



IV Международный медицинский научно-практический Форум

АНГИОЛОГИЯ: ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСУДОВ И СЕРДЦА ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ КАРДИОЛОГИЯ

**V специализированная выставка
«Уралмедфарм»**

МАТЕРИАЛЫ ФОРУМА

- Программа форума
- Сборник тезисов докладов
- Каталог

**11-13 марта 2015 г.
г. Челябинск**

Организаторы:



Министерство здравоохранения Челябинской области



Южно-Уральский государственный медицинский университет



Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов (Москва)



Евро-Азиатская Ассоциация ангиологов и сосудистых хирургов
(Челябинск)



Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии
(Челябинск)



ООО КВЦ «Урал»

При поддержке:



Законодательное Собрание Челябинской области



Республиканский научно-практический центр «Кардиология» (Минск)



НП «Медицинская Палата Челябинской области»

Генеральные партнеры



Официальные партнеры



Информационные партнеры



Министерство здравоохранения Челябинской области (Челябинск)
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации (Челябинск)
Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов (Москва)
Евро-Азиатская Ассоциация ангиологов и сосудистых хирургов (Челябинск)
Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии (Челябинск)
Конгрессно-выставочный центр «Урал» (Челябинск)

При поддержке:

Законодательного Собрания Челябинской области
Республиканского научно-практического центра «Кардиология»
(Минск, Республика Беларусь)
Некоммерческого Партнерства «Медицинская палата Челябинской области»

**IV Международный медицинский научно-практический Форум
«Ангиология: инновационные технологии в диагностике
и лечении заболеваний сосудов и сердца.
Интервенционная кардиология»**

V специализированная выставка «УралМедФарм»

МАТЕРИАЛЫ ФОРУМА

Программа
Сборник тезисов докладов
Каталог

Челябинск, 2015

УДК 616.1(063)
ББК 54.10
Т 66

Редакционный совет

А.А. Фокин, д.м.н. профессор, зав. кафедрой хирургии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, президент Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов; **С.В. Королёв**, главный кардиолог Министерства здравоохранения Челябинской области, главный врач ГБУЗ «Челябинский областной кардиологический диспансер», **О.П. Лукин**, д.м.н., главный врач ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения России (г. Челябинск).

Т 66

IV Международный медицинский научно-практический Форум «Ангиология: инновационные технологии в диагностике и лечении заболеваний сосудов. Интервенционная кардиология»: Материалы форума: Программа. Каталог. Сборник тезисов докладов / Конгрессно-выставочный центр «Урал» (Челябинск). – Челябинск : Издательство «ТИТУЛ», 2015. – 150 с.

ISBN 978-5-9906415-3-2

В сборнике представлены тезисы докладов и каталог участников IV Международного медицинского научно-практического Форума «Ангиология: инновационные технологии в диагностике и лечении заболеваний сосудов. Интервенционная кардиология» (11-13 марта 2015 г., г. Челябинск) на русском языке. В программе Форума состоялись: пленарное заседание «Пути развития современных технологий сердечно-сосудистой медицины в России и за рубежом»; симпозиум компании «Бёрингер». «Новые пероральные антикоагулянты в решении проблемы венозных тромбозомболических осложнений»; научно-практическая конференция «Проблемы современной флебологии»; IV Ежегодная Ассамблея Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов «Диагностика и лечение заболеваний сосудов»; симпозиум компании «Байер»; научно-практическая конференция «Пути снижения операционного риска в хирургии аорты и магистральных артерий»; научно-практическая конференция «Малоинвазивные методы в сердечно-сосудистой хирургии»; Научно-практическая конференция «Современные российские и европейские рекомендации, посвященные диагностике и лечению артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и хронической сердечной недостаточности»; Дискуссионный круглый стол «Анализ алгоритмов ведения больных на различных этапах оказания кардиологической помощи»; демонстрационный мастер-класс: «Лечение варикозной болезни с использованием радиального лазера под УЗИ контролем и местной (туминесцентной) анестезией без разрезов»; выставка «УралМедФарм».

Участники Форума – руководители здравоохранения и главные специалисты лечебных учреждений, ведущие ученые и специалисты медицинских вузов и НИИ, практические врачи в области сердечно-сосудистой хирургии, ангиохирургии, рентгенохирургии, нейрохирургии, терапевты, кардиологи, неврологи, врачи службы скорой помощи и общей практики из регионов России, СНГ и дальнего зарубежья, а также производители медицинского оборудования и продукции медицинского назначения.

УДК 616.1(063)
ББК 54.10

ISBN 978-5-9906415-3-2

© Издательство «ТИТУЛ», 2015
© ООО Конгрессно-выставочный центр
«Урал», 2015



ЖУРАВЛЕВ А.Л.,
Заместитель председателя
Законодательного Собрания Челябинской области,
заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук

Дорогие друзья!

От имени депутатов комитета Законодательного Собрания по социальной политике примите слова приветствия и пожелания плодотворной работы всем организаторам и участникам IV Международного медицинского научно-практического форума «Ангиология: инновационные технологии в диагностике и лечении заболеваний сосудов и сердца. Интервенционная кардиология».

Мероприятие проходит в 2015 год, объявленный Президентом Российской Федерации В.В. Путиным, Национальным годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которые являются наиболее актуальной проблемой здравоохранения большинства стран мира. Экспертами Всемирной Организации здравоохранения прогнозируется дальнейший рост сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, как в развитых, так и развивающихся странах мира.

Ваш форум, ставший уже традиционным, и объединивший врачей, организаторов здравоохранения и ученых, является знаковым событием в жизни медицинской общественности Южного Урала. Выражаю уверенность, что работа форума будет направлена на определение конкретных мер по реализации тех серьезных задач, которые стоят перед здравоохранением Челябинской области, а предложения и рекомендации, выработанные на форуме, найдут свое применение на практике.

Мы высоко ценим людей интеллектуального труда, тех, кто генерирует перспективные идеи и претворяет их в жизнь. Желаю Вам крепкого здоровья, неиссякаемой энергии, творческих и жизненных сил, счастья, благополучия и дальнейших успехов в профессиональной деятельности.

А.Л. Журавлев



КРЕМЛЕВ С.Л.,
Министр здравоохранения Челябинской области,
доктор медицинских наук, профессор

Президент Российской Федерации В.В. Путин объявил 2015 год Национальным годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В связи с этим проведение ежегодного IV Международного медицинского научно-практического Форума «Ангиология: инновационные технологии в диагностике и лечении заболеваний сосудов и сердца. Интервенционная кардиология» приобрело особое значение.

Форум является итогом совместной работы Министерства здравоохранения Челябинской области, ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Челябинск), Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов (г. Москва), Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии (г. Челябинск), Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов (г. Челябинск), Министерства здравоохранения Республики Беларусь, РНПЦ «Кардиология» (г. Минск, Республика Беларусь), Представительства Президента Российской Федерации по Уральскому федеральному округу, НП «Медицинская палата Челябинской области», Конгрессно-выставочного центра «Урал».

Перед здравоохранением Российской Федерации стоит глобальная задача – сохранить 60 тысяч жизней наших соотечественников. Это касается в первую очередь, сердечно-сосудистых заболеваний, выполнение которой невозможно без проведения и внедрения в жизнь и клиническую практику новых знаний, новых современных медицинских технологий. Большое значение имеет обмен опытом между медицинскими научными центрами, высшими медицинскими учебными заведениями, медицинскими организациями, представителями органов исполнительной власти и производителями медицинского оборудования и лекарственных препаратов.

Выражаю уверенность, что участие в работе Форума будет полезным и интересным.

С.Л. Кремлев



ГАБИНСКИЙ Я.Л.,
главный кардиолог города Екатеринбурга,
директор ГБУЗ Свердловской области
«Уральский институт кардиологии»,
Заслуженный врач России, академик РАН,
доктор медицинских наук, профессор

Уважаемые коллеги!

Трудно переоценить значимость ставшего уже традиционным и проводимого в прекрасном городе Челябинске Форума «Ангиология: инновационные технологии в диагностике и лечении заболеваний сосудов и сердца. Интервенционная кардиология». Челябинск славится высоким профессиональным уровнем своих врачей-кардиологов, а традиционный форум славен тем, что на нем собираются лучшие ученые России.

Ежегодно в России от сердечно-сосудистых заболеваний умирает более 1 млн. человек. Высокая смертность лиц трудоспособного возраста отражается на демографических показателях страны и имеет огромное медико-социальное и экономическое значение.

Патогенетической основой развития сердечно-сосудистых заболеваний являются артериальная гипертония, атеросклероз, тромбоз, поражение сосудистой системы, метаболические нарушения, которые, несмотря на определенные достигнутые успехи в диагностике и лечении, остаются фундаментальной проблемой в кардиологии. Поэтому основные усилия науки в области кардиологии должны быть направлены на дальнейшее изучение механизмов развития сердечно-сосудистых заболеваний и создание новых методов диагностики и лечения на основе современных технологических решений. Этому и посвящены вопросы, обсуждаемые на данном форуме.

Проводимые в рамках форума симпозиумы и научно-практические конференции позволят обсудить вопросы разработки и внедрения в клиническую практику новых методов диагностики и лечения, направленных на раннее выявление сердечно-сосудистых заболеваний, их своевременное лечение и вторичную профилактику, а также раннюю и максимально полную реабилитацию после различных сердечно-сосудистых катастроф и вмешательств.

Желаю всем участникам форума плодотворной работы и получения новых знаний, которые смогут быть использованы для нашей самой главной цели врача – сохранения жизни и улучшения качества жизни пациентов!

Я.Л. Габинский



ДОЛГУШИН И.И.,
ректор ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный
медицинский университет» Минздрава РФ,
Заслуженный деятель науки РФ,
Член-корреспондент РАН,
доктор медицинских наук, профессор

Уважаемые участники
Международного медицинского Форума
«Ангиология: инновационные технологии в диагностике
и лечении заболеваний сосудов. Интервенционная кардиология»!

Поздравляю Вас с проведением этого традиционного, но по-прежнему яркого и все более значительного события для практического здравоохранения и медицинской науки Челябинска и Челябинской области, Урала и Российской Федерации.

Проведение такого масштабного мероприятия с участием многочисленных известных российских специалистов и зарубежных гостей стало возможным благодаря тесному взаимодействию федеральных властных структур, администрации Челябинской области, общественных медицинских организаций (прежде всего Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов). Проведение Форума способствует инновационному развитию технологий диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний и прежде всего инфаркта миокарда, инсульта, эмболии легочной артерии, аневризм, нарушений сердечного ритма, гангрены конечностей. На выставке Вы увидите новейшее медицинское оборудование и новые, активно внедряющиеся в рутинную практику, медикаменты. Сегодня, когда обеспечение здравоохранения России квалифицированными медицинскими кадрами является одним из важнейших государственных приоритетов в сфере здравоохранения, такие мероприятия являются важным звеном последипломной подготовки. Форум организован так, что в рамках единой тематики лечения сердечно-сосудистых заболеваний, интересное и полезное для себя найдут врачи различных специальностей и профилей. Особый интерес, обсуждаемые на Форуме вопросы, должны вызвать у тех, кто только начал свой профессиональный путь и стремится стать хорошим современным врачом.

Желаю всем успешной творческой работы в дни Форума!

И.И. Долгушин



ЯНУШКО В.А.,
главный сосудистый хирург Министерства
здравоохранения Республики Беларусь,
заместитель директора по хирургии
ГУ РНПЦ «Кардиология»,
Президент Белорусской ассоциации ангиологов и со-
судистых хирургов, доктор медицинских наук,
профессор, академик АМН РБ

Уважаемые организаторы и участники Форума, приветствую Вас со, ставшим уже традиционным, ежегодным медицинским Форумом на южноуральской земле. Принципиально хочу отметить важность и необходимость проведения таких мероприятий. Они не только обогащают нас знаниями, но и позволяют передать друг другу накопленный опыт, сдвинуть с места устоявшиеся в виде «клеше» позиции по лечению «не курабельных» пациентов.

Ежегодно приезжая сюда из Республики Беларусь мы привозим с собой для обсуждения наиболее острые темы для дискуссии. Всякий раз, отрадно видеть с какой быстротой и интересом многие из обсуждаемых идей принимаются на вооружение в клиниках Челябинска и области.

Это касается и гибридных технологий по лечению многоуровневых поражений магистральных артерий нижних конечностей и аневризм дуги аорты, лечения генерализованного атеросклероза и венозного тромбоэмболизма. На прошлогоднем Форуме мы были приятно удивлены результатами опыта лечения вышеперечисленных патологий уже в условиях ваших клиник.

Продолжая эту традицию, в этом году мы предложили провести мастер-класс по эндовазальной лазерной облитерации варикозных вен нижних конечностей.

В связи с этим искренне приглашаем всех гостей на данное мероприятие. Новые лазерные технологии с использованием ультразвука позволяют выполнять коррекцию вертикального рефлюкса по подкожным венам без единого разреза, и не нуждаются в проведении специальной анестезии. Пациент в идеале не нуждается в госпитализации и у него полностью сохранена трудоспособность даже в день оперативного вмешательства.

В.А. Янушко



**ФОКИН А.А.,
Заслуженный врач России,
Президент Евро-Азиатской Ассоциации сосудистых
хирургов и ангиологов,
доктор медицинских наук, профессор**

Глубокоуважаемые коллеги!
Дорогие друзья! Многочисленные гости!

Традиционный IV Международного медицинский Форум «Ангиология: инновационные технологии в диагностике и лечении заболеваний сосудов. Интервенционная кардиология» вновь гостеприимно встречает Вас в Столице Южного Урала – Челябинске.

Прошло три года с момента первого проведения этого мероприятия. Сформировался круг постоянных участников и постоянно расширяется круг вовлеченных в обсуждение широкого круга наших профессиональных вопросов.

Идеологией Форумов с самого начала было вовлечение в работу обширной когорты специалистов с разных позиций и с разными возможностями занимающихся лечением заболеваний сосудов и сердца. Накопились реальные результаты наших встреч. Нет способов подсчитать дружбу, возникшую здесь в Челябинске и продолжившуюся дальше по жизни. В существующих условиях особое значение приобретает обсуждение новых медикаментов и инвазивных средств диагностики и лечения, позволяющих достигать высокого эффекта с низкой вероятностью осложнений и побочных эффектов.

Со времени организации нашей первой встречи основной идеологией Форума была идея о постоянном повышении качества лечения с одновременным уменьшением его риска. Нашей настойчивости, профессионализма, креативности хватит для реализации поставленных целей.

Желаю всем успешной плодотворной работы, здоровья и личного счастья!

