактором. По данным ВОЗ распространенность ХТБ колеблется от 2,4 до 24% населения с преобладанием женщин репродуктивного возраста. Среди женщин болевой синдром, обусловленный тазовым венозным полнокровием, встречается у 15% пациентов репродуктивного возраста и у 30% среди женщин, обратившихся к гинекологу по поводу болей.

Цель:

Оценить технические и клинические результаты эндоваскулярных методов лечения у пациентов с синдромом тазового венозного полнокровия.

Материалы и методы:

Исследование основано на анализе результатов лечения 221 женщины с синдромом тазового венозного полнокровия, находившихся в стационаре, и в дальнейшем наблюдавшихся амбулаторно с 2021 по 2024 гг. В ходе работы были сформулированы критерии отбора пациенток с варикозным расширением вен малого таза для оперативного лечения: выраженный болевой синдром при физической нагрузке и во время половой жизни, альгодисменорея, варикозное расширение наружных половых органов. А также диагностирование варикозного расширения вен малого таза на ультразвуковом дуплексном сканировании, КТ/МРТ-флебографией или традиционной флебографией (диаметр вен $\geq 6-8$ мм с рефлюксом). Критерии исключения: женщины репродуктивного возраста (18-50 лет) с вышеуказанными жалобами, но имеющие тяжелые сопутствующие заболевания, которые могут повлиять на результаты лечения (тяжелая сердечная недостаточ-

ность, терминальная стадия почечной недостаточности и т.д.), наличие аллергической реакции на контрастное вещество. Женщинам, которым были выполнены рентгенэндоваскулярные фармако-механические виды эмболизации гонадных вен, все вмешательства проводились под местной анестезией и на первые сутки после операции они выписывались на амбулаторное лечение. Патологически разделены на 4 варианта возникновения варикозного расширения вен малого таза. Первый вариант: варикозное расширение вен таза вызвано недостаточностью яичниковой вены. Они возникают из венозного сплетения яичника и сообщаются с маточным сплетением широкой связкой. Рефлюкс чаще всего поражает левую яичниковую вену и правую внутреннюю подвздошную вену. При данном варианте нами выявлено и выполнено оперативное лечение у 167 женщин. При втором варианте заболевание возникает из-за венозной компрессии подвздошной или левой почечной вены, при синдроме Мэй-Тернера и синдроме Щелкунчика соответственно, нами выявлено и выполнено 7 женщинам. Третий вариант – это варикозное расширение вен вульвы и нижних конечностей тазового происхождения, которое возникает в результате тазовой венозной гипертензии, которая вызывает рефлюкс вниз по течению к ногам и паховой области. Выявлено и выполнены операции с данным вариантом 38 женщинам. Четвертый вариант возникновения варикозного расширения вен малого таза — это гонадные вены имеют обширные коллатеральные сообщения с восходящими поясничными и брюшными венами; крупные забрюшинные aberrантные вены могут дренироваться в яичниковую вену и повышать внутрисосудистое давление – выявлено и выполнено у 9 женщин.

Пациентки с синдромом тазового венозного полнокровия, которым выполнены вмешательства были в возрасте от 25 до 64 лет (средний возраст составил $38 \pm 7,64$ года). Длительность заболевания колебалась от 6 месяцев до 10 лет (в среднем $28 \pm 6,7$ месяцев). У всех женщин, которым

нами была выполнена эндоваскулярная эмболизация, имели в анамнезе 2 и более родов. Всего было выполнено 221 операция (ЭХВ), с применением спиралей и склерозанта в 142 случаях, только механическая эмболизация (спирали, Опух, окклюдеры) в 56 случаях, локальное пункционное склерозирование вен в 16 случаях, стентирование общей подвздошной вены при синдроме Мей-Тернера – 6 и 1 стентирование левой почечной вены. Вмешательства выполняли доступом через плечевую вену/бедренную вену в соотношении 198/23.

Результаты:

Непосредственные технические результаты оценивались по данным контрольной флебографии после завершения эмболизации. Отдаленные клинические результаты были изучены у 215 пациентов (98,3%) в течение 3-12 месяцев. Эмболизацию считали эффективной, когда по данным контрольной флебографии просвет гонадных вен полностью был окклюзирован. Непосредственный ангиографический успех после ЭХВ был достигнут у 100% женщин с синдромом тазового венозного полнокровия. Клинический удовлетворительный результат после ЭХВ был достигнут у 202 (91,4%) из 221 женщины в течение от 1 до 6 месяцев. Отсутствие купирования болевого синдрома после оперативного вмешательства было отмечено у 19 женщин (8,5%). В 20 случаях (9,1%) спустя 10 месяцев и более после проведенной эмболизации гонадных вен возникло возобновление болевого синдрома и рецидив варикозно расширенных вен малого таза, которым повторно была выполнена фармако-механическая эмболизация.

Обсуждение:

Методом выбора в наших наблюдениях была фармако-механическая эмболизация, которая выполнялась в качестве основного оперативного вмешательства всем пациенткам, за исключением патофизиологических особенностей ряда женщин, которым применялась локально фармакологическая или механическая эмболизация. Следует отметить, что практически во всех случаях у наблюдаемых нами пациентов при УЗИ вен малого таза были выявлены варикозно расширенные вены. Поэтому ультразвуковая диагностика синдрома тазового венозного полнокровия является золотым стандартом диагностики данной патологии.

Выводы:

Эмболизация вен малого таза является достаточно безопасным методом лечения. Для эффективного лечения необходимо оценивать все возможные варианты венозного оттока.