А.А. Фокин

Հայաստանի Հանրապետություն

Երևանի քաղաքապետարանի
Առողջապահության և
Սոցիալական Պաշտպանության
Վարչություն

«Նորք – Մարաշ» Բժշկական
Կենտրոն



Республика Армения

Мэрия г. Еревана
Управление Здравоохранением
и Социальной Защиты

Медицинский Центр

ՀՀ, ք. Երևան, Նորք
Ա. Արմենակյան 13
Հեռ. 65 09 71; 65 09 80
Ֆաքս (37410) 65 38 69 կամ
65 05 60

РА, г. Ереван, Норк
ул. А. Арменакяна 13
Тел: 65 09 71; 65 09 80
Факс: (37410) 65 38 69
или 65 05 60

Участникам IV Международного
медицинского научно-практического Форума
«Ангиология: инновационные технологии
в диагностике и лечении заболеваний сосудов и сердца.
Интервенционная кардиология»

Уважаемые коллеги!

Открываемый IV Международный медицинский научно-практический Форум «Ангиология: инновационные технологии в диагностике и лечении заболеваний сосудов и сердца. Интервенционная кардиология» наряду с другими республиканскими форумами врачей и ученых, создает новые возможности для взаимодействия и обмена опытом между специалистами, дает мощный стимул для совершенствования и разработки новых медицинских технологий, способствует улучшению качества и доступности оказания медицинской помощи населению наших стран.

На сегодняшний день сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смертности во всем мире. В этом году президент Российской Федерации В. В. Путин объявил 2015 год Национальным годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, объединив для решения этой проблемы усилия медицинских работников, представителей культуры, образования, средств массовой информации, общественных и спортивных организаций.

Выражаю надежду, что научно-практический Форум станет крупным событием в профессиональной жизни кардиологов.

От души желаю всем участникам плодотворной работы и запоминающегося общения!

Благополучия и здоровья всей команде IV Международного медицинского научно-практического форума.

Директор МЦНМ Мурадян Лида .Карповна





Кардиохирургический Центр НОРК-МАРАШ



Директор МЦНМ Мурадян Лидя Карповна



**Овагимян Грайр (Акоп) Саакович, США.
Ведущий кардиохирург
Медицинского центра «Норк-Мараш»**





ХУТОРЯН Л.М.,
директор ООО КВЦ «Урал»

Уважаемые участники Форума!

В четвертый раз в Челябинске проводится Международный медицинский научно-практический Форум «Ангиология: инновационные технологии в диагностике и лечении заболеваний сосудов и сердца. Интервенционная кардиология» и V специализированная выставка «Уралмедфарм».

Актуальность тематики Форума обусловлена не только широкой распространенностью и высокой социальной значимостью сердечно-сосудистых заболеваний, но и новыми перспективами, которые открывает модернизация здравоохранения в нашей стране. Форум, в рамках которого, по установившейся уже традиции, на междисциплинарной основе будут обсуждаться современные подходы к диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний, имеет все основания стать значимым событием в жизни научно-медицинского сообщества.

Позвольте выразить слова благодарности всем участникам и партнерам, кто принял от нас приглашение поддержать своим участием IV Международный медицинский Форум «Ангиология: инновационные технологии в диагностике и лечении заболеваний сосудов и сердца. Интервенционная кардиология».

В научно-деловой программе Форума примут участие ведущие зарубежные специалисты из 9 стран: Россия, Армения, Беларусь, Грузия, Израиль, Казахстан, Молдова, Узбекистан, Турция.

Всего в Форуме заявили свое участие больше 100 организаций: НИИ, ВУЗы, Специализированные Ассоциации и Центры, ФОМС, Лечебные учреждения, предприятия – производители продукции медицинского назначения и лекарственных препаратов и др. участники из 35 городов России.

Надеюсь, что наш Форум предоставит для вас возможность получить новые знания и расширить уровень профессиональной компетенции, познакомиться с достижениями передовых российских медицинских научных центров и приобщиться к зарубежному опыту.

Хочется верить, что Форум, посвященный проблемам диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний, становится уже традиционным для Челябинска и ежегодно будет привлекать внимание широкого круга специалистов.

Желаю всем участникам Форума здоровья, успешной работы и профессионального роста!

Л.М. Хуторян

СОДЕРЖАНИЕ

IV Международный медицинский научно-практический Форум «Ангиология: инновационные технологии в диагностике и лечении заболеваний сосудов и сердца. Интервенционная кардиология».	
ПРОГРАММА.....	14
Пленарное заседание «Пути развития современных технологий сердечно-сосудистой медицины в России и за рубежом» (11 марта 2015 г.)	16
Симпозиум компании «Бёрингер». «Новые пероральные антикоагулянты в решении проблемы венозных тромбоэмболических осложнений» (11 марта 2015 г.)	18
Научно-практическая конференция «Проблемы современной флебологии» (12 марта 2015 г.)	20
IV Ежегодная Ассамблея Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов «Диагностика и лечение заболеваний сосудов и сердца» (12 марта 2015 г.)	22
Симпозиум компании «Байер» (12 марта 2015 г.)	22
Научно-практическая конференция «Пути снижения операционного риска в хирургии аорты и магистральных артерий» (12 марта 2015 г.)	23
Научно-практическая конференция «Малоинвазивные методы в сердечно-сосудистой хирургии» (12 марта 2015 г.)	24
Научно-практическая конференция «Современные российские и европейские рекомендации, посвященные диагностике и лечению артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и хронической сердечной недостаточности» (12 марта 2015 г.)	26
Дискуссионный круглый стол «Анализ алгоритмов ведения больных на различных этапах оказания кардиологической помощи» (12 марта 2015 г.)	28
Демонстрационный мастер-класс: «Лечение варикозной болезни с использованием радиального лазера под УЗИ контролем и местной (туминесцентной) анестезией без разрезов». Организация видео трансляции в зал заседания Форума (зал № 2) из операционных ГБУЗ ОКБ № 1 (г. Челябинск) (13 марта 2015 г.)	29
Научно-практическая конференция «Пути снижения операционного риска в хирургии аорты и магистральных артерий» (13 марта 2015 г.)	30
Список участников форума.....	32
Сборник докладов	37
Каталог участников выставки.....	135

IV Международный медицинский научно-практический Форум

**АНГИОЛОГИЯ: ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСУДОВ.
ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ КАРДИОЛОГИЯ**

11-13 марта 2015 г.

г. Челябинск

ПРОГРАММА ФОРУМА

IV Международный медицинский научно-практический форум
«АНГИОЛОГИЯ: ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСУДОВ И СЕРДЦА.
ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ КАРДИОЛОГИЯ»

г. Челябинск
отель Radisson Blu, ул. Труда, 179

11-13 марта 2015 г.

ПРОГРАММА

10 марта

13.00-19.00 Заезд участников Форума и выставки (отель Radisson Blu, ул. Труда 179)

11 марта – 1-ый день работы Форума

9.00-10.00 Пресс-конференция, посвященная проведению IV Международного медицинского форума «Ангиология: инновационные технологии в диагностике и лечении заболеваний сосудов и сердца. Интервенционная кардиология».

9.00-9.50 Регистрация участников Форума и выставки
(фойе зала «Galaxi», отель Radisson Blu, ул. Труда 179)

10.00-10.30 Церемония официального открытия Форума (фойе зала «Galaxi»)

Осмотр официальной делегацией выставки «УралМедФарм»
(Зал № 3 «Galaxi»)

Приветственное слово:

- Журавлев Александр Леонидович, заместитель председателя Законодательного Собрания Челябинской области, заслуженный врач Российской Федерации, к.м.н.
- Кремлев Сергей Леонидович, Министр здравоохранения Челябинской области, заслуженный врач России, профессор, д.м.н.
- Долгушин Илья Ильич, ректор ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, член-корреспондент Российской академии наук, профессор, д.м.н., г. Челябинск
- Фокин Алексей Анатольевич, заведующий кафедрой хирургии ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Президент Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, профессор, д.м.н., г. Челябинск
- Королев Сергей Владимирович, главный врач ГБУЗ «Челябинский областной кардиологический диспансер», главный внештатный кардиолог Минздрава Челябинской области
- Лукин Олег Павлович, главный врач ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения РФ, д.м.н., г. Челябинск
- Хуторян Лариса Михайловна, директор Конгрессно-выставочного центра «Урал»

10.30-13.20 Пленарное заседание (первая часть)
«ПУТИ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ МЕДИЦИНЫ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ»
(Зал № 1 «Galaxi»)

13.20-14.00 Перерыв

- 14.00-15.05** **Симпозиум компании «Бёрингер»**
«Новые пероральные антикоагулянты в решении проблемы венозных тром-
боэмболических осложнений» (Зал № 1 «Galaxi»)
- 15.05-17.35** **Продолжение пленарного заседания** (Зал № 1 «Galaxi»)
- 18.00** Окончание работы 1-го дня Форума
- 12 марта – 2-ой день работы Форума**
- 9.00-10.00** Регистрация участников Научно-практических конференций
(фойе зала «Galaxi», отель Radisson Blu)
- 9.00** **Начало работы выставки «УралМедФарм»** (Зал № 3 «Galaxi»)
- 10.00-13.00** **Научно-практическая конференция**
«Проблемы современной флебологии» (Зал № 2 «Galaxi»)
- 10.00-15.20** **Научно-практическая конференция**
«Малоинвазивные методы в сердечно-сосудистой хирургии»
(Зал № 4, 2-ой этаж, отель Radisson Blu)
- 11.00-16.20** **Научно-практическая конференция**
«Современные российские и европейские рекомендации, посвященные диа-
гностике и лечению артериальной гипертензии, ишемической болезни серд-
ца и хронической сердечной недостаточности»
(Зал № 1 «Galaxi»)
- 13.00-13.40** Перерыв
- 13.40-14.20** **IV Ежегодная Ассамблея Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосу-
дистых хирургов «Диагностика и лечение заболеваний сосудов»**
(Зал № 2 «Galaxi»)
- 14.20-15.20** **Симпозиум компании «Байер»** (Зал № 2 «Galaxi»)
- 15.30-17.15** **Научно-практическая конференция**
«Пути снижения операционного риска в хирургии аорты и магистральных
артерий» (Зал № 2 «Galaxi»)
- 16.20-17.00** **Дискуссионный круглый стол**
«Анализ алгоритмов ведения больных на различных этапах оказания кар-
диологической помощи» (Зал № 1 «Galaxi»)
- 17.30** Окончание работы выставки (Зал № 3 «Galaxi»)
- 13 марта – 3-ий день работы Форума**
- 10.00-13.10** **Демонстрационный мастер-класс:** «Лечение варикозной болезни с исполь-
зованием радиального лазера под УЗИ контролем и местной (туминисцент-
ной) анестезией без разрезов»
*Организация видео трансляции в зал заседания Форума из операционных
ГБУЗ ОКБ № 1 (г. Челябинск)
(Зал № 1 «Galaxi»)*
- 13.10-14.00** Перерыв
- 14.00-17.20** **Научно-практическая конференция**
«Пути снижения операционного риска в хирургии аорты и магистральных
артерий» (Зал № 1 «Galaxi»)
- 17.00** **Закрытие выставки «УралМедФарм»**

Пленарное заседание

ПУТИ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ МЕДИЦИНЫ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ

11 марта 2015 г.

Отель Radisson Blu, ул. Труда, 179

10.30, Зал № 1 «Galaxi»

Председатель:

- Кириенко А.И.** – академик РАН, заведующий кафедрой факультетской хирургии № 1 лечебного факультета, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Член Президиума Всероссийского Общества хирургов и Общества ангиологов и сосудистых хирургов России, Исполнительный директор Ассоциации флебологов России, г. Москва

Сопредседатели:

- Журавлев А.Л.** – заместитель председателя Законодательного Собрания Челябинской области, к.м.н., г. Челябинск
- Янушко В.А.** – главный сосудистый хирург Министерства здравоохранения Республики Беларусь, заместитель директора по хирургии Государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», академик Академии медицинских наук Республики Беларусь, президент Белорусской ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, профессор, д.м.н., г. Минск, Республика Беларусь
- Фокин А.А.** – заведующий кафедрой хирургии ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Президент Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, профессор, д.м.н., г. Челябинск
- Лукин О.П.** – главный врач ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения РФ, член Европейской Ассоциации кардио-торакальных хирургов, член Ассоциации сердечно-сосудистых и эндоваскулярных хирургов России, д.м.н., г. Челябинск
- Королев С.В.** – главный кардиолог Министерства здравоохранения Челябинской области, главный врач ГУЗ «Челябинский областной кардиологический диспансер», г. Челябинск

1. **Гипертония и атеросклероз: основные причины сосудистой коморбидности.**
Оганов Р.Г., главный научный сотрудник, академик РАН, ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава РФ, профессор, д.м.н., г. Москва.
2. **Варикозная болезнь – практики флеболога. Результаты программы «Спектор».**
Кириенко А.И., академик РАН, заведующий кафедрой факультетской хирургии № 1 лечебного факультета, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Член Президиума Всероссийского Общества хирургов и Общества ангиологов и сосудистых хирургов России, Исполнительный директор Ассоциации флебологов России, г. Москва.
3. **Состояние кардиологической помощи в Уральском федеральном округе.**
Габинский Я.Л., директор ГБУЗ Свердловской области «Научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи «Уральский институт кардиологии», главный кардиолог города Екатеринбурга, Заслуженный врач России, академик РАН, вице-президент Российского кардиологического общества, профессор, д.м.н., г. Екатеринбург.
4. **Острый коронарный синдром – возможности оказания интервенционной кардиологической помощи в региональном сосудистом центре.**
Идов Э.М., руководитель Свердловского областного Центра сердца и сосудов ГБУЗ Свердловской области «Свердловская областная клиническая больница № 1», заведующий кафедрой сердечно-сосудистой хирургии ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Минздрава России, профессор, д.м.н., г. Екатеринбург.
5. **Состояние коронарной хирургии в Челябинской области.**
Лукин О.П., главный внештатный кардиохирург Челябинской области, главный врач ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии», д.м.н., г. Челябинск.

12.00 – 12.10 Перерыв

6. **Хирургическое лечение генерализованной атеросклеротической болезни.**
Янушко В.А., главный сосудистый хирург Министерства здравоохранения Республики Беларусь, заместитель директора по хирургии ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», академик Академии медицинских наук Республики Беларусь, президент Белорусской ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, профессор д.м.н., г. Минск, Республика Беларусь.
7. **История и современный статус коронарного синуса в лечении рефракторной ишемии миокарда.**
Плих М.Б., интервенционный кардиолог, основатель отделения инвазивной кардиологии при больнице «Зив» в Цфате, профессор, д.м.н., Израиль.
8. **Ткане-инженерные сосудистые протезы нового поколения.**
Карпенко А.А., руководитель Центра сосудистой и гибридной хирургии, заведующий кардиохирургическим отделением сосудистой патологии и гибридных технологий ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина», профессор, д.м.н., г. Новосибирск.

13.20 – 14.00 Перерыв

СИМПОЗИУМ КОМПАНИИ «БЁРИНГЕР»
**Новые пероральные антикоагулянты в решении
проблемы венозных тромбозных осложнений**

14.00 – 15.05

Модераторы:

- Карпенко А.А.** – руководитель Центра сосудистой и гибридной хирургии, заведующий кардиохирургическим отделением сосудистой патологии и гибридных технологий ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина», профессор, д.м.н., г. Новосибирск
- Фокин А.А.** – заведующий кафедрой хирургии ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, президент Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, профессор, д.м.н., г. Челябинск

9. Проблема венозных тромбозов в медицине XXI века.

Фокин А.А., заведующий кафедрой хирургии ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Президент Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, профессор, д.м.н., г. Челябинск.

10. Дабигатрана этексилат как инструмент тромбопрофилактики в ортопедической хирургии.

Копенкин С.С., доцент кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова, к.м.н., г. Москва.

11. Дабигатрана этексилат в схеме лечения венозных тромбозов.

Беленцов С.М., сосудистый хирург, флеболог, врач-консультант медицинского центра «АнгиоЛайн», специалист по сердечно-сосудистой хирургии, лечению варикозной болезни, врач высшей категории, профессор, д.м.н., г. Екатеринбург.

12. Длительность антикоагулянтной терапии как краеугольный камень вторичной профилактики венозных тромбозов.

Сапелкин С.В., старший научный сотрудник отделения хирургии сосудов «Институт хирургии им. А.В. Вишневского», д.м.н., г. Москва.

15.05 Продолжение пленарного заседания

13. Инновационные подходы к фармакотерапии декомпенсированной сердечной недостаточности.

Шалаев С.В., главный кардиолог Уральского федерального округа, главный кардиолог Тюменской области, руководитель Областного кардиологического диспансера ГБУЗ Тюменской области «ОКБ № 1», заведующий кафедрой ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия», профессор, д.м.н., г. Тюмень.

14. Трансплантация органов в АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии»: опыт, проблемы и перспективы развития.

Куттымуратов Г.М., главный специалист отделения трансплантации органов, АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии», г. Астана, Казахстан.

15.35 – 15.40 Перерыв

- 15. Лечение многоэтажных поражений артерий при критической ишемии нижних конечностей.**
Кипиани В.Г., руководитель Департамента эндоваскулярной хирургии Грузинского Центра Заболеваний Сосудов и Сердца, к.м.н., г. Тбилиси, Грузия.
- 16. Кардиохирургический центр НОРК-МАРАШ – 20-летний опыт работы.**
Багдасарян Д.К., кардиохирург, Кардиохирургический центр НОРК-МАРАШ, г. Ереван, Армения.
- 17. Методы и результаты лечения больных с сердечно-сосудистой патологией.**
Айдын Йылдырым, профессор Стамбульского Научно-исследовательского института торакальной и сердечно-сосудистой хирургии имени Мехмета Акифа Эрсоя, Турция.
- 18. Новые возможности диагностики и лечения тромбоэмболии лёгочной артерии.**
Шапошник И.И., главный кардиолог г. Челябинска, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, профессор, д.м.н., г. Челябинск.
- 19. Профилактика тромбоэмболии легочной артерии.**
Плечев В.В., «Республиканский Центр сердечно-сосудистой хирургии», главный ангиокардиохирург Башкирии, профессор, д.м.н., г. Уфа, Республика Башкирия.
- 20. Оказание медицинской помощи в Турции пациентам иностранных государств.**
Огузхан Кайа, уполномоченный в области оздоровительного туризма, координатор, Министерство здравоохранения Турецкой Республики, агентство государственных больниц Турции, г. Стамбул, Турция.
- 21. Управление качеством оказания медицинской помощи и уменьшение риска инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Высокотехнологичные методы.**
Попова Т.А., врач, менеджер по продукту отдела больничной гигиены и дезинфекции ЗАО «Эколаб», г. Санкт-Петербург.

**Научно-практическая конференция
ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ФЛЕБОЛОГИИ**

12 марта 2015 г.

10.00 – 13.00

Модераторы:

- Владимирский В.В.** – главный сосудистый хирург Министерства здравоохранения Челябинской области, заведующий отделением сосудистой хирургии ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», д.м.н., г. Челябинск
- Фокин А.А.** – заведующий кафедрой хирургии ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Президент Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, профессор, д.м.н., г. Челябинск
- Турлюк Д.В.** – ведущий научный сотрудник лаборатории хирургии сосудов Республиканского научно-практического центра «Кардиология», к.м.н., г. Минск, Республика Беларусь

- 1. Реализация проекта АФР (Ассоциация флебологов России) – территория безопасности.**
Кириенко А.И., академик РАН, заведующий кафедрой факультетской хирургии № 1 лечебного факультета, «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова», Член Президиума Всероссийского Общества хирургов и Общества ангиологов и сосудистых хирургов России, Исполнительный директор Ассоциации флебологов России, г. Москва.
- 2. Организация оказания флебологической помощи в Республике Беларусь.**
Янушко В.А., главный сосудистый хирург Минздрава Республики Беларусь, заместитель директора по хирургии ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», академик Академии медицинских наук Республики Беларусь, президент Белорусской ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, профессор, д.м.н., г. Минск, Республика Беларусь.
- 3. Детралекс и склеротерапия – друзья или враги.**
Богачев В.Ю., руководитель отдела ангиологии и сосудистой хирургии, «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова», профессор, д.м.н., г. Москва.
- 4. С 1 класс хронических заболеваний вен: современные возможности улучшения результатов лечения.**
Беленцов С.М., сосудистый хирург, флеболог, врач-консультант медицинского центра «АнгиоЛайн», специалист по сердечно-сосудистой хирургии, лечению варикозной болезни, врач высшей категории, д.м.н., г. Екатеринбург.
- 5. Выбор оптимальных параметров эндовенозной лазерной облитерации при варикозной болезни.**
Михайличенко М.В., аспирант кафедры сердечно-сосудистой хирургии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования», г. Москва.

6. **Тромбоэмболия легочных артерий: диагностические и лечебные подходы.**
Леонтьев С.Г., доцент кафедры факультетской хирургии Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова, к.м.н., г. Москва.
7. **Лечение осложненного тромбоза глубоких вен в Республике Беларусь (венозная флегмазия, флотирующий тромбоз).**
Турлюк Д.В., ведущий научный сотрудник лаборатории хирургии сосудов ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», академик Академии медицинских наук Республики Беларусь, к.м.н., г. Минск, Республика Беларусь.
8. **Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при современном мини-инвазивном хирургическом лечении варикозной болезни.**
Беленцов С.М., сосудистый хирург, флеболог, врач-консультант медицинского центра «АнгиоЛайн», специалист по сердечно-сосудистой хирургии, лечению варикозной болезни, врач высшей категории, д.м.н., г. Екатеринбург.
9. **Возможности эндовенозной лазерной коагуляции длиной волны 1560 нм в хирургическом лечении варикозной болезни нижних конечностей в системе малой подкожной вены.**
Роговой Н.А., врач-ангиохирург отделения сосудистой хирургии Городской клинической больницы № 4, г. Минск, Республика Беларусь.
10. **Особенности профилактики и лечения ВТЭО у неврологических больных.**
Кузнецов М.Р., Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, профессор, д.м.н., г. Москва.

12.00 – 12.10 Перерыв

11. **Оптимизация методов консервативного лечения пациентов с посттромботической болезнью нижних конечностей.**
Кривошеков Е.П., академик Академии медико-технических наук РФ, кафедра хирургии ГБОУ ВПО «Самарский медицинский университет», ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. Середавина» № 8, профессор, д.м.н., г. Самара.
12. **Эндовенозная лазерная коагуляция подкожных вен нижних конечностей в комплексном лечении варикозной болезни.**
Климчук И.П., заведующий отделением сосудистой хирургии Городской клинической больницы № 4, к.м.н., г. Минск, Республика Беларусь.
13. **Термокоагуляция телеангиоэктазий: первый опыт применения нового метода.**
Беленцов С.М., сосудистый хирург, флеболог, врач-консультант медицинского центра «АнгиоЛайн», специалист по сердечно-сосудистой хирургии, лечению варикозной болезни, врач высшей категории, профессор, д.м.н., г. Екатеринбург.
14. **Варианты тромболиза в лечении глубоких вен нижних конечностей.**
Сонькин И.Н., заведующий отделением, сердечно-сосудистый хирург высшей категории, Дорожная клиническая больница ОАО «РЖД», к.м.н., г. Санкт-Петербург.
15. **Тромбовазим как эффективное средство в комплексной терапии хронической венозной недостаточности.**
Зудин А.М., сердечно-сосудистый хирург, профессор кафедры госпитальной хирургии медицинского факультета РУДН, главный кардиолог, Дорожная клиническая больница ОАО «РЖД», д.м.н., г. Санкт-Петербург.

13.00 – 13.40 Перерыв

IV Ежегодная Ассамблея Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов
и сосудистых хирургов

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСУДОВ

13.40 – 14.20

Председатели:

Кириенко А.И. – академик РАН, заведующий кафедрой факультетской хирургии № 1 лечебного факультета, «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», г. Москва

Фокин А.А. – Президент Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, заведующий кафедрой хирургии ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор, д.м.н., г. Челябинск.

1. Отчет об итогах работы Ассоциации за 2014 год.

Борсук Д.А., исполнительный директор Евро-Азиатской ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, к.м.н., г. Челябинск

2. Актовая речь «Сосудистая хирургия – путь из Свердловска в Екатеринбург».

Бурлева Е.П., кафедра общей хирургии ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Минздрава России, профессор, д.м.н., г. Екатеринбург.

14.20 – 15.20

СИМПОЗИУМ КОМПАНИИ «БАЙЕР»

Модераторы:

Фокин А.А. – заведующий кафедрой хирургии ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Президент Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, профессор, д.м.н., г. Челябинск

Бурлева Е.П. – кафедра общей хирургии ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Минздрава России, профессор, д.м.н., г. Екатеринбург

1. Венозные тромбозы и тромбоэмболические осложнения. Роль и место новых оральных антикоагулянтов.

Фокин А.А., заведующий кафедрой хирургии ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Президент Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, профессор, д.м.н., г. Челябинск.

2. Актуальные вопросы безопасности антикоагулянтной терапии при лечении ВТЭ (венозной тромбоэмболии).

Бурлева Е.П., кафедра общей хирургии ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Минздрава России, профессор, д.м.н., г. Екатеринбург.

3. Опыт применения ривороксабана для лечения и профилактики ТГВ (тромбоза глубоких вен).

Кривощев Е.П., академик Академии медико-технических наук РФ, кафедра хирургии ГБОУ ВПО «Самарский медицинский университет», ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. Середавина» № 8, профессор, д.м.н., г. Самара.

4. Тактика длительной антикоагулянтной терапии при венозном тромбозе. Разбор клинических случаев.

Верейна Н.К., кафедра факультетской терапии ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, руководитель городского центра патологии гемостаза, профессор, д.м.н., г. Челябинск.

15.20 – 15.30 Перерыв

Научно-практическая конференция

**ПУТИ СНИЖЕНИЯ ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА В ХИРУРГИИ АОРТЫ
И МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ**

15.30 – 17.15

Модераторы:

Кривошеков Е.П. – академик Академии медико-технических наук РФ, кафедра хирургии ГБОУ ВПО «Самарский медицинский университет», ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. Середавина» № 8, профессор, д.м.н., г. Самара

Фокин А.А. – заведующий кафедрой хирургии ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Президент Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, профессор, д.м.н., г. Челябинск

Янушко В.А. – главный сосудистый хирург Министерства здравоохранения Республики Беларусь, заместитель директора по хирургии ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», академик Академии медицинских наук Республики Беларусь, президент Белорусской ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, профессор, д.м.н., г. Минск, Республика Беларусь

1. Внедрение гибридных и эндоваскулярных вмешательств при критической ишемии нижних конечностей.

Каримов Ш.И., ректор Ташкентской медицинской академии, профессор, д.м.н., г. Ташкент, Узбекистан.

2. Фармакологическое прекондиционирование при хирургическом лечении хронической сосудисто-мозговой недостаточности.

Кузнецов М.Р., Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, профессор, д.м.н., г. Москва.

3. Ценность церебральной оксиметрии при операциях на сонных артериях.

Борсук Д.А., директор Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, к.м.н., г. Челябинск.

4. 7-летний опыт эндопротезирования аневризм брюшной аорты.

Чупин А.В., руководитель Центра сосудистой хирургии, ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий России», г. Москва.

5. **Тактика хирургического лечения атеросклеротических экстракраниальных многосудистых поражений ветвей дуги аорты.**
Фокин А.А., заведующий кафедрой хирургии ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Президент Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, профессор, д.м.н., г. Челябинск.
6. **Эндоваскулярное лечение артериовенозных фистул головного мозга.**
Акшулаков С.К., Председатель правления АО «Национальный центр нейрохирургии», член-корреспондент Национальной академии, профессор, д.м.н., г. Астана, Казахстан.
7. **Опыт лечения при сочетанном поражении коронарных и каротидных артерий.**
Каримов Ш.И., ректор Ташкентской медицинской академии, профессор, д.м.н., г. Ташкент, Узбекистан.

Научно-практическая конференция

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

12 марта 2015 года

10.00 – 15.20

Модераторы:

- Лукин О.П.** – главный врач ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава РФ, д.м.н., г. Челябинск
- Козлов С.В.** – заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения медицинского объединения «Новая больница» Государственная клиническая больница № 33, к.м.н., г. Екатеринбург
- Серажитдинов А.С.** – заведующий кардиохирургическим отделением ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», к.м.н., г. Челябинск

1. **Наш опыт миниинвазивной хирургии клапанов сердца.**
Чернов И.И., заместитель главного врача по хирургической помощи, ФГБУ Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии Минздрава РФ, к.м.н., г. Астрахань.
2. **Гибридная хирургия аневризмы аорты.**
Гапонов Д.П., врач по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению, ФГБУ Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии Минздрава РФ, г. Астрахань.
3. **Малоинвазивные технологии в аритмологии.**
Крапоткин Е.Б., врач-аритмолог, ФГБУ Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии Минздрава РФ, г. Красноярск.
4. **Современные транскатетерные технологии. Перспективы развития в России.**
Кретов Е.И., ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина» Минздрава РФ, научный сотрудник, к.м.н., г. Новосибирск

11.20 – 11.40 Перерыв

5. **Сравнительные возможности эндоваскулярной и «открытой» кардиохирургии в патологии сердца.**
Пискунов С.А., заведующий отделением ФГБУ Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии Минздрава РФ, г. Челябинск.
6. **Малоинвазивные вмешательства в коррекции аритмологических проблем.**
Шугаев П.Л., заведующий кардиохирургическим отделением № 3 ФГБУ Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии Минздрава РФ, к.м.н., г. Челябинск.
7. **Бифуркационные чрескожные коронарные вмешательства у пациентов с острым коронарным синдромом.**
Козлов С.В., заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения медицинского объединения «Новая больница» Государственная клиническая больница № 33, к.м.н., г. Екатеринбург.
8. **Опыт эндоскопического забора шунтов в коронарной хирургии.**
Андреевских С.И., ФГБУ Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии Минздрава РФ, к.м.н., г. Челябинск.