Недостаточность яичниковой вены можно лечить с помощью комбинации склеротерапии и спиральной эмболизации, тогда как недостаточность внутренних подвздошных вен безопаснее лечить склеротерапией из-за риска нецелевой эмболизации. Множественные варианты венозной компрессии (синдром Мей-Тернера, синдром Щелкунчика) можно лечить с помощью стентирования. Венозная недостаточность с точками выхода к варикозному расширению вен вульвы или нижних конечностей могут потребовать прямой пункционной склеротерапии.

АКТУАЛЬНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ХВН: НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИ ВАЖНЫЙ КРИТЕРИЙ ПАТОЛОГИИ ВЕН МАЛОГО ТАЗА И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

«Клиника Флебологии и лазерной медицины», Шымкент, Республика Казахстан

Тарара А.Н.

Цель:

Уточнение этиологии и патогенеза развития гемодинамических нарушений в венах малого таза и брюшной полости, приводящих к развитию варикозной болезни вен нижних конечностей.

По сравнению с артериями, стенки вен тоньше и потому более уязвимы к дилатации и деформации. Дистальным сегментом системы нижней полой вены являются венозные сосуды нижних конечностей, состоящие из поверхностных и глубоких вен. В венах есть «створки» – клапаны, функционирование которых выполняет бесперебойное направление тока крови от «периферии» в сторону сердца. Глубокие вены – это крупные сосуды, по которым кровь оттекает от мышц голени и бедер. Поверхностные вены – более мелкие сосуды, которые собирают кровь из подкожно-жировой клетчатки и кожи. Между собой данные сосуды по ходу нижних конечностей имеют сообщение через перфорантные вены, также имеющие клапаны, обеспечивающие движение венозной крови только из поверхностных вен в глубокие. Поверхностные вены представлены двумя подкожными магистральными сосудами – малой подкожной веной (МПВ), впадающей в подколенную вену (ПкВ), и большой подкожной веной (БПВ), впадающей в общую бедренную вену (ОБВ). По притокам БПВ, расположенным в ее проксимальном отделе, венозная кровь оттекает из наружной части половых органов, подкожно-жировой клетчатки нижних отделов передней стенки живота и промежности, ягодицы. Важной особенностью данных притоков БПВ является их взаимосвязь с венами малого таза, в том числе и внутренних половых органов. Варикозная патология (деформация и расширение) подкожных вен нижних конечностей в современном мире – одно из наиболее часто встречающихся заболеваний сосудистого венозного русла, причиной развития которого является «венозный рефлюкс», при этом подкожные вены ног теряют свою способность транспортировать

кровь обратно к сердцу из-за несостоятельности или повреждения клапанов. В результате венозная кровь стагнирует в нижних конечностях, развивается повышение давления в венах (гипертензия) с возникновением характерных для данного заболевания неприятных симптомов. Венозный рефлюкс в области нижних конечностей бывает вертикального и горизонтального типа. Вертикальный рефлюкс представляет собой сброс крови по магистральным подкожным венам и их притокам в дистальном направлении конечности и, как правило, его диагностика не вызывает затруднений. Горизонтальный рефлюкс – сброс крови из глубоких в подкожные венозные сосуды, причина которого кроется в несостоятельности перфорантных вен, именно данный тип рефлюкса – это главная причина появления варикозной болезни вен нижних конечностей. В основе горизонтального типа рефлюкса лежит так называемый синдром «венозной гипертензии» глубоких вен нижних конечностей, вен малого таза, брюшной полости и забрюшинного пространства. Диагностика заболеваний глубоких вен нижних конечностей, провоцирующих повышение венозного давления, проста и доступна: ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗДАС) практически на 100% позволяет установить точный диагноз. В отношении установления причины венозной гипертензии в области вен малого таза, брюшной полости и забрюшинного пространства дела обстоят несколько иначе: наиболее достоверным методом исследования является компьютерная томография с контрастированием, которая хотя относительно и доступна, но имеет ряд особенностей в отношении проведения, включая наличие противопоказаний. Симптомы клинического проявления несостоятельности перфорантных вен нижних конечностей:

- чувство тяжести и усталости в ногах вечером, даже при отсутствии статодинамических физических нагрузок,

- мышечные судороги в области нижних конечностей в ночное время,
- наличие сосудистых звездочек в области нижних конечностей,
- отек мягких тканей в области нижних конечностей,
- трофические изменения в области нижних конечностей со стороны кожных покровов (гиперпигментация) и мягких тканей подкожно-жировой клетчатки (индурация),
- длительно не заживающие вялогранулирующие раны (активные трофические язвы), главным образом в области голени нижних конечностей.

Причина рецидива варикозной болезни вен нижних конечностей после оперативного лечения и/или медикаментозной флебосклеротерапии при предварительном диагностическом выявлении патологии перфорантных вен:

1. Наличие патологии (врожденной аномалии развития, экстравазальной компрессии, внутрисосудистых поражений, в том числе посттромбофлебитического синдрома) глубоких вен нижних конечностей, осложненной повышением венозного давления с горизонтальным типом рефлюкса в области вен нижних конечностей.

2. Наличие патологии (врожденной аномалии развития, экстравазальной компрессии, внутрисосудистых поражений, в том числе посттромбофлебитического синдрома) венозных сосудов системы нижней полой вены в области малого таза, брюшной полости и забрюшинного пространства, осложненной повышением венозного давления с горизонтальным типом рефлюкса в области вен нижних конечностей.

Методы исследования:

Анализ литературы.