13.00 – 13.40 Перерыв

9. **Хирургическое лечение ишемической болезни на работающем сердце.**
Кондрашев К.В., заведующий кардиохирургическим отделением № 2 ГБУЗ Свердловская областная больница № 1, г. Екатеринбург.
10. **Проведение чрескожных коронарных вмешательств у пациентов с инфарктом миокарда через 6F диагностический катетер.**
Козлов С.В., заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения медицинского объединения «Новая больница» Государственная клиническая больница № 33, к.м.н., г. Екатеринбург.
11. **Использование лучевой артерии для доступа при чрескожных коронарных вмешательствах у пациентов с острым коронарным синдромом.**
Мамыкин И.А., врач отделения ангиографии и рентгенохирургии АНО «Центральная медико-санитарная часть», г. Магнитогорск.
12. **Динамика обеспеченности высокотехнологичной медицинской помощью по профилю ФЦ ССХ в Челябинской области.**
Белова С.А., заведующая организационно-методическим отделом, ФГБУ Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии Минздрава РФ, г. Челябинск.
13. **Периоперационное ведение пациентов кардиохирургического профиля (при поддержке компании «Пфайзер»).**
Моисеева О.М., ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова», профессор, д.м.н., г. Санкт-Петербург.

Научно-практическая конференция

**СОВРЕМЕННЫЕ РОССИЙСКИЕ И ЕВРОПЕЙСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ,
ПОСВЯЩЕННЫЕ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ,
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

12 марта 2015 г.

11.00 – 16.20

Модераторы:

- Королев С.В.** – главный кардиолог Министерства здравоохранения Челябинской области, главный врач Челябинского областного кардиологического диспансера, г. Челябинск
- Котовская Ю.В.** – кафедра пропедевтики внутренних болезней медицинского института «Российский университет дружбы народов», профессор, д.м.н., г. Москва
- Моисеева О.М.** – ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова», профессор, д.м.н., г. Санкт-Петербург
- Шалаев С.В.** – главный кардиолог Уральского федерального округа, главный кардиолог Тюменской области, руководитель Областного кардиологического диспансера ГБУЗ Тюменской области «ОКБ № 1», заведующий кафедрой ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия», профессор, д.м.н., г. Тюмень
- Шапошник И.И.** – главный кардиолог г. Челябинска, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, профессор, д.м.н., г. Челябинск

- 1. Оказание помощи больным острым коронарным синдромом в Челябинской области.**
Королев С.В., главный кардиолог Министерства здравоохранения Челябинской области, главный врач Челябинского областного кардиологического диспансера, г. Челябинск.
- 2. Роль ремоделирования сосудистого русла в поражении органов-мишеней при артериальной гипертензии. Возможности терапевтического воздействия.**
Котовская Ю.В., кафедра пропедевтики внутренних болезней медицинского института «Российский университет дружбы народов», профессор, д.м.н., г. Москва.

12.20 – 12.30 Перерыв

- 3. Итоги 3-летней работы Дорожной клинической больницы на ст. Челябинск ОАО «РЖД» по острому коронарному синдрому.**
Фокин А.А., заведующий кафедрой хирургии ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Президент Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, профессор, д.м.н., г. Челябинск.
- Москвичева М.Г.**, проректор ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, профессор, д.м.н., г. Челябинск.

Киреев К.А., врач-хирург отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД», ассистент кафедры хирургии ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, к.м.н., г. Челябинск.

4. Антитромботическое сопровождение чрескожных коронарных вмешательств у больных инфарктом миокарда с подъемами ST.

Шалаев С.В., главный кардиолог Уральского федерального округа, главный кардиолог Тюменской области, руководитель Областного кардиологического диспансера ГБУЗ Тюменской области «Областная клиническая больница № 1», заведующий кафедрой ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия», профессор, д.м.н., г. Тюмень.

5. Волновые процессы в сердечно-сосудистой системе в критических состояниях.

Астахов А.А., кафедра анестезиологии и реанимации ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, профессор, д.м.н., г. Челябинск.

13.20 – 14.00 Перерыв

6. Особенности проявлений дисциркуляторной энцефалопатии при хронической сердечной недостаточности с сохраненной и сниженной систолической функцией.

Алехин Д.И., клиника ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, д.м.н., г. Челябинск.

7. Периоперационное ведение пациентов кардиохирургического профиля (при поддержке компании «Пфайзер»).

Моисеева О.М., ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова», профессор, д.м.н., г. Санкт-Петербург.

8. Вторичная профилактика после перенесенного острого коронарного синдрома.

Шахнович Р.М., ведущий научный сотрудник отдела неотложной кардиологии Института клинической кардиологии имени А.Л. Мясникова «Российский кардиологический научно-производственный комплекс», д.м.н., г. Москва.

9. Мавр сделал свое дело и умывает руки...

Гричук Е.А., Центр сердца и сосудов, Областная клиническая больница № 1, к.м.н., г. Екатеринбург.

10. Роль качественных и доступных дженериков в приверженности к терапии у пациентов, перенесших сердечно-сосудистые события.

Александрова Е.Н., Дистрикт-менеджер ООО «КРКА ФАРМА», г. Истра Московской области.

15.35 – 15.45 Перерыв

11. Место ритмокардиографии высокого разрешения на АПК «КАПК-РК-01-«Микор» в системе ранней реабилитации кардиологических пациентов на базе специализированного реабилитационного центра «Озеро Чусовское».

Клубникина Л.Ю., врач-реабилитолог, ГАУЗ Свердловской области Областной специализированный центр медицинской реабилитации «Озеро Чусовское», г. Екатеринбург.

12. Динамика тромбоцитарного звена гемостаза крови в зависимости от степени физической нагрузки в процессе ранней реабилитации у мужчин после острого инфаркта миокарда.

Мелкозерова Н.Ю., начальник лаборатории, ГАУЗ Свердловской области Областной специализированный центр медицинской реабилитации «Озеро Чусовское», г. Екатеринбург.

13. Избранные вопросы диспансерного наблюдения за больными с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Левашов С.Ю., кафедра терапии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Председатель Правления Челябинской областной общественной организации врачей кардиологов и функциональных диагностов, профессор, д.м.н., г. Челябинск.

Дискуссионный круглый стол

**АНАЛИЗ АЛГОРИТМОВ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ
ОКАЗАНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

16.20 – 17.00

Модераторы:

- Королев С.В.** – главный кардиолог Министерства здравоохранения Челябинской области, главный врач Челябинского областного кардиологического диспансера, г. Челябинск
- Моисеева О.М.** – ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова», профессор, д.м.н., г. Санкт-Петербург
- Левашов С.Ю.** – кафедра терапии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Председатель Правления Челябинской областной общественной организации врачей кардиологов и функциональных диагностов, профессор, д.м.н., г. Челябинск
- Шапошник И.И.** – главный кардиолог г. Челябинска, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, профессор, д.м.н., г. Челябинск

Демонстрационный мастер-класс

**ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАДИАЛЬНОГО
ЛАЗЕРА ПОД УЗИ КОНТРОЛЕМ И МЕСТНОЙ (ТУМИНИСЦЕНТНОЙ)
АНЕСТЕЗИЕЙ БЕЗ РАЗРЕЗОВ**

**Организация видео трансляции в зал заседания Форума (зал № 1)
из операционных ГБУЗ ОКБ № 1 (г. Челябинск)**

13 марта 2015 года

10.00 – 13.10

Модераторы:

- Янушко В.А.** – главный сосудистый хирург Министерства здравоохранения Республики Беларусь, заместитель директора по хирургии ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», академик Академии медицинских наук Республики Беларусь, президент Белорусской ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, профессор, д.м.н., г. Минск, Республика Беларусь
- Владимирский В.В.** – главный сосудистый хирург Министерства здравоохранения Челябинской области, заведующий отделением сосудистой хирургии ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», д.м.н., г. Челябинск

Операцию проводят:

Турлюк Д.В., ведущий научный сотрудник лаборатории хирургии сосудов Республиканского научно-практического центра «Кардиология», к.м.н., г. Минск, Республика Беларусь.

Климчук И.П., заведующий отделением сосудистой хирургии Городской клинической больницы № 4, к.м.н., г. Минск, Республика Беларусь.

Царькова И.В., врач-сосудистый хирург, отделение сосудистой хирургии ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», г. Челябинск.

Клинический процесс организуют:

Владимирский В.В., главный сосудистый хирург Министерства здравоохранения Челябинской области, заведующий отделением сосудистой хирургии ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», д.м.н., г. Челябинск.

Бабкин Е.В., врач-сосудистый хирург, отделение сосудистой хирургии ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», к.м.н., г. Челябинск.

Для проведения операции используется оборудование компании «ФОТЭК» – производителя электрохирургического и кавитационного ультразвукового медицинского оборудования и медицинского инструмента (Республика Беларусь)

13.00 – 13.10

Экономическая эффективность технологии эндовазальной лазерной деструкции.
Полумисков Ю.Ю., управляющий, ЗАО «ФОТЭК», г. Минск, Республика Беларусь.

13.10 – 14.00 Перерыв

Научно-практическая конференция

**ПУТИ СНИЖЕНИЯ ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА В ХИРУРГИИ АОРТЫ
И МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ**

14.00 – 17.20

- 1. Результаты хирургического лечения больных сочетанным поражением сонных артерий.**
Кривощекоев Е.П., академик Академии медико-технических наук РФ, кафедра хирургии ГБОУ ВПО «Самарский медицинский университет», ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. Середавина» № 8, профессор, д.м.н., г. Самара.
- 2. Двухэтапное эндоваскулярное лечение тотальных хронических окклюзий при билатеральных поражениях почечных артерий.**
Карев А.В., кафедра госпитальной хирургии № 1 Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова, Областная клиническая больница, профессор, д.м.н., г. Санкт-Петербург.
- 3. Каротидная эндартерэктомия при двусторонних стенозах сонных артерий у больных с высокими факторами риска.**
Сагандыков И.Н., заведующий отделением сосудистой хирургии АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии», г. Астана, Казахстан.
- 4. Интервенционные вмешательства при критической ишемии. Опыт применения устройств для механической тромбинтизмэктомии.**
Землянский В.В., рентгенхирург АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии», г. Астана, Казахстан.
- 5. Безопасность хирургического лечения двусторонних поражений сонных артерий у пациентов старше 70 лет.**
Алехин Д.И., клиника ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, д.м.н., г. Челябинск.
- 6. Особенности проявлений дисциркуляторной энцефалопатии при хронической сердечной недостаточности с сохраненной и сниженной систолической функцией.**
Шестакова М.В., врач-невролог, клиника ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, г. Челябинск.
- 7. Эндовидеохирургическое лечение опухолей надпочечников.**
Каримов Ш.И., ректор, «Ташкентская медицинская академия», профессор, д.м.н., г. Ташкент, Узбекистан.
- 8. Формирование длительного сосудистого доступа у больных на программном диализе.**
Землянский А.В., рентгенхирург, АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии», г. Астана, Казахстан.
- 9. Клинический случай хирургического лечения аневризмы внутренней сонной артерии с патологической извитостью.**
Сулейменов С.С., сосудистый хирург отделения сосудистой хирургии Акционерного общества «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии», г. Астана, Казахстан.
- 10. Лечение тромбоэмболии легочной артерии в условиях сосудистого центра.**
Руденко Н.А., сердечно-сосудистый хирург ГБУ «Курганская областная клиническая больница», г. Курган.

- 11. Ретинальный и орбитальный кровоток у пациентов с субклиническим атеросклерозом.**
Аджемян Н.А., врач-офтальмолог ФГБУ «Медицинский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава РФ, г. Москва.
- 12. Эндопротезирование абдоминальной аорты как профилактика неотложных и критических состояний: ближайшие результаты.**
Барышников А.А., сердечно-сосудистый хирург ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», г. Челябинск.
- 13. Гибридный подход криваскуляризации нижних конечностей при критической ишемии.**
Курьянов П.С., сердечно-сосудистый хирург Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Городская больница № 14, Центр спасения конечностей, г. Санкт-Петербург.

Список участников Форума

Аджемян Наринэ Альбертовна, врач-офтальмолог ФГБУ «Медицинский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава РФ. г. Москва

Айдын Йылдырым, профессор Стамбульского научно-исследовательского института торакальной и сердечно-сосудистой хирургии имени Мехмета Акифа Эрсоя, Турция

Акшулаков Серик Куандыкович, Председатель правления АО «Национальный центр нейрохирургии», член-корреспондент Национальной академии, профессор, д.м.н., г. Астана, Казахстан

Александрова Елена Николаевна, Дистрикт-менеджер ООО «КРКА ФАРМА», г. Истра Московской области

Алехин Дмитрий Иванович, клиника ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, д.м.н., г. Челябинск

Андриевских Станислав Игоревич, ФГБУ «ФЦССХ» Министерства здравоохранения РФ, к.м.н., г. Челябинск

Астахов Арнольд Алексеевич, кафедра анестезиологии и реанимации ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, профессор, д.м.н., г. Челябинск

Багдасарян Давид Каренович, кардиохирург, Кардиохирургический центр НОРК-МАРАШ, г. Ереван, Армения

Барышников Алексей Алексеевич, сердечно-сосудистый хирург ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», г. Челябинск

Беленцов Сергей Михайлович, сосудистый хирург, флеболог, врач-консультант медицинского центра «АнгиоЛайн», специалист по сердечно-сосудистой хирургии, лечению варикозной болезни, врач высшей категории, д.м.н., г. Екатеринбург

Белова Светлана Александровна, заведующая организационно-методическим отделом, ФГБУ Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии Министерства здравоохранения РФ, г. Челябинск

Богачев Вадим Юрьевич, руководитель отдела ангиологии и сосудистой хирургии, «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова», профессор, д.м.н., г. Москва

Борсук Денис Александрович, директор Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, к.м.н., г. Челябинск

Бурлева Елена Павловна, кафедра общей хирургии УГМА, профессор, д.м.н., г. Екатеринбург

Верейна Наталья Константиновна, кафедра факультетской терапии, Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, руководитель городского центра патологии гемостаза, профессор, д.м.н., г. Челябинск

Габинский Ян Львович, директор ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии», главный кардиолог города Екатеринбурга, академик РАН, профессор, д.м.н., г. Екатеринбург

Гапонов Дмитрий Прохорович, врач по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению, ФГБУ Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии Министерства здравоохранения РФ, г. Астрахань

Гричук Елена Анатольевна, Центр сердца и сосудов, Областная клиническая больница № 1, к.м.н., г. Екатеринбург.