Выводы:

Учитывая серьезность указанной выше проблемы на сегодняшний день необходимо расширять знания о патогенетических механизмах развития и прогрессирования варикозной болезни вен в области нижних конечностей с учетом горизонтального типа венозного рефлюкса с усовершенствованием существующих доступных методов диагностики и хирургического лечения, профилактики развития осложнений и рецидивов заболевания.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ РАДИОЛОГИЯ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ, УГРОЖАЮЩЕЙ ПОТЕРЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Национальный научный онкологический центр, Астана, Республика Казахстан

Чиналиев А.М., Султаналиев Т.А., Сагандыков И.Н., Хасенов Д.Т., Алеушинов Р.И.

Актуальность:

Баллонная ангиопластика у пациентов с хронической ишемией, угрожающей потерей конечности, обеспечивает облегчение симптомов и улучшение качества жизни. Достижения в технике и технологиях повысили осуществимость и практичность эндоваскулярного метода лечения, который в настоящее время представляет собой предпочтительный метод реваскуляризации перед хирургическими процедурами во многих центрах по всему миру.

В этом обзоре авторы провели анализ результатов после баллонной ангиопластики у пациентов с хронической ишемией нижних конечностей на базе ТОО «Национальный научный онкологический центр» города Астаны.

Цель:

Анализ результатов баллонной ангиопластики периферических сосудов с клиникой хронической ишемии, угрожающей потерей конечности, в отдаленном периоде

Материалы и методы:

Проведен ретроспективный анализ 160 медицинских карт с последующим анкетированием пациентов.

Пациенты были разделены методом рандомизации на две сопоставимые группы: первая группа (n=80), вторая группа (n=80). В данные выборки включены пациенты после эндоваскулярных баллонных реваскуляризаций пораженных сегментов нижних конечностей. Обработку результатов исследования проводили методами прикладной статистики с использованием MS Excel, IBM SPSS Statistics.

Результаты:

Всем пациентам с хронической ишемией нижней конечности с угрозой потери конечности была выполнена баллонная ангиопластика артерий нижних конечностей с последующим динамическим амбулаторным наблюдением.

В отдаленном периоде 129 (80,6%) пациентов отмечают положительный эффект после баллонной ангиопластики, не требующий повторных госпитализаций и вмешательств, 31 (19,4%) пациент прибег к повторной госпитализации с ампутациями.

Обсуждение:

Учитывая малотравматичность, эффективность, низкий анестезиологический риск, длительность послеоперационной реабилитации и возможные послеоперационные осложнения методом лечения была выбрана баллонная ангиопластика вместо реконструктивной операции. Причиной отрицательных результатов у пациентов являлось отклонение от рекомендаций, прогрессирование основного заболевания.

Выводы:

Баллонная ангиопластика у пациентов с хронической ишемией, угрожающей потерей конечности, является наиболее эффективным среди методов хирургического лечения. Для адекватной оценки эффективности результатов после баллонной ангиопластики требуется более длительный период. Также необходимо амбулаторное наблюдение и лечение основного и сопутствующих заболеваний.

СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ ПО ТРАНСВЕНОЗНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ ВЕН МАЛОГО ТАЗА ПРИ СИНДРОМЕ ТАЗОВОГО ПОЛНОКРОВИЯ

АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова», Алматы, Республика
Казахстан

Қожамқұл Ә.Ж., Жақубаев М.А., Садуақас А.Е., Пазиллов С.Б., Маткеримов А.Ж.,
Шамшиев А.С., Демеуов Т.Н., Маккамов Р.О., Бозбаев О.Ғ., Орақбай Е.Б., Омар І.,
Аппазов Д.М.

Введение:

Тазовое венозное полнокровие – патологическое состояние, связанное с застоем крови в венах малого таза, приводящее к хроническому тазовому болевому синдрому. Заболевание часто встречается у многорожавших женщин 18-50 лет и сопровождается диспареунией, дисменореей и другими симптомами, снижая качество жизни. Диагностика требует междисциплинарного подхода с использованием неинвазивных методов визуализации (УЗИ, КТ, МРТ). Золотым стандартом является транскатетерная венография перед эмболизацией яичниковых вен (ЭЯВ). Эндovasкулярная эмболизация яичниковых вен стала методом выбора, заменив консервативные и хирургические подходы, с высоким техническим успехом (96-100%) и длительным облегчением симптомов у 70-90% пациентов. В работе представлен анализ клинических случаев, подтверждающих эффективность этого метода.

Цель:

Целью данного исследования была оценка эффективности и безопасности эндovasкулярной эмболизации при синдроме тазового полнокровия и варикозном расширении органов малого таза с рефлюксом

Материал и методы:

Исследование проведено среди 17 пациентов, лечившихся в ННЦХ им. А.Н. Сызганова (Алматы) с января 2023 г. по декабрь 2024 г. Все пациенты прошли флебографию и эндovasкулярную эмболизацию гонадных вен. Включены пациентки с тазовой болью (до 6 месяцев) и варикозом вен малого таза диаметром >6 мм, подтвержденным УЗИ и КТ. Исключены пациенты с синдромом Мей-Тернера, синдромом щелкунчика, артериовенозными мальформациями и тромбозами. Оценивались возраст, индекс массы тела, венозный рефлюкс (II-III степень), симптомы (боль, диспареуния, дисменорея). Лечение включало эмболизацию гонадных вен с использованием спиралей и склерозантов. Эффективность оценивалась

по шкале ВАШ (VAS) и УЗДГ, а для оценки боли и качества жизни использовалась визуальная аналоговая шкала (VAS) (0-10). Пациенты наблюдались через 1, 3 дня и 1, 3 месяца.

Результаты:

Семнадцать пациенток были обследованы с использованием тазовой флебографии, из которых 15 (88,24%) прошли эмболизацию тазовых варикозных вен. Наибольшее количество эмболизаций было проведено на левой яичниковой вене (94,12%) и варикозных венах, исходящих из левой почечной вены (88,24%). Медиана показателя по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) после проведения процедуры составила 2, что свидетельствует о высокой эффективности вмешательства и значительном улучшении клинической картины ($p < 0,05$, $p\text{-value: } 0,000061$).

Заключение:

СТВП – распространенная и изнуряющая причина ХТБ с многофакторной этиологией. Диагностика осложняется терминологической неопределенностью и ошибочным восприятием заболевания как психосоматического. Эмболизация гонадных вен заменила хирургическое и медикаментозное лечение, однако отсутствие крупных многоцентровых исследований ограничивает признание состояния. Внедрение классификации SVP обеспечит унификацию терминологии и стандартизацию клинической документации. Специалисты должны участвовать в проспективных исследованиях для оптимизации подходов к лечению.

НАЛОЖЕНИЕ ПОРТОКАВАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА (TIPS) БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ ЙОДСОДЕРЖАЩИХ КОНТРАСТНЫХ ПРЕПАРАТОВ

ГБУЗ Городская клиническая больница №15 им О.М. Филатова, ГКБ им Д.Д. Плетнева,

Москва, Российская Федерация

Джуракулов Ш.Р., Ибрагимов С.А., Фахриев Ж.А.

Актуальность:

Кровотечение из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода при портальной гипертензии является жизнеугрожающим осложнением. Летальность при первом кровотечении достигает до 60%, при последующем эпизоде цифры могут достигать до 90%. Известно, что одним из методов лечения разгрузки портальной гипертензии является наложение порто-кавального анастомоза (TIPS), которое выполняется под контролем рентгеноскопии с введением рентгеноконтрастного препарата. У пациентов, имеющих в анамнезе аллергические реакции на йодсодержащие контрастные препараты или хроническую болезнь почек (ХБП), введение контрастного препарата может усугубить состояние в худшую сторону. Доказано, что использование медицинского углекислого газа (CO₂) в качестве контрастного вещества для визуализации сосудистого русла уменьшает частоту развития острого повреждения почек (ОПП) ввиду отсутствия нефротоксичности, аллергических реакций на этот препарат. Для этих групп пациентов медицинский углекислый газ может стать альтернативой для выполнения оперативного вмешательства.

Цель работы:

Определить клиническую значимость углекислого газа (CO₂) в качестве контрастного вещества для проведения диагностических и лечебных эндоваскулярных вмешательств при лечении портальной гипертензии

Материалы и методы:

Работа выполнена на базе двух московских клиник: ГКБ №57 им. Плетнева Д.Д. и ГКБ №15 им Филатова О.М. Все операции проводились на ангиографе Philips Azurion и Toshiba Infinix.

Всего с 2022 по 2025 годы операция TIPS без применения рентгеноконтрастных препаратов выполнена 25 пациентам в возрасте от 35 до 78 лет (19 мужчин и 6 женщин; средний возраст 50,8±11,5 лет). Во всех случаях диагноз «цирроз печени» устанавливался на основании клинических и лабо-

раторных данных. Оценивали преимущества и недостатки углекислого газа при порторграфии. У 56% (n=14) наблюдались нарушения функции почек (72% ХБП 3-4 ст., 28% ХБП 2 ст.) и 40% (n=10) пациентов не страдали хронической болезнью почек. У одного пациента (4%) были аллергические реакции на контрастное вещество. Всем пациентам интраоперационно выполнялось измерение порто-кавального градиента. Медиана составила 34 ± 8 мм рт.ст. Состояние портальной системы, кава-кавальных и порто-кавальных анастомозов оценивалось методом карбоксипортографии. Оперативное пособие в виде наложения порто-кавальных анастомозов (TIPS) выполнялось во всех случаях. Во время диагностических исследований и эндоваскулярных операций контролировалось артериальное давление, ЭКГ, сатурация кислорода. Все показатели во время и после операции оставались неизменными. Жалоб у больных не было.

Результаты:

Газовая ангиография обеспечила адекватную визуализацию состояния портальной системы во всех случаях. В качестве обезболивающего препарата были использованы промедол и пропофол непосредственно в момент пункции воротной вены.

Выделено 2 группы пациентов:

1-я группа – 21 (84%) пациенту была выполнена операция TIPS без дополнительной эмболизации ВРВ,

2-я группа – 4 (16%) пациентам операция TIPS проведена в сочетании с эмболизацией. В качестве эмболизирующих материалов использовалось спирали AZUR.

Побочное действие в виде болевых реакций при введении газа ни в одном случае не наблюдалось.

Заключение:

Наши исследования показали, что применение медицинского углекислого газа в качестве контрастного препарата при операции TIPS является безопасным методом контрастирования. По качеству визуализации карбоксипортография является реальной альтернативой йодсодержащим контрастным

веществам.

Операция TIPS с применением углекислого газа в качестве контрастного препарата уменьшает почечную нагрузку, особенно у пациентов с нарушением функции почек.

ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ РАДИОЛОГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВОООБРАЗОВАНИЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ У ДЕТЕЙ

КФ «University Medical Center», Астана, Республика Казахстан

Асилов Н.А., Даутов Т.Б., Землянский В.В., Тукинов Р.Я., Догалбаев Е.К., Ген И.Э., Аксултанов Н.А.