Землянский Виктор Викторович, рентгенхирург АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии», г. Астана, Казахстан

Зудин Алексей Михайлович, сердечно-сосудистый хирург, профессор кафедры госпитальной хирургии медицинского факультета РУДН, главный кардиолог, Дорожная клиническая больница ОАО «РЖД», д.м.н., г. Санкт-Петербург

Идов Эдуард Михайлович, главный сердечно-сосудистый хирург УрФО, руководитель Свердловского областного Центра сердца и сосудов ГУЗ «СОКБ №1», член-корреспондент РАН, профессор, д.м.н., г. Екатеринбург

Карев Андрей Владимирович, кафедра госпитальной хирургии № 1 Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова, Областная клиническая больница, профессор, д.м.н., г. Санкт-Петербург

Каримов Шавкат Ибрагимович, ректор Ташкентской медицинской академии, профессор, д.м.н., г. Ташкент, Узбекистан

Карпенко Андрей Анатольевич, руководитель Центра сосудистой и гибридной хирургии, заведующий кардиохирургическим отделением сосудистой патологии и гибридных технологий, Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н.Мешалкина, профессор, д.м.н., г. Новосибирск

Кипиани Вахтанг Георгиевич, руководитель Департамента эндоваскулярной хирургии Грузинского Центра Заболеваний Сосудов и Сердца, к.м.н., г. Тбилиси, Грузия

Киреев Константин Александрович, врач-хирург отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «Российские железные дороги», ассистент кафедры хирургии ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, к.м.н., г. Челябинск

Кириенко Александр Иванович, академик, профессор кафедры факультетской хирургии Российского государственного медицинского университета Росздрава, член-корреспондент РАН, Российский Национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.Пирогова, г. Москва

Климчук Иван Петрович, заведующий отделением сосудистой хирургии Городской клинической больницы № 4, к.м.н., г. Минск, Беларусь

Клубника Людмила Юрьевна, врач-реабилитолог, ГАУЗ Свердловской области Областной специализированный центр медицинской реабилитации «Озеро Чусовское», г. Екатеринбург.

Козлов Сергей Владимирович, заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения медицинского объединения «Новая больница» Государственная клиническая больница № 33, к.м.н., г. Екатеринбург

Кондрашев Константин Валентинович, заведующий кардиохирургическим отделением № 2 ГБУЗ Свердловская областная больница № 1, г. Екатеринбург

Копенкин Сергей Семенович, доцент кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, к.м.н., г. Москва

Королев Сергей Владимирович, главный кардиолог Министерства здравоохранения Челябинской области, главный врач Челябинского областного кардиологического диспансера, г. Челябинск

Котовская Юлия Викторовна, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней РУДН, профессор кафедры кардиологии и клинической фармакологии Факультета повышения квалификации медицинских работников РУДН, д.м.н., г. Москва

Крапоткин Евгений Борисович, врач-аритмолог, ФГБУ Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии Министерства здравоохранения РФ, г. Красноярск

Кретов Евгений Иванович, ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина» Минздрава РФ, научный сотрудник, к.м.н., г. Новосибирск

Кривошеков Евгений Петрович, академик Академии медико-технических наук РФ, кафедра хирургии ГБОУ ВПО «Самарский медицинский университет», ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. Середавина» № 8, профессор, д.м.н., г. Самара

Кузнецов Максим Робертович, профессор Российской национальной исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, д.м.н., г. Москва

Курьянов Павел Сергеевич, сердечно-сосудистый хирург Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Городская больница № 14, Центр спасения конечностей, г. Санкт-Петербург

Куттымуратов Гани Муратович, главный специалист отделения трансплантации органов АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии», г. Астана, Казахстан

Левашов Сергей Юрьевич, кафедра терапии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Председатель Правления Челябинской областной общественной организации врачей кардиологов и функциональных диагностов, профессор, д.м.н., г. Челябинск

Леонтьев Станислав Геннадьевич, доцент кафедры факультетской хирургии Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова, к.м.н., г. Москва

Лукин Олег Павлович, главный внештатный кардиохирург Челябинской области, главный врач ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии», д.м.н., г. Челябинск

Мамыкин Иван Алексеевич, врач отделения ангиографии и рентгенохирургии АНО «Центральная медико-санитарная часть», г. Магнитогорск

Мелкозерова Наталья Юрьевна, начальник лаборатории, ГАУЗ Свердловской области Областной специализированный центр медицинской реабилитации «Озеро Чусовское», г. Екатеринбург

Михайличенко Максим Владимирович, аспирант кафедры сердечно-сосудистой хирургии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования», г. Москва

Моисеева Ольга Михайловна, ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова», профессор, д.м.н., г. Санкт-Петербург

Москвичева Марина Геннадьевна, проректор ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, профессор, д.м.н., г. Челябинск

Оганов Рафаэль Гегамович, главный научный сотрудник, академик РАН, ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава РФ, профессор, д.м.н., г. Москва

Огузхан Кайа, уполномоченный в области оздоровительного туризма, координатор, Министерство здравоохранения Турецкой Республики, агентство государственных больниц Турции, г. Стамбул, Турция

Плих Михаил Борисович, интервенционный кардиолог, основатель отделения инвазивной кардиологии при больнице «Зив» в Цфате, профессор, д.м.н., Израиль

Плечев Владимир Вячеславович, Республиканский Центр сердечно-сосудистой хирургии, главный ангио-кардиохирург Башкирии, профессор, д.м.н., г. Уфа, Башкирия

Пискунов Сергей Анатольевич, заведующий отделением ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения РФ, г. Челябинск

Полумисков Юрий Юрьевич, управляющий, ЗАО «ФОТЭК», г. Минск, Республика Беларусь

Попова Татьяна Анатольевна, врач, менеджер по продукту отдела больничной гигиены и дезинфекции ЗАО «Эколаб», г. Санкт-Петербург

Роговой Николай Александрович, врач-ангиохирург отделения сосудистой хирургии Городской клинической больницы № 4, г. Минск, Республика Беларусь

Руденко Николай Андреевич, сердечно-сосудистый хирург ГБУ «Курганская областная клиническая больница», г. Курган

Сагандыков Ирлан Нигметжанович, заведующий отделением сосудистой хирургии АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии», г. Астана, Казахстан

Сапелкин Сергей Викторович, старший научный сотрудник отделения хирургии сосудов «Институт хирургии им. А.В. Вишневского», д.м.н., г. Москва

Сонькин Игорь Николаевич, заведующий отделением, сердечно-сосудистый хирург высшей категории, Дорожная клиническая больница ОАО «РЖД», к.м.н., г. Санкт-Петербург

Сулейменов Серик Сарсенканович, сосудистый хирург отделения сосудистой хирургии АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии», г. Астана, Казахстан

Турлюк Дмитрий Викторович, ведущий научный сотрудник лаборатории хирургии сосудов ГУ РНПЦ «Кардиология», академик Академии медицинских наук Республики Беларусь, к.м.н., г. Минск, Республика Беларусь

Фокин Алексей Анатольевич, президент Евро-Азиатской Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, заведующий кафедрой хирургии, Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, профессор, д.м.н., г. Челябинск

Чернов Игорь Ионович, заместитель главного врача по хирургической помощи, ФГБУ Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии Министерства здравоохранения РФ, к.м.н., г. Астрахань

Чупин Андрей Валерьевич, руководитель Центра сосудистой хирургии, ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий России», г. Москва.

Шалаев Сергей Васильевич, главный кардиолог Уральского федерального округа, главный кардиолог Тюменской области, руководитель Областного кардиологического диспансера ГБУЗ Тюменской области «Областная клиническая больница № 1», заведующий кафедрой ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия», профессор, д.м.н., г. Тюмень

Шапошник Игорь Иосифович, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, профессор, д.м.н., г. Челябинск

Шахнович Роман Михайлович, ведущий научный сотрудник отдела неотложной кардиологии Института клинической кардиологии имени А.Л. Мясникова «Российский кардиологический научно-производственный комплекс», д.м.н., г. Москва

Шестакова Мария Владиславовна, врач-невролог, клиника ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск

Шугаев Павел Леонидович, заведующий кардиохирургическим отделением № 3 ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения РФ, к.м.н., г. Челябинск

Янушко Вячеслав Алексеевич, главный сосудистый хирург Министерства здравоохранения Республики Беларусь, заместитель директора по хирургии ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», академик Академии медицинских наук Республики Беларусь, президент Белорусской ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов, профессор, д.м.н., г. Минск, Республика Беларусь

СБОРНИК ДОКЛАДОВ

СПИСОК ДОКЛАДОВ

Абайдулин Р.Ж., Фокин А.А., Пискунов В.А. Варикоцеле как явление ренокавального сброса.....	44
Абдулгасанов Р.А., Аракелян В.С., Абдулгасанова М.Р., Иванов А.В., Алиев А.Р., Гасымов Э.Г. Вторичные артериальные гипертензии у больных метаболическим дромом.....	44
Абдулгасанов Р.А., Аракелян В.С., Иванов А.В., Абдулгасанова М.Р., Алиев А.Р., Гасымов Э.Г. Гнойные осложнения в ангиохирургии.....	45
Абдулгасанов Р.А., Аракелян В.С., Абдулгасанова М.Р., Иванов А.В., Алиев А.Р., Гасымов Э.Г. Коарктация аорты и коарктационный синдром у больных «гипертонической болезнью».....	46
Абдулгасанов Р.А., Аракелян В.С., Абдулгасанова М.Р., Иванов А.В., Алиев А.Р., Гасымов Э.Г. Нефрогенные артериальные гипертензии при «гипертонической болезни».....	46
Абдулгасанов Р.А., Аракелян В.С., Иванов А. В., Абдулгасанова М.Р., Алиев А.Р., Гасымов Э.Г. Результаты операций с применением отечественных эксплантатов и заплат «Басэкс» в сердечно-сосудистой хирургии.....	47
Абдулгасанов Р.А., Аракелян В.С., Абдулгасанова М.Р., Иванов А.В., Алиев А.Р., Гасымов Э.Г. Симптоматические артериальные гипертензии у больных с повышенным артериальным давлением в России.....	48
Абдулгасанов Р.А., Аракелян В.С., Абдулгасанова М.Р., Иванов А.В., Алиев А.Р., Гасымов Э.Г. Синдром Конна у больных «гипертонической болезнью».....	48
Абдулгасанов Р.А., Аракелян В.С., Абдулгасанова М.Р., Иванов А.В., Алиев А.Р., Гасымов Э.Г. Феохромоцитома надпочечника у больных «гипертонической болезнью»...	49
Абдулгасанов Р.А., Аракелян В.С., Иванов А.В., Алиев А.Р., Абдулгасанова М.Р., Гасымов Э.Г. Хирургическое лечение протезной инфекции грудной аорты.....	49
Абдулгасанов Р.А., Аракелян В.С., Абдулгасанова М.Р., Иванов А.В., Алиев А.Р., Гасымов Э.Г. Частота вазоренальной гипертензии у больных «гипертонической болезнью».....	50
Абугалиев К.Р., Секеров Н.М. Экстрацеллюлярный ксеногенный матрикс при лечении трофических язв.....	50
Аджемян Н.А., Киселева Т.Н., Ежов М.В., Ильина Н.В. Ретинальный и орбитальный кровотоки у пациентов с субклиническим атеросклерозом.....	51
Акшулаков С.К., Махамбетов Е.Т. Эндovasкулярное лечение артериовенозных фистул головного мозга.....	52
Аретинский В.Б., Мелкозерова Н.Ю., Мазырина М.В. Динамика тромбоцитарного звена гемостаза крови в зависимости от степени физической нагрузки в процессе ранней реабилитации у мужчин после острого инфаркта миокарда.....	53
Аретинский В.Б., Миронова Т.Ф., Клубникина Л.Ю. Место ритмокардиографии высокого разрешения на АПК «КАПК-РК-01-«Микор» в системе ранней реабилитации кардиологических пациентов на базе специализированного реабилитационного центра «Озеро Чусовское».....	55