Актуальность:

Ангиофиброма носоглотки встречается в 0,05% случаев опухолей головы и шеи, но составляет 53,6% среди опухолей носоглотки и преимущественно поражает детей в возрасте от 1 месяца до 18 лет, что делает раннюю диагностику критически важной для снижения рисков при хирургическом лечении, кровотечений и смертности. Гемангиомы, артериовенозные мальформации являясь наиболее частыми сосудистыми новообразованиями у младенцев, встречаются у 10% новорожденных и могут вызывать широкий спектр клинических проблем. Современные методы лечения, такие как рентгенэндоваскулярные вмешательства, продемонстрировали свою эффективность и открывают новые возможности для успешного лечения всех типов новообразований у детей.

Цель исследования:

Изучить возможности интервенционной радиологии в лечении доброкачественных новообразований головы и шеи в детском возрасте

Материалы и методы исследования:

В отделение интервенционной радиологии КФ «УМС» Центра материнства и детства в период с мая 2021 г. по июнь 2024 г. включительно на стационарное лечение было госпитализировано 25 пациентов с верифицированным диагнозом новообразований головы и шеи. Возраст обследуемых от 1 месяца до 18 лет. Средний возраст пациентов составил $11,3 \pm 6,7$ лет; из них мальчиков – 14 (56%) пациентов, девочек – 11 (44%) пациентов.

Лечение проводилось в рентген-операционной, оборудованной ангиографом. В качестве эмболизата использовались микросферы размерами 500-700, 900-1200 мкм, металлические спирали с микрофибрами и жидкие эмболизирующие агенты на основе тантала.

Общая продолжительность суперселективной эмболизации артерий головы и шеи, время, потраченное на катетеризацию дистальных ветвей, питающих образование, таких как, верхнечелюстных, внутренних и

наружных сонных артерий, составило в среднем 30 минут. Во всех случаях применялся феморальный доступ справа.

Результаты исследования:

Нами были ретроспективно проанализированы результаты эндоваскулярных вмешательств на артериях головы и шеи 25 пациентам. Из них в 7 (28%) случаях была выявлена ангиофиброма носоглотки, у 16 (64%) – гемангиома головы и шеи, у 2 (8%) – лимфангиома. Все случаи были подтверждены гистологическим методом.

Нами было проведено 30 оперативных вмешательств 25 пациентам. Из них 20 пациентов оперированы – 1 раз, 4 пациента – 2 раза, 1 пациент – 3 раза.

Эндоваскулярная эмболизация сосудов – 20 (80%), всем провели суперселективную эмболизацию дистальных ветвей наружной сонной артерии, из них суперселективная эмболизация верхнечелюстной артерии – 8 (40%), суперселективная эмболизация нижнечелюстной артерии – 5 (25%), суперселективная эмболизация височной артерии – 4 (20%), суперселективная эмболизация височной артерии – 3 (15%). Рентгенэндоваскулярная эмболизация гемангиомы волосистой части головы – 5 операций (20%).

В раннем послеоперационном периоде наблюдались у 12 (50%) пациентов незначительные болевые синдромы в области новообразований, все пациенты были выписаны с улучшением.

Также мы выявили главный и значимый фактор, что объем интраоперационной кровопотери с предварительной эмболизацией питающей артерии в среднем сократился до (Vс) 170 мл, а без предварительной эмболизации средний объем кровопотери (Vбез) составлял 1 литр 300 мл.

Исходные размеры образований по данным УЗИ и по данным КТ, МРТ варьировались от 18 до 65 мм ($45,3 \pm 16,7$ мм).

Выводы:

Таким образом, интервенционные вмешательства при доброкачественных новообразованиях головы и шеи у детей демонстрируют высокую эффективность в комплекс-

ном лечении, улучшая результаты операций и способствуя более успешному восстановлению пациентов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ПОЛОЙ ВЕНЫ

«Клиника флебологии и лазерной медицины», ГКП на ПХВ «Областная клиническая больница», Шымкент, Республика Казахстан

Дастанов Д.Р., Келимбетов Р.М.

Пациент, 1980 г.р., поступил на стационарное лечение в отделение хронического гемодиализа (ОИП) в экстренном порядке с жалобами на одышку при малейшей физической нагрузке, кашель, выраженное недомогание, усиленное сердцебиение, эпизоды снижения АД до 90 мм рт.ст., боли и чувство сдавления в грудной клетке, плохой сон из-за вынужденного положения тела (с возвышенной верхней частью туловища), повышение температуры тела в течение длительного времени до 38°C.

Из анамнеза: пациент в течение 5 месяцев получает программный гемодиализ в амбулаторном порядке, периодически поступает в стационар с ухудшением состояния и вышеуказанными жалобами. В течение года в 3-й раз.

При осмотре: общее состояние тяжелое, обусловлено дыхательной недостаточностью, эндогенной интоксикацией за счет ТХПН. Сознание ясное, адекватен при разговоре. Кожные покровы бледные, отмечается акроцианоз. В легких ослабленное везикулярное дыхание, влажные хрипы с обеих сторон. При разговоре одышка усиливается, кашель с мокротой светло-серого оттенка. Объем активных и пассивных движений не ограничен, но пациент отмечает быстрое утомление, выраженную слабость. Отмечается пастозность мягких тканей дистальных отделов конечностей. Чувствительность не нарушена.

В связи с клиникой дыхательной недостаточности, не купируемой после сеансов гемодиализа, эпизодами повышения температуры и кашлем пациент был консультирован пульмонологом. Назначена КТА легких – подтверждена тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии обоих легких, признаки инфаркт-пневмонии верхних отделов обоих легких. Выявлено инородное тело верхней поллой вены и полости сердца. Далее были изучены рентгенограммы и выписки предыдущих поступлений в стационар.

Произведена операция: рентгенэндоваскулярная селективная ангиография и удаление инородного тела (стальной проводник).

Результат:

Пациент продолжил получать лечение по поводу ТХПН, ТЭЛА и инфаркт-пневмонии обоих легких. В динамике отмечено улучшение за счет положительного эффекта от проводимой терапии.

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ АОРТЫ»

ОПЫТ УСПЕШНОГО ПРИМЕНЕНИЯ КАРБОКСИАНГИОГРАФИИ В ХИРУРГИИ АОРТЫ И АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Фокин А.А., Уфимцев М.С., Татаркин Е.В.	2
МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАЗРЫВЕ АНЕВРИЗМЫ ИНФРАРЕНАЛЬНОГО ОТДЕЛА БРЮШНОЙ АОРТЫ С ФОРМИРОВАНИЕМ ИНФИЦИРОВАННОЙ ГЕМАТОМЫ В ЗАБРЮШИННОМ ПРОСТРАНСТВЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ Чиналиев А.М., Султаналиев Т.А., Сагандыков И.Н., Джусубалиев Е.И., Хасенов Д.Т., Сабырұлы Д., Шаймерден Е.М., Қапышев М.С., Алеушинов Р.И., Айтқұл С.Ш.	3
ОТКРЫТЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ АОРТО- МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОМ ПИНЦЕТЕ (СИНДРОМЕ «ЩЕЛКУНЧИКА») Суйнбекова А.С., Абдуллинов А.С., Юсупов А.А.	5
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО И ОТКРЫТОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БИФУРКАЦИОННОГО ПОРАЖЕНИЯ АОРТО- ПОДВЗДОШНОГО СЕГМЕНТА Саая Ш.Б., Гостев А.А., Осипова О.С., Чебан А.В., Стародубцев В.Б., Валиев Э.Л., Игнатенко П.В., Карпенко А.А., Чернявский А.М.	6
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМЫ УСТЬЯ ПРАВОЙ АБЕРРАНТНОЙ АРТЕРИИ И НИСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА ГРУДНОЙ АОРТЫ. ЕДИНЬЙ КАРОТИДНЫЙ СТВОЛ Коспанов Н.А., Маслов Т.В., Төлеген А.И., Мұхамеджан Р.Т., Жәмеш С.Қ., Рамазанова М.Ж.	8
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АОРТО-ПИЩЕВОДНОЙ ФИСТУЛЫ Мухаметкалиев С.С., Диколаев В.Д., Джанпаизов А.Б. Соавторы: Базаров Е.К., Умарбаев А.Ж., Үрістенова А.К., Байметов Ш.Т., Саргалдаков А.Т., Құсайын Ж.А., Алпысов А.А., Абельдинова А.А.	10
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОЙ АОРТЫ С ЭКТОПИЕЙ ПРАВОЙ ПОЧКИ В МАЛЫЙ ТАЗ Коспанов Н.А., Аканов Е.К., Төлеген А.И., Мұхамеджан Р.Т., Абдиримов И.Т.	11
КТ-АОРТОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АОРТАЛЬНОГО СИНДРОМА Даутов Т.Б., Асилов Н.А.	12
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ «ОСТРОЕ РАССЛОЕНИЕ АОРТЫ III ТИПА (ПО DE- BAKEY) С СИНДРОМОМ МАЛЬПЕРФУЗИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, АБДОМИНАЛЬНОЙ ИШЕМИИ» Алпысов А.Ә., Құсайын Ж.Ә., Мухаметкалиев С.С., Смоленский А.В., Диколаев В.Д., Юсупов А.А.	13
ХИРУРГИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ИНФРАРЕНАЛЬНОГО ОТДЕЛА БРЮШНОЙ АОРТЫ. НАШ ОПЫТ Абельдинова Т.А., Мухаметкалиев С.С., Смоленский А.В., Диколаев В.Д.	14

РАЗДЕЛ «ХИРУРГИЯ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ»