Астахов Арнольд А., Астахов Алексей А. Волновые процессы в сердечно-сосудистой системе в критических ситуациях.....	57
Аюпов А.М., Кривошеков Е.П., Дмитриева И.А., Мирзаева Ш.А. Лечение больных с бикаротидным поражением брахиоцефальных артерий.....	58
Беленцов С.М. Профилактика венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений при современном миниинвазивном хирургическом лечении варикозной болезни.....	59
Беленцов С.М., Эктова М.В. С1 класс хронических заболеваний вен: современные возможности улучшения результатов лечения.....	60
Беленцов С.М., Эктова М.В., Веселов Б.А., Чукин С.А., Макаров С.Е. Термокоагуляция телеангиоэктазий: первый опыт применения нового метода.....	61
Бондаренко П.Б., Подсуслонникова Е.Д., Иванов М.А., Новикова А.И., Ермина М.Ю. Может ли хроническая венозная недостаточность предрасполагать к неблагоприятным кардиоваскулярным событиям?.....	62
Владимирский В.В., Фокин А.А., Жабреев А.В. Непосредственные результаты операций на каротидной бифуркации у лиц старше 60 лет.....	63
Гавриленко А.В., Султаналиев Т.А., Жумадилов А.Ш., Сагандыков И.Н., Сулейменов С.С., Иманбаев М.Н. Каротидная эндартерэктомия при двусторонних стенозах сонных артерий у больных с высокими факторами риска.....	64
Григоричева Е.А., Мельников И.Ю., Бастриков О.Ю. Структурное и функциональное состояние сосудистой стенки при артериальной гипертензии различного риска.....	65
Григорьев О.Г., Хуторян Б.М., Мальцева Н.В. Динамика возрастных изменений морфометрических параметров микро-сосудистого русла и активности ферментов тканевого дыхания в ряде структур заднего мозга человека в процессе старения и развития сосудистой патологии вертебро-базиллярного бассейна.....	66
Давыдов И.В., Саевец М.А., Андриевских С.И. Актуальность эндоскопического забора кондуитов для операций коронарной реваскуляризации миокарда.....	67
Дрожжин Е.В., Зорькин А.А., Лущенко И.В. Динамика сердечной функции у больных с критической ишемией и ИБС при проксимальных артериальных окклюзиях.....	69
Зорькин А.А., Дрожжин Е.В., Никитина Ю.В., Лущенко И.В., Курносикова Л.Е. Коррекция системы гемостаза у больных с критической ишемией нижних конечностей..	70
Иванов А.С., Майстренко Д.Н., Генералов М.И., Олещук А.Н. Применение эндоваскулярных конструкций (стент-графтов) с целью улучшения результатов петлевой эндартерэктомии у пациентов с атеросклеротическим поражением подвздошно-бедренного сегмента.....	71
Игнатов В.А., Пискунов С.А., Масасин В.В., Кухмистров И.В., Кузьменко А.Б. Трансрадиальный и трансбрахиальный доступ – альтернатива бедренному при стентировании ветвей брюшной аорты.....	71
Калинин Р.Е., Грязнов С.В., Пучкова Г.А., Баранов В.М., Железинский В.П., Качинский А.Е., Упоров М.Ю., Сучков И.А., Царегородцев А.А., Шанаев И.Н. К вопросу об эффективности лигирования перфорантных вен.....	72
Калинин Р.Е., Сучков И.А., Деев Р.В., Плакса И.Л., Пшенников А.С., Мжаванадзе Н.Д., Поздеев Д.В. Новые перспективы лечения пациентов с хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза на фоне сахарного диабета.....	74
Калинин Р.Е., Сучков И.А., Пшенников А.С., Агапов А.Б., Царегородцев А.А., Каммаев А.А., Киселева Е.В. Ранние осложнения антикоагулянтной терапии в лечении больных тромбозом глубоких вен нижних конечностей и их влияние на уровень качества жизни.....	75

Калинин Р.Е., Сучков И.А., Пшенников А.С., Камаев А.А., Марукова Т.А., Киселева Е.В., Митина А.И. Роль матриксных металлопротеиназ и ионов магния в патогенезе хронической венозной недостаточности.....	76
Калинин Р.Е., Сучков И.А., Пшенников А.С., Рудакова И.Н. Роль эндотелиальной дисфункции в развитии посттравматического синдрома и варианты её коррекции.....	77
Карев А.В., Семенов Д.В., Сараев Г.Б. Двухэтапное эндоваскулярное лечение тотальных хронических окклюзий при билатеральных поражениях почечных артерий.....	78
Каримов Ш.И., Суннатов Р.Д., Ирнazarов А.А., Рахманов С.У., Асраров А.А., Хасанов В.Р., Джафаров С.М. Внедрение гибридных и эндоваскулярных вмешательств при критической ишемии нижних конечностей.....	78
Каримов Ш.И., Суннатов Р.Д., Ирнazarов А.А., Рахманов С.У., Асраров А.А., Хасанов В.Р., Зайлобиддинов О.Г., Джафаров С.М. Наш опыт лечения при сочетанном поражении коронарных и каротидных артерий.....	79
Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Сахибоев Д.П. Эндовидеохирургическое лечение опухолей надпочечников.....	80
Касьян Д.А., Кулюк В.С. Корреляция эффекта предоперационной компрессионной терапии с регрессом симптомов венозной недостаточности после хирургического лечения варикозной болезни.....	81
Кипиани В.К., Кипиани К.Б., Паргалава Н.Ш., Бокучава М.Г., Сопромадзе Л.Д. Лечение многоэтажных поражений артерий при критической ишемии нижних конечностей.....	82
Киреев К.А., Москвичёва М.Г., Фокин А.А., Вдовин Е.В., Сощенко Д.Г., Уткина С.В., Михайлов Е.В., Тихонова С.А., Смирнова О.В., Рудик А.В., Шагиева М.С., Киреева Т.С. Итоги 3-летней работы «Дорожной клинической больницы на ст. Челябинск ОАО «РЖД» по острому коронарному синдрому.....	83
Кокоришвили М.А., Алехин Д.И. Безопасность хирургического лечения двусторонних поражений сонных артерий у пациентов старше 70 лет.....	84
Кривощекоев Е.П., Романов В.Е., Дмитриева И.А. Дневной стационар как организационная форма лечения ран и трофических язв ангиологического генеза.....	86
Кривощекоев Е.П., Дмитриева И.А., Романов В.Е., Мигунов И.А. Оптимизация методов консервативного лечения пациентов с посттравматической болезнью нижних конечностей.....	87
Кривощекоев Е.П., Мигунов И.А., Романов В.Е., Аюпов А.М., Дмитриева И.А. Ривароксабан в лечении острого тромбоза вен нижних конечностей.....	88
Кривощекоев Е.П., Ельшин Е.Б. Тромболитическая терапия в комплексном лечении больных с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы	89
Кузнецов М.Р., Федин А.И., Вирганский А.О., Несходимов Л.А., Мишакина Н.Ю., Золотарева Л.В. Особенности лечения ВТЭО у неврологических больных.....	90
Кузнецов М.Р., Каралкин А.В., Федин А.И., Вирганский А.О., Куницын Н.В., Мишакина Н.Ю., Золотарева Л.В. Фармакологическое прекондиционирование при хирургическом лечении хронической сосудисто-мозговой недостаточности.....	91
Куттымуратов Г.М., Асылханулы Е., Асыкбаев М.Н., Абишева Ж.А. Моделирование верхней полюсной артерии донорской почки с применением ARTERIA EPIGASTRICA INFERIOR при трансплантации.....	92
Ларионов А.А., Гапонов Д.П., Горбунов М.Г., Корж Д.А., Чернов И.И., Шашин С.А., Тарасов Д.Г. Результаты лечения аневризмы грудного отдела аорты с использованием гибридных технологий.....	93

Ларионов А.А., Горбунов М.Г., Гапонов Д.П., Корж Д.А. Результаты стентирования внутренней сонной артерии с использованием эмболопротективных систем.....	93
Липин А.Н., Курьянов П.С., Антропов А.В., Ахмадзас А.В. Гибридный подход к реваскуляризации нижних конечностей при критической ишемии.....	94
Лончакова И.Ю., Макаров С.А., Артамонова Г.В., Барбараш Л.С. Влияние новой формы диспансерного наблюдения пациентов с ХОЗАНК на развитие у них сердечно-сосудистых осложнений.....	95
Максимова А.С., Буховец И.Л., Плотников М.П., Кузнецов М.С., Козлов Б.Н., Усов В.Ю. Комплексная оценка церебрального кровотока у больных с атеросклерозом каротидных артерий до и после хирургической коррекции.....	96
Малинин А.А., Прядко С.И., Дюржанов А.А. Результаты лечения изолированных варикозных притоков различными методами в концепции сберегательной хирургии.....	97
Мамыкин И.А., Билан М.И., Козюра О.П., Шохов К.Н., Голиков И.В., Федоров С.Н. Использование лучевой артерии для доступа при чрескожных коронарных вмешательствах у пациентов с острым коронарным синдромом.....	98
Масасин В.В., Писунов С.А., Игнатов В.А., Кухмистров И.В., Кузьменко А.Б., Фокин А.А., Андриевских С.И. Тактика лечения пациентов с сочетанным атеросклеротическим поражением сонных и коронарных артерий.....	99
Михайличенко М.В., Коваленко В.И. Выбор оптимальных параметров эндовенозной лазерной облитерации при варикозной болезни.....	100
Михайличенко М.В., Бокерия Л.А., Коваленко В.И. Медикаментозная профилактика тромботических осложнений при хирургическом лечении пациентов варикозной болезнью вен нижних конечностей.....	101
Москвичева М.Г., Белова С.А. Динамика обеспеченности населения челябинской области высокотехнологичной медицинской помощью по профилю «Сердечно-сосудистая хирургия» при ишемической болезни сердца.....	102
Панов И.О., Уткаева И.А., Новиков П.В., Кононенко Д.А., Жукова Н.В., Кузьминых Д.Г. Оперативное лечение стенотического поражения прецеребральных артерий.....	104
Панов И.О., Новиков П.В., Генералов М.И., Кононенко Д.А., Кузьминых Д.Г., Уткаева И.А., Жукова Н.В. Преимущества дистанционного эндопротезирования аневризм брюшной аорты.....	105
Панов И.О., Жукова Н.В., Кононенко Д.А., Кузьминых Д.Г., Уткаева И.А. Причины реконструкции дистальных анастомозов после операций на аорто-подвздошной зоне....	106
Панов И.О., Кононенко Д.А., Кузьминых Д.Г., Уткаева И.А., Жукова Н.В. Хирургическая тактика у больных с атеросклеротическим поражением аорто-подвздошного сегмента.....	107
Плих М.Б. История и современный статус коронарного синуса в лечении рефракторной ишемии миокарда.....	108
Попова Т.А. Управление качеством оказания медицинской помощи и уменьшение риска инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП). Высокотехнологичные методы.....	109
Прядко С.И., Малинин А.А., Дюржанов А.А. Причины, диагностика, лечение рецидивов хирургической флелебэктомии.....	110
Прядко С.И., Малинин А.А., Дюржанов А.А. Усовершенствование методики флелебэктомии при сочетанном варикозном поражении бпв и вены джиакомини.....	111

Руденко Н.А. Лечение тромбоза легочной артерии в условиях сосудистого центра	112
Сонькин И.Н., Крылов Д.В., Ремизов А.С., Мельник В.Ю. Варианты тромбоза в лечении глубоких вен нижних конечностей	112
Султаналиев Т.А., Жумадилов А.Ш., Сагандыков И.Н., Сулейменов С.С., Парманов А.Т., Иманбаев М.Н. Клинический случай хирургического лечения гигантских аневризм внутренней сонной артерии при её патологической извитости	113
Сушков С.А., Самсонова И.В., Голышевич М.М. Изменения содержания коллагена VI типа в стенке поверхностных и глубоких вен при варикозной болезни	114
Сушков С.А., Самсонова И.В., Голышевич М.В. Некоторые аспекты патогенеза клапанной недостаточности глубоких вен при варикозной болезни	115
Сушков С.А., Скоморощенко В.А. Применение корригирующих оперативных вмешательств при варикозной болезни	116
Фокин А.А., Панов И.О., Кузьминых Д.Г., Корчагин С.Н., Кононенко Д.А., Уткаева И.А., Жукова Н.В. Высокоинтенсивное лазерное излучение с аутомиелотерапией в лечении больных хронической артериальной недостаточностью нижних конечностей	117
Фокин А.А., Манойлов А.Е., Ионин А.П., Глазырин С.А., Сощенко Д.Г., Тимонина В.М., Байгутлина Л.Ш., Ефимова Н.М., Соколова Н.И., Рузаев И.А. Результативность коронароангиографии	118
Фокин А.А., Мудрякова М.В., Дегтярёв М.С. Судьба больных с атеросклеротической окклюзией внутренней сонной артерии	119
Фокин А.А., Серажитдинов А.Ш., Владимирский В.В., Надвиков А.И., Гасников А.В., Рудакова И.Ю., Михеев А.Л. Тактика хирургического лечения атеросклеротических экстракраниальных многососудистых поражений ветвей дуги аорты	120
Фокин А.А., Борсук Д.А., Панов И.О. Ценность церебральной оксиметрии при операциях на сонных артериях	122
Фокин А.А., Владимирский В.В., Жабреев А.В., Барышников А.А., Кочнева В.Д., Черноусов В.В. Эндопротезирование абдоминальной аорты как профилактика неотложных и критических состояний: ближайшие результаты	123
Хорев Н.Г., Беллер А.В., Конькова В.О., Белокрылова Ю.Г. Боковая ангиопластика инфраингвинальных артерий. Ближайшие результаты	124
Чернов И.И., Козьмин Д.Ю., Уртаев Р.А., Кондратьев Д.А., Тарасов Д.Г. Миниинвазивный подход в хирургии митрального клапана: наш опыт	125
Чупин А.В., Колосов Р.В., Дерябин С.В., Нищенко А.В. 7-летний опыт эндопротезирования аневризм брюшной аорты	125
Шалашов А.Г., Корымасов Е.А., Казанцев А.В., Водопьянова Н.В. Опыт лечения венозных трофических язв в амбулаторных условиях	126
Шахнович Р.М. Вторичная профилактика острого коронарного синдрома	127
Шестакова М.В., Кокоришвили М.А., Алехин Д. И., Кочетков И.В. Особенности проявлений дисциркуляторной энцефалопатии при хронической сердечной недостаточности с сохраненной и сниженной систолической функцией	127
Янушко В.А., Роговой Н.А., Турлюк Д.В., Климчук И.П., Калинин С.С., Комиссаров В.В. Возможности эндовенозной лазерной коагуляции длиной волны 1560 НМ в хирургическом лечении варикозной болезни нижних конечностей в системе малой подкожной вены	129
Янушко В.А., Сушков С.А., Небылицин Ю.С., Климчук И.П., Турлюк Д.В. Организация оказания флебологической помощи в Республике Беларусь	130

Янушко В.А., Турлюк Д.В., Климчук И.П., Хрыщанович В.Я., Калинин С.С., Комиссаров В.В. Острый флеботромбоз, тактические подходы к лечению при флотации и флегмазии.....	131
Янушко В.А., Исачкин Д.В., Турлюк Д.В. Хирургическая тактика при конкурирующем поражении нескольких артериальных бассейнов.....	132
Янушко В.А., Климчук И.П., Турлюк Д.В., Роговой Н.А., Соломевич С.И. Эндвенозная лазерная коагуляция подкожных вен нижних конечностей в комплексном лечении варикозной болезни.....	133

ВАРИКОЦЕЛЕ КАК ЯВЛЕНИЕ РЕНОКАВАЛЬНОГО СБРОСА

Абайдулин Р.Ж., Фокин А.А., Пискунов В.А.

ГБУЗ Челябинская областная клиническая больница, г. Челябинск

Исторически в России проблема варикоцеле находилась в руках хирургов-урологов. Традиционный хирургический подход заключался в механистическом (операция Иванисевича) и резко механистическом подходе (операция Паломо) к оперативной технике коррекции варикоцеле, что довольно часто (до 30%) являлось причиной лимфостаза яичка (водянка яичка) и рецидива основного заболевания, так как причина в подавляющем большинстве случаев является аортомезентериальный пинцет разной степени выраженности. Физиологические микрохирургические тестикулосафенные и другие вено-венозные анастомозы на практике показали своё большое преимущество по результатам спермограмм, практическим отсутствием рецидивов и осложнений.