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ СОННЫХ И КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ, РЕЗУЛЬТАТЫ И НАШ ОПЫТ ОДНОЭТАПНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	16
Жантурганов М.А., Мадешов Е.К., Конысов А.А., Джумагалиева С.Б., Кадыров Ж.Е., Суесинов И.С., Куандыков Е.А., Акылов А.А., Саникиев К.Б., Арапов М.А., Нурмаганбет А., Насыров Ж.Е., Таскалиев Ш.Б.	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЛАЗНЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ С ВРОЖДЕННОЙ И ПРИОБРЕТЕННОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТЬЮ СОННЫХ АРТЕРИЙ	17
Гавриленко А.В., Абрамян А.В., Лопаткин Е.И.	
СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ СОЧЕТАННОМ ПОРАЖЕНИИ КОРОНАРНОГО И КАРОТИДНОГО БАССЕЙНОВ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ОПЫТА МГБ №2 Г. АСТАНЫ	18
Үрістенова А.Қ, Мухаметкалиев С.С., Диколаев В.Д.	
КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ДЕФОРМАЦИИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ	19
Батрашов В.А., Джумагалиева С.Б., Колесник Д.И., Морозов К.М., Костина Е.В., Салина Б.А., Мадешов Е.К., Конысов М.Н.	
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ИЗВИТОСТЬ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ СТЕНОЗОМ В УСТЬЕ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ	22
Батрашов В.А., Конысов М.Н., Колесник Д.И., Морозов К.М., Костина Е.В., Мадешов Е.К., Джумагалиева С.Б., Салина Б.А., Конысова С.А.	
СПОНТАННАЯ РЕКАНАЛИЗАЦИЯ ОККЛЮЗИИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ): МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?	24
Конысов М.Н., Мадешов Е.К., Джумагалиева С.Б., Салина Б.А., Конысова С.А., Арапов М.О., Нурмаганбет А., Таскалиев Ш.Б., Насыров Ж.Е.	
АНАТОЛИЙ ВЛАДИМИРОВИЧ ПОКРОВСКИЙ И ЕГО ШКОЛА КАРОТИДНОЙ ХИРУРГИИ – ДОСТИЖЕНИЯ КАЗАХСТАНА	25
Султаналиев Т.А., Фокин А.А., Сагандыков И.Н.	
ТАКТИКА ВРЕМЕННОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ	27
Фокин А.А., Макаров А.В., Уфимцев М.С., Рудакова И.Ю., Сафарова З.Ф.	
СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭМБОЛИЗИРУЮЩИХ АГЕНТОВ В СНИЖЕНИИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ КАРОТИДНОЙ ХЕМОДЕКТОМИИ	28
Тулемисов А.К., Султаналиев Т.А., Фурсов А.Б., Землянский В.В., Сагандыков И.Н.	
ОККЛЮЗИЯ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ АРТЕРИИ И СИНДРОМ ОБКРАДЫВАНИЯ: РОЛЬ СОННО-ПОДКЛЮЧИЧНОГО ШУНТИРОВАНИЯ	29
Байметов Ш.Т., Мухаметкалиев С.С., Диколаев В.Д., Смоленский А.В., Ли А.В., Шамұратов И.Қ., Базаров Е.Қ., Умарбаев А.Ж., Үрістенова А.Қ., Құсайын Ж.А., Алпысов А.А., Абельдинова А.А.	

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КРАТКОСРОЧНЫХ И ДОЛГОСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ И СТЕНТИРОВАНИЯ: РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ Садуакас А.Е., Пазиров С.Б., Демеуов Т.Н., Жакубаев М.А., Маткеримов А.Ж., Шамшиев А.С., Маккамов Р.О., Еркинбаев Н.Н.	30
ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТЬЮ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ Юнусов Х.А., Нейматзода О., Авгонов У.М.	31
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ СОННЫХ И КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ, РЕЗУЛЬТАТЫ И НАШ ОПЫТ ОДНОЭТАПНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ Жантурганов М.А., Мадешов Е.К., Конысов А.А., Кадыров Ж.Е., Суесинов И.С., Куандыков Е.А., Акылов А.А., Саникиев К.Б., Арапов М.А., Нурмаганбет А., Насыров Ж.Е., Таскалиев Ш.Б., Джумагалиева С.Б.	32
ХИРУРГИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ	
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОЗА Оразалин Б.Ж., Тамаев Я.М., Жолдасов Д.С.	34
ЯЗВА МАРТОРЕЛЛА: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Коспанов Н.А., Касымбаев Е.Е., Рамазанова М.Ж.	35
ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АНАТОМИИ ПЕЧЕНОЧНЫХ АРТЕРИЙ: ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ (ПО ДАННЫМ КТ-АНГИОГРАФИИ) Тамаев Я.М., Жакиев Б.С., Оразалин Б.Ж., Моор А.А., Абубакиров Р.Е.	36
ЛЕЧЕНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ: СОСУДИСТЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД Коспанов Н.А., Аканов Е.К., Асратов Б.Я., Қалымбетов Б.С., Киргизбаев С.Ж.	37
ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ОПЕРАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ Жакиев Б.С., Жанабаев Б.К., Альмурзаулы Ж., Рысмаханов М.С., Суюндыков Т.С., Абиболла И., Султанов Р.А.	38
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С УГРОЖАЮЩЕЙ ПОТЕРЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ: ОТКРЫТЫЕ, ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ И ГИБРИДНЫЕ МЕТОДЫ Маматкулов М.М., Наумов Н.А., Кожанова А.В.	40
СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОТРЫВА КИСТИ Бекбосынов А.Ж., Калиев Н.М., Карымсаков У.К.	42
ЛАЗЕРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАПИЛЛЯРНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ И ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ Горобцова А.В., Карабекова Р.А., Романов Д.В.	43

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ФОРМИРОВАНИЯ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ Нұрбек Н.Н., Сагиндык Н.Н.	45
ТРАНСЛОКАЦИЯ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ СЛОЖНОГО ДОСТУПА ПРИ ГЕМОДИАЛИЗЕ Коспанов Н.А., Зайналов А.К., Долаев Ж.А., Мұса Ж.	46
ОБОСНОВАНИЕ ПОЭТАПНОЙ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РУДИМЕНТАРНОГО ШЕЙНОГО РЕБРА Рафиев Ф.Р., Камолов А.Н., Солихов Р.Д.	47
НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Асамов Р.Э., Шукуров Б.И., Махмудов Б.Й., Джамалов С.И., Довронов Р.С.	48
МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОСТО-КЛАВИКУЛЯРНОГО СИНДРОМА ФАЛЬКОНЕРА-ВЕДДЕЛЯ Рахронов Ч.А., Неъматзода О., Султанов Д.Д.	49
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСТРАНАТОМИЧЕСКИХ ШУНТИРОВАНИЙ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Маккамов Р.О., Пазилов С.Б., Демеуов Т.Н., Жакубаев М.А., Садуакас А.Е., Маткеримов А.Ж., Шамшиев А.С., Еркинбаев Н.Н.	50
КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАНАХ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Чиналиев А.М., Султаналиев Т.А., Жакиев Б.С., Сапарбаев С.С., Хасенов Д.Т.	51
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА И ЕГО СОПРОВОЖДЕНИЕ ПЕРЕД АРТЕРИАЛЬНЫМИ ОПЕРАЦИЯМИ Головятенко А.С., Келимбетов Р.М.	53
ГИБРИДНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ Вручинский Е.Е., Богославский П.В., Жашкеев А.К., Султанов К.А., Калугин А.В.	55
10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНСТРУМЕНТОВ «ENDORE» КОМПАНИИ «LEMAITRE» ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ С УГРОЗОЙ ПОТЕРИ КОНЕЧНОСТЕЙ Насыров Ж.Е., Мадешов Е.К., Арапов М.А., Джумагалиева С.Б., Кадыров Ж.Е., Суйесинов И.С., Нурмаганбет А., Таскалиев Ш.Б., Конысов М.Н.	57
АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТЕНООККЛЮЗИРУЮЩИХ ПОРАЖЕНИЙ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ: 5 ЛЕТ ОПЫТА КГП «МНОГОПРОФИЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА №2» Г. КАРАГАНДЫ Богославский П.В., Жашкеев А.К., Султанов К.А., Вручинский Е.Е., Калугин А.В., Матжанов Н.О.	59
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН Абдусамадов К.А., Кенчаев С.А.	61

ХИРУРГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕНОЗНОЙ И ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМ

ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОЙ ЛИМФЕДЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ Коспанов Н.А., Асратов Б.Я., Бисембаев И.М., Арапбай А.М.	63
ИЗОЛИРОВАННАЯ ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ КАК САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Абибов С.Я., Алексеев Д.Н.	64
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА Гоибов А.Дж., Собиров С.С., Рафиев Ф.Р.	65
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КОМБИНИРОВАННОЙ МИНИИНВАЗИВНОЙ ФЛЕБЭКТОМИИ И RPR-ТЕРАПИИ ПРИ СОЧЕТАНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ С ГОНАРТРОЗОМ Юнусов Х.А.	66
ОСЛОЖНЕНИЯ И ОШИБКИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ЭВЛО ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Гульмурадов У.Т., Маркин С.С.	67
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ ТРОМБОЛИЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МАССИВНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ У БЕРЕМЕННОЙ В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ Орынгалиева А.Е., Мухаметкалиев С.С., Диколаев В.Д., Юсупов А.А.	68
ОПЫТ ГИБРИДНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ И ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Каражанов Н.А., Бекбосынов А.Ж.	69
СТАТИСТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПРИ ПРОВОДИМОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ЭЛАСТИЧЕСКОЙ КОМПРЕССИЕЙ И НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫМИ ГЕПАРИНАМИ Мухаметова А.А., Бирмагамбетова С.А., Абдуллинов А.С., Юсупов А.А.	70
МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОДКОЖНЫХ И ГЛУБОКИХ ВЕН Атабекова З.Б., Росуховский Д.А.	72
ВЕНОЗНАЯ ГЕМАНГИОМА СВОДА ЧЕРЕПА (ПЕРИКРАНИАЛЬНЫЙ СИНУС) Солиев О.Ф., Султанов Д.Д., Салимов Ф.М.	73
КЛИНИЧЕСКИЕ КЕЙСЫ ЛЕЧЕНИЯ ФЛОТИРУЮЩИХ ТРОМБОЗОВ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ НА ПРИМЕРЕ ТРОМБЭКСТРАКЦИИ И ТРОМБОЛИЗИСНОЙ ТЕРАПИИ Булатов А.А., Абдуллинов А.С., Юсупов А.А.	74
СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ТАЗОВОГО ВЕНОЗНОГО ПОЛНОКРОВИЯ Илиев С.А., Турсынбаев С.Е., Джумабеков А.Т.	75

АКТУАЛЬНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ХВН:
НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ КАК
ДИАГНОСТИЧЕСКИ ВАЖНЫЙ КРИТЕРИЙ ПАТОЛОГИИ ВЕН МАЛОГО ТАЗА И
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

77

Тарара А.Н.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ РАДИОЛОГИЯ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ
С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ, УГРОЖАЮЩЕЙ ПОТЕРЕЙ КОНЕЧНОСТИ
Чиналиев А.М., Султаналиев Т.А., Сагандыков И.Н., Хасенов Д.Т., Алеушинов Р.И.

80

СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ ПО ТРАНСВЕНОЗНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ
ВЕН МАЛОГО ТАЗА ПРИ СИНДРОМЕ ТАЗОВОГО ПОЛНОКРОВИЯ
Қожамқұл Ә.Ж., Жакубаев М.А., Садуақас А.Е., Пазилев С.Б., Маткеримов А.Ж.,
Шамшиев А.С., Демеуов Т.Н., Маккамов Р.О., Бозбаев О.Ғ., Орақбай Е.Б., Омар І.,
Аппазов Д.М.

81

НАЛОЖЕНИЕ ПОРТОКАВАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА (TIPS) БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ
ЙОДСОДЕРЖАЩИХ КОНТРАСТНЫХ ПРЕПАРАТОВ
Джуракулов Ш.Р., Ибрагимов С.А., Фахриев Ж.А.

82

ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ РАДИОЛОГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ
НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ У ДЕТЕЙ
Асиров Н.А., Даутов Т.Б., Землянский В.В., Тукинов Р.Я., Догалбаев Е.К., Тен И.Э.,
Аксултанов Н.А.

84

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ПОЛОЙ ВЕНЫ
Дастанов Д.Р., Келимбетов Р.М.

86