Классический расчёт на коллатеральный отток венозной крови левого яичка при традиционных перевязках и экстирпациях гроздьевидного сплетения по результатам спермограмм оказался несостоятельным с точки зрения физиологии венозного оттока. С появлением технологии ультразвуковой доплерографии в 80-90 гг. XX века неясности в понимании физиологии варикоцеле оставались в связи с горизонтальным положением исследуемого, что к сожалению имеет место и сегодня. Проба Вальсальвы не является адекватным имитатором вертикального положения человека, так как при данной пробе отсутствует ортостатический компонент аортомезентериального пинцета. Эти мысли появились у нас в результате многочисленных интраоперационных прямых флеботонометрических исследований у конкретных пациентов (274 человека). На наш взгляд, сомнительна преувеличенная роль надпочечника левой почки в патогенезе выраженных нарушений сперматогенеза при варикоцеле, так как изолированные микрохирургические вено-венозные анастомозы левого яичка приводили к таким же улучшениям, как и комбинированные (двунаправленные) вено-венозные анастомозы.

Современные методы тотальной эмболизации левой гонадной вены и операции Иванисевича опасны прерыванием физиологического ренокавального сброса из системы левой почечной вены, что может быть доказано дальнейшими работами с использованием ультразвуковой доплерографии, ангиографических исследований в вертикальном положении пациента.

По-прежнему во многих лечебных учреждениях не выполняются до- и послеоперационные спермограммы.

Неутешительные результаты послеоперационных спермограмм у пациентов (олигозооспермии 2-3ст. у 30% оперированных) после субингвинальных и ингивальных вмешательств (Мармара, Гольдштейна и т.п.) отчасти доказывает верность физиологического ангиоурологического подхода в современном понимании лечения пациентов с варикоцеле.

В связи со сказанным целесообразна разработка алгоритма и метода физиологической локальной эмболизации при варикоцеле.

ВТОРИЧНЫЕ АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Абдулгасанов Р.А., Аракелян В.С., Абдулгасанова М.Р., Иванов А.В.,
Алиев А.Р., Гасымов Э.Г.

ФБГНУ НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, г. Москва

Цель исследования выявление вторичных артериальных гипертензий (ВАГ) среди больных метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. В НЦССХ им. Бакулева РАМН с 2010 по 2014 гг. обследованы 599 больных в возрасте от 48 до 79 лет МС и артериальной гипертензией (АГ). Длительность АГ составила 9 ± 15 лет.

Результаты. При обследовании больных были использованы медикаментозные пробы, динамическая скинтиграфия почек, УЗИ аорты, магистральных артерий, мультиспиральная

компьютерная томография (МСКТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) с введением контрастирующих веществ органов брюшной полости и забрюшинного пространства. При всестороннем обследовании 599 больных у 25% больных диагноз МС не подтвердился и были выявлены различные виды ВАГ. Из 599 больных с МС паренхиматозная (нефрогенная) АГ была диагностирована у 17,4%, вазоренальная гипертензия с поражением артерий у 2,2% больных. У 0,4% больных выявлена окклюзия почечных артерий со сморщиванием почек. При МСКТ и МРТ с контрастированием у 5,4% пациентов были выявлены изменения со стороны надпочечников. Феохромоцитома надпочечника была диагностирована у 2,2% больных, синдром Конна у 3,3% больных. Консервативная терапия и хирургические методы лечения при ВАГ позволяли у 75-85% больных получить хороший и удовлетворительный эффект, минимизировать дозы гипотензивных препаратов, улучшить качество жизни.

Заключение. Таким образом, тщательное обследование больных с применением высокоинформативных диагностических методов (УЗИ, МСКТ, МРТ) позволяют своевременно диагностировать ВАГ, значительно снизить удельный вес МС.

ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В АНГИОХИРУРГИИ

**Абдулгасанов Р.А., Аракелян В.С., Иванов А.В., Абдулгасанова М.Р.,
Алиев А.Р., Гасымов Э.Г.**

ФГБНУ НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, г. Москва

Целью исследования является изучение информативности традиционных методов, сцинтиграфии с мечеными лейкоцитами (СМЛ) и прокальцитонинового теста (ПКТ) в ранней диагностике ангиогенного сепсиса и раневой инфекции в сосудистой хирургии.

СМЛ и ПКТ проводили 89 больным с раневой инфекцией после операции на аорте и артериях. Больные с раневой инфекцией были разделены на 2 группы. Первую группу составили 45 больных с поверхностным нагноением послеоперационной раны. Вторую группу составили 44 пациентов с глубоким нагноением ран. Для сравнительной оценки были изучены количество лейкоцитов, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), С-реактивный белок (СРБ), скорость оседания эритроцитов (СОЭ). У всех больных уровень ПКТ плазмы до операции был < 0,5 нг/мл. Через 6-8 часов отмечалось умеренное (<1,5 нг/мл) повышение концентрации ПКТ у всех больных. В I группе больных были обнаружены умеренно повышенный или нормальный уровень ПКТ. Выраженная гиперкальцитонинемия была выявлена у больных во II группе. После повторных операций на фоне лечения высокий уровень ПКТ в течение 24-72 часов снижался до нормальных цифр. Повторные операции и консервативное лечение у умерших пациентов не привели к снижению гиперкальцитонинемии по сравнению с выздоровевшими больными. Уровень ПКТ на фоне лечения снижался только у выживших больных. Улучшению состояния пациента всегда предшествовало снижение концентрации ПКТ. Во II группе степень гиперкальцитонинемии коррелировала со степенью интоксикации, тяжестью состояния пациентов ($p < 0,05$). У пациентов без инфекционных осложнений на 4 сутки после операции уровень ПКТ снижался до нормальных цифр (<1,0).

При сравнительном анализе информативность ПКТ в прогнозировании развития инфекционного процесса превосходила гипертермию, лейкоцитоз, ЛИИ, СОЭ и СРБ. Между показателями ЛИИ, количество лейкоцитов и степенью выраженности инфекционного процесса не имелась достоверной корреляции. СМЛ у 15 больных выявила локальный инфекционный процесс в проекции сосудистых протезов. Однако, повышенное накопление меченых лейкоцитов в этих областях была менее 10-15%. Пациентам была проведена антибактериальная терапия и все больные выздоровели без повторных операций.

Таким образом, ПКТ, СМЛ являются более информативными методами в ранней диагностике инфекционных осложнений и имеют преимущества перед традиционными методами.

КОАРКТАЦИЯ АОРТЫ И КОАРКТАЦИОННЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ «ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ»

Абдулгасанов Р.А., Аракелян В.С., Абдулгасанова М.Р., Иванов А.В.,
Алиев А.Р., Гасымов Э.Г.

ФГБНУ НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, г. Москва

Цель исследования выявить коарктации аорты, коарктационного синдрома (врожденной гипоплазии, стенозирующего неспецифического аортоартериита торакоабдоминальной аорты, расслаивающей аневризмы аорты) у больных эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) – «гипертонической болезнью (ГБ)».

Материалы и методы. С 1986 по 2014 гг. в НЦССХ им. Бакулева обследованы 1200 больных в возрасте от 5 до 84 лет, которые лечились в поликлиниках и ведущих клиниках г. Москвы с диагнозом «гипертоническая болезнь» (ГБ). Длительность АГ составила 5 ± 18 лет.

Результаты. Коарктация аорты была выявлена у 30 (2,5%) пациентов. У 16 (53,3%) больных в возрасте от 20 до 60 лет коарктация аорты осложнилась аневризмой грудной аорты из-за длительной АГ, которая не была диагностирована в течение многих лет. Коррекция коарктации и аневризмы аорты привела к нормотензии лишь у 4 (25%) больных. Коарктационный синдром со стенозом аорты, ее ветвей из-за неспецифического аорто артериита и врожденной гипоплазии был выявлен у 12 (1,0%) пациентов с длительностью АГ более 10 лет. Все больные были оперированы. Устранение коарктационного синдрома сопровождалось нормотензией только у 6 (50%) больных. Расслаивающая аневризма аорты была обнаружена у 10 (0,8%) пациентов. Из 10 операбельными оказались только 4 (40,0%) больных, которым была выполнена успешная реконструкция аорты с удовлетворительным гипотензивным эффектом.

Заключение. Объем медицинской помощи больным с АГ в России неудовлетворительный и частота ЭАГ («гипертонической болезни») в структуре АГ гораздо меньше (29%), чем упоминается в литературе (около 70-80%). При всестороннем обследовании больных в специализированных клиниках с ЭАГ («ГБ») у 71,0% удастся выяснить причину АГ

НЕФРОГЕННЫЕ АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ «ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ»

Абдулгасанов Р.А., Аракелян В.С., Абдулгасанова М.Р.,
Иванов А.В., Алиев А.Р., Гасымов Э.Г.

ФГБНУ НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, г. Москва

Цель настоящего исследования – выявить нефрогенные артериальные гипертензии (НАГ) у больных с «гипертонической болезнью» (ГБ).

Материалы и методы. С 1986 по 2014 гг. обследованы 1600 больных в возрасте от 5 до 84 лет с диагнозом «гипертоническая болезнь» (ГБ).

Результаты. НАГ была диагностирована у 252 (42,0%) больных. После операции у 87% больных был получен хороший и удовлетворительный эффект. Нефрэктомия, декапсуляция почек, спланхниканглионэктомия (СГЭ) у 62% привели к нормотензии, у 25% значительному снижению АД, уменьшению доз гипотензивных препаратов. У 13% больных операции привели к снижению АД на 15-20 мм рт. ст. Кисты почек были выявлены у 18 (3,0%), поликистоз у 4 (0,7%) пациентов. Удаление кист, оментореваскуляризация, расширенная СГЭ у 65% больных привели к снижению АД. Диабетический гломерулосклероз был диагностирован у 15 (2,5%) пациентов, у 12 (80,0%) выполнена расширенная СГЭ, декапсуляция почки с удовлетворительным эффектом. Нефролитиаз с хроническим пиелонефритом был диагностирован у 25 (4,2%)

больных, нефроптоз у 12 (2,0%) больных. Нефропексия, пластика почечных артерий, СГЭ привели к нормотензии у 11 (91,7%) пациентов. У 2 больных из-за выраженного нефроангиосклероза операции не привели к нормотензии. Болезнь Ормонда со сдавлением мочеточника явилась причиной АГ у 2 (0,3%) больных. Гипернефрома с АГ была диагностирована у 2 (0,3%) больных. После операции у обоих больных АД нормализовалось.

Заключение. Таким образом, диагноз «ГБ» должен ставиться только при исключении всех форм АГ. При стойкой НАГ, малоэффективности консервативных мероприятий больным показано оперативное лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ЭКСПЛАНТАТОВ И ЗАПЛАТ «БАСЭКС» В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Абдулгасанов Р.А., Аракелян В.С., Иванов А. В., Абдулгасанова М.Р.,
Алиев А.Р., Гасымов Э.Г.

ФГБНУ НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, г. Москва

Цель исследования – показать антимикробность, герметичность и тромборезистентность сосудистых протезов и заплат «БАСЭКС» в кардиоангиохирургии.

С 1996 по 2014 гг. протезы и заплаты «БАСЭКС» были использованы у 4500 больных при реконструкции левого желудочка (ЛЖ), при пороке аортального клапана в сочетании с аневризмой восходящей аорты и протезном эндокардите, при реконструкции аорты и артерий. За период наблюдения от 2 мес. до 17 лет ранний тромбоз протезов наступил у 2,7%, поздний у 5,4% пациентов. У 91,9% больных сохраняется хорошая проходимость протезов без признаков воспаления. Поверхностное нагноение послеоперационной раны отмечалось у 5,9%, глубокое нагноение у 2,1% больных. После санации раны у всех больных наступило выздоровление, заживление ран без инфицирования протезов. Инфицированный хило-, гидро- и гемоторакс без инфицирования протезов отмечались у 0,9% больных. После консервативных мероприятий все больные выздоровели. Из 19 больных с инфекционными аневризмами анастомозов, только у одного в послеоперационном периоде отмечалась поверхностная раневая инфекция. У 0,6% больных произошло инфицирование перипротезного пространства. После консервативных мероприятий у всех наступило выздоровление. Пристеночный тромбоз заплат ЛЖ отмечен у 8 (0,2%) пациентов, инфицирование у 3 (0,6%). Все больные имели источники инфекции вне заплат. Одна пациентка через 2 года после реконструкции ЛЖ перенесла сепсис, обусловленный постинъекционным абсцессом ягодицы с инфицированием заплаты. Повторно она поступила в клинику в терминальном состоянии. На аутопсии был обнаружен абсцесс над заплатой с прорывом в полость перикарда. В другом случае через 2 мес. после операции было выявлено инфицирование заплаты. От предложенной операции пациент отказался. Дальнейшая его судьба нам не известна. В третьем случае причиной эндокардита явилась латентная инфекция, с которой удалось справиться с помощью консервативных мероприятий. Госпитальная летальность составила 3,2%.

Таким образом, эксплантаты и заплаты «БАСЭКС» антимикробны, тромборезистентны, герметичны, предотвращают гнойно-септические осложнения, значительно снижают интра- и послеоперационную кровопотерю, аллогемотрансфузию, экономически выгодны и могут широко применяться в реконструктивной ангиохирургии.

СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ПОВЫШЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ В РОССИИ

Абдулгасанов Р.А., Аракелян В.С., Абдулгасанова М.Р., Иванов А.В.,
Алиев А.Р., Гасымов Э.Г.

ФГБНУ НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, г. Москва

Цель исследования – выявить симптоматических артериальных гипертензий (АГ) среди больных с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) «гипертонической болезнью (ГБ)».

Материалы и методы. С 1986 по 2014 гг. обследованы 1600 больных в возрасте от 5 до 75 лет с диагнозом ГБ. Длительность АГ составила 5±18 лет. При всестороннем обследовании больных у 71,0% больных диагноз «ГБ» (ЭАГ) не подтвердился.

Результаты. Нефрогенная АГ (хронический пиелонефрит, нефролитиаз, гипернефрома и т.д.) была диагностирована у 42,0%, коарктация аорты (КА) у 2,5%, вазоренальная гипертензия у 5,3%, расслаивающая аневризма у 9,7%, неспецифический аортоартериит и врожденная гипоплазия у 1,0% пациентов. Эндокринного АГ была диагностирована у 15,8% пациентов. Феохромоцитомы надпочечника была причиной АГ у 1,8% больных, синдром Конна у 9,8%, синдром Иценко-Кушинга у 0,8%, поражения артерий головного мозга у 1,8%, лекарственная АГ у 0,8%, алкогольная АГ у 0,3%, кокаиновая АГ у 0,3%. Использование пероральных контрацептивов было причиной АГ у 0,5%.

Заключение. Таким образом, при всестороннем обследовании больных ЭАГ у 71,0% удается выяснить причину АГ. Широкое использование высокоинформативных диагностических методов позволяют значительно снизить удельный вес ЭАГ («ГБ»). До 80% гормонально-активных опухолей небольших размеров традиционными методами не выявляется. Хирургические методы лечения позволяют у 80-85% больных получить хороший и удовлетворительный эффект, минимизировать дозы антигипертензивных препаратов, уменьшить церебральных и кардиальных осложнений, улучшить качество жизни. Пожизненная гипотензивная терапия при САГ показана только при противопоказаниях к хирургической, эндоваскулярной, эндоскопической коррекции или их неэффективности.

СИНДРОМ КОННА У БОЛЬНЫХ «ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ»

Абдулгасанов Р.А., Аракелян В.С., Абдулгасанова М.Р.,
Иванов А.В., Алиев А.Р., Гасымов Э.Г.

ФГБНУ НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, г. Москва

Цель исследования – выявить симптоматических артериальных гипертензий (АГ) у больных с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) – «гипертонической болезнью (ГБ)».

Материал и методы. С 1986 по 2014 гг. обследованы 1600 больных в возрасте от 5 до 75 лет с диагнозом ГБ. При всестороннем обследовании больных у 71,0% больных диагноз «ГБ» (ЭАГ) не подтвердился.

Результаты. Синдром Конна (первичный гиперальдостеронизм) был диагностирован у 9,8% больных. Небольшие кисты и умеренная гиперплазия надпочечника (НП) при УЗИ, ангиографии не было диагностировано, и были установлены у 32,2% больных только при МРТ и КТ. При ревизии забрюшинного пространства у 22 пациентов была выявлена микро- или макронодулярная гиперплазия НП, у 10 больных вненадпочечниковые единичные или множественные феохромоцитомы (ФЦ) диаметром от 1 до 4 мм в парааортальной клетчатке, вокруг почечных артерий, которые не были диагностированы при УЗИ и изучении гормонов до операции. После оперативных вмешательств у больных с односторонним поражением НП у 98% наступил хороший гипотензивный эффект. Длительный гипотензивный эффект наблюдается у больных, которым было выполнено удаление опухоли, НП с над-, поддиафрагмальной СГЭ, расширен-

ной десимпатизацией. Хирургические методы лечения при надпочечниковых АГ позволяли у 80-85% больных получить хороший и удовлетворительный эффект.

Заключение. Таким образом, широкое использование информативных диагностических методов позволяет своевременно установить диагноз НПАГ, и значительно снизить ее осложнений.

ФЕОХРОМОЦИТОМА НАДПОЧЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ «ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ»

**Абдулгасанов Р.А., Аракелян В.С., Абдулгасанова М.Р.,
Иванов А.В., Алиев А.Р., Гасымов Э.Г.**

ФГБНУ НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, г. Москва

Цель исследования – выявить феохромоцитомы (ФЦ) надпочечников (НП) у больных «гипертонической болезнью (ГБ)».

Материалы и методы. С 1986 по 2014 гг. обследовали 1600 больных артериальной гипертензией (АГ). ФЦ надпочечников была причиной АГ у 1,8% больных. Вненадпочечниковые формы ФЦ сердца, парааортального пространства со злокачественным течением АГ выявлена у 3,0% больных.

Результаты. У 97,9% больных после операции наблюдался хороший и удовлетворительный гипотензивный эффект. У одного пациента через 5 лет произошел рецидив. После радикальной операции наступила нормотензия. У другого больного ФЦ сердца больших размеров оказалась неоперабельной. Злокачественная ФЦ с отдаленными метастазами была диагностирована у 4 больных только при КТ и МРТ. К сожалению, из-за несвоевременной диагностики из признаков злокачественного роста информативными оказались только метастазы. Небольшие ФЦ при УЗИ, ангиографии не было диагностировано, и были установлены у 32% больных только при МРТ и КТ. У 10 пациентов была выявлена вненадпочечниковые единичные или множественные ФЦ диаметром от 1 до 4 мм в парааортальной клетчатке, вокруг почечных артерий, которые не были диагностированы при УЗИ и изучении гормонов до операции. После оперативных вмешательств у больных с односторонним поражением НП у 97,9% наступил хороший гипотензивный эффект. Длительный гипотензивный эффект наблюдался у больных, которым было выполнено удаление опухоли со спланхниканглионэктомией (СГЭ), расширенной десимпатизацией.

Заключение. Таким образом, широкое использование КТ, МРТ позволяет своевременно установить диагноз ФЦ, и значительно снизить ее осложнений.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ГРУДНОЙ АОРТЫ

**Абдулгасанов Р.А., Аракелян В.С., Иванов А.В., Алиев А.Р.,
Абдулгасанова М.Р., Гасымов Э.Г.**

ФГБНУ НЦССХ им. А.Н. Бакулева ФАНО, г. Москва

Цель исследования – продемонстрировать успешные случаи лечения протезной инфекции (ПИ) нисходящей грудной аорты (НГА).

Материалы и методы. С 2004 по 2014 гг. было прооперировано 12 пациентов с ПИ НГА после истмопластики (5 больных), линейного протезирования (6) и эндопротезирования (1). У всех пациентов оперативное вмешательство проводилось двухэтапно. Сначала из правой торакотомии выполнялась аорто-аортальное шунтирование от восходящей к НГА антимикробным протезом «БАСЭКС» в условиях вспомогательного ИК. После закрытия торакотомии справа больной переворачивается на правый бок и производилась торакотомия слева. Резецируется ложная аневризма, удаляется инфицированный протез, максимально иссекается стенки аневризмы, saniруется полость парааортального абсцесса сильнодействующими бактерицидными средствами (октенисепт, октениман, муравьиная кислота, хлоргексидин, препараты

йода). Аорта ушивается двухрядным швом проксимальнее и дистальнее аневризмы. Операции завершались дренированием плевральных полостей и оставлением микроирригаторов для введения антимикробных препаратов. В послеоперационном периоде проводилась детоксикационная, антибактериальная и иммунокорректирующая терапия.

Результаты. Смертность после операций составила 2 (16,7%) пациента: 1 больной скончался от продолжающего исходного сепсиса в послеоперационном периоде, в другом случае смерть была обусловлена острой сердечной недостаточностью. Остальные больные (83,3%) были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. В отдаленном периоде признаков реинфекции протезов нет.

ЧАСТОТА ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ «ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ»

Абдулгасанов Р.А., Аракелян В.С., Абдулгасанова М.Р.,
Иванов А.В., Алиев А.Р., Гасымов Э.Г.

ФГБНУ НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, г. Москва

Цель исследования – выявить вазоренальной гипертензии (ВРГ) у больных эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) – «гипертонической болезнью (ГБ)».

Материалы и методы. С 1986 по 2014 гг. в НЦССХ им. Бакулева обследованы 1200 больных в возрасте от 5 до 84 лет, которые лечились в поликлиниках и ведущих клиниках г. Москвы с диагнозом «гипертоническая болезнь» (ГБ). Длительность АГ составила 5 ± 18 лет.

Результаты. Гемодинамические АГ были диагностированы у 116 (9,7%) больных. ВРГ была выявлена у 64 (5,3%) пациентов. У 20 больных из-за окклюзии почечной артерии (ПА) и длительной АГ имелось сморщивание почек и снижение морфометрических показателей почек, которым была выполнена нефрэктомия, над- и поддиафрагмальная СГЭ. Стенозы ПА были выявлены у 54 больных. После пластики ПА у больных с длительностью АГ до 5 лет АД нормализовалось у 98%. У больных с длительностью АГ более 10 лет из-за необратимых изменений в почках нормализация АД произошло только у 65%. Расслаивающаяся аневризма аорты с отхождением одной из почечной артерии была обнаружена у 10 (0,8%) пациентов. Из 10 операбельными оказались только 4 (40,0%) больных, которым была выполнена успешная реконструкция аорты с удовлетворительным гипотензивным эффектом.

Заключение. Применение высокоинформативных методов диагностики, повышение квалификации специалистов могут способствовать уменьшению серьезных осложнений, количество больных с ЭАГ, улучшению результатов лечения больных.

Несвоевременные операции при ВРГ у 25-35% больных не приводят к устранению АГ. Своевременное восстановление кровотока в 85-95% случаев приводит к нормализацию АД.

ЭКСТРАЦЕЛЛЮЛЯРНЫЙ КСЕНОГЕННЫЙ МАТРИКС ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

Абугалиев К.Р., Секеров Н.М.

АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии», г. Астана, Казахстан

Течение трофических язв нижних конечностей ассоциируется с длительным изнурительным лечением, бесперспективностью, отчаянием пациента и врача. Большое число больных с трофическими язвами создают значительные клинические и экономические проблемы для системы здравоохранения, общества. Например, расходы в США на лечение трофических язв составляет более 1 млрд \$, потеря дней трудоспособности составляет 2 млн дней в год [1]. Стоимость консервативного лечения трофических язв размером около 8 см² с применением методов тканевой инженерии и клеточных технологий, таких как трансплантация экстрацеллюлярного матрикса (ЕЦМ), живых эквивалентов кожи в среднем составил от 6000 до 11 000 \$, сроки лечения 21-28 недель при проценте выздоровления 47-50% [2]. Длительное существова-

ние больших и обширных трофических язв размером более 20 см² делает неперспективными любую консервативную терапию. Современные подходы лечения, такие как иссечение нежизнеспособных тканей и радикальное удаление очага хронической инфекции (Хохлов А.М., 2002; Светухин А.М. с соавт., 2003), VАС-терапия являются этапом подготовки обширной язвы к трансплантации аутокожи. Но необратимые нарушения в коже, подкожной клетчатке и фасции делают стандартную аутодермопластику (АДП) не эффективной (В.Ю. Богачев с соавт., 2003). Создаётся парадоксальная ситуация, когда для выполнения операции на венах требуется чистое операционное поле, а язва не заживает из-за невозможности выполнить операцию на сосудах.

Логика нашего лечения при трофических язвах – улучшение кровоснабжения в зоне язвы, подавление инфекции, создание оптимальных условий для восприятия кожного аутотрансплантата (АТ). Суть лечения заключается в полном иссечении и освобождении язвенной поверхности от рубцов, иссечение патологических грануляции, временной трансплантации ЕЦМ и окончательной АДП.

Иссечением рубцов достигается улучшение васкулиризации зоны язвы. Трансплантации ЕЦМ основаны на создании оптимальных условий для приживления кожного АТ: окончательной остановке кровотечения, подавления роста микроорганизмов на поверхности язвы, стимуляции процесса регенерации. Для трансплантации используются различные разновидности ЕЦМ: ЕЦМ с частицами серебра, йода, факторами роста, культивированными фибробластами.

Всего пролечено 11 пациентов. Сроки существования язвы от 6 месяцев до 13 лет. Размеры язвы от 25 до 700 см². Хирургическое лечение проводилось в два этапа. Первый этап – иссечение рубцов и патологических грануляции с трансплантацией КЭМ. Второй этап – АДП. В послеоперационном периоде отмечается полное приживление (1,0) трансплантатов у 7 пациентов, оптимальное приживление (0,8) у 4 пациентов.

Таким образом, комбинированное хирургическое лечение с применением биотехнологических методов лечения даёт хорошие послеоперационные результаты в виде полного приживления кожных трансплантатов, закрытия язв, что создаёт предпосылку для возможного хирургического лечения сосудистой патологии.

Библиография

1. Omar A.A , Mavor A.I. Jones A.M. Treatment of Venous Leg Ulcers with Dermagraft®. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery. 27 (6), (2004), pp. 666-672.
2. Carter M J, Waycaster C, Schaum K, Cost-Effectiveness of Three Adjunct Cellular/Tissue-Derived Products Used in the Management of Chronic Venous Leg Ulcers. Value in Health. 17 (8) (2014), pp. 801-813.

РЕТИНАЛЬНЫЙ И ОРБИТАЛЬНЫЙ КРОВОТОК У ПАЦИЕНТОВ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Аджемян Н.А., Киселева Т.Н., Ежов М.В.,* Ильина Н.В.

ФГБУ «МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России, г. Москва
** ФГУ Российский кардиологический научно-производственный комплекс МЗ и СР,*
Институт клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова, г. Москва

Целью исследования явилось изучение ретинального кровотока и состояние гемодинамики в ретробульбарных сосудах у пациентов с субклиническим атеросклерозом.

Материал и методы. Обследовано 45 добровольцев (90 глаз) в возрасте от 40 до 60 лет (средний возраст 48±8,6), из них 25 мужчин и 20 женщин. В исследование были включены лица без сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и жалоб со стороны органа зрения, с максимально корригируемой остротой зрения 0,8-1,0. Критериями исключения из исследования были: сахарный диабет, системные заболевания, заболевания органа зрения и патология рефракции, перенесенные ранее операции на глазах, гемодинамически значимый стеноз сонных артерий, прием статинов и других лекарственных средств, влияющих на показатели гемодинамики. Основную группу составили 30 (66,7%) человек, в которую вошли лица с нарушением липидограммы (гиперхолестеринемия, дислиппротеинемия) и лица, у которых при дуплексном сканировании

впервые были выявлены признаки атеросклероза брахиоцефальных артерий. Остальные 15 человек без изменений липидограммы сыворотки крови и брахиоцефальных артерий были включены в группу контроля. Помимо традиционного стандартного офтальмологического обследования всем лицам исследовали липидограмму сыворотки крови и проводили дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий и ретробульбарных сосудов, фоторегистрацию сосудов глазного дна с последующим калиброметрическим анализом.

Результаты. При проведении дуплексного сканирования брахиоцефальных сосудов у всех пациентов эхографически были выявлены признаки, свойственные атеросклеротическому поражению сосудов. У 19 (63,3%) из 30 пациентов выявлены атеросклеротические бляшки (АСБ), степень стеноза не превышала 20-25%. У 11(36,7%) пациентов наблюдали увеличение толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ). В 5 (%) процесс был двухсторонний. Показатели скорости кровотока в ОСА, ВСА, НСА, ПКА были в пределах нормы. Анализ результатов исследования показателей гемодинамики в ретробульбарных сосудах показал отсутствие статистически достоверных изменений максимальной систолической скорости кровотока (V_{syst}) в глазной артерии (ГА), центральной артерии сетчатки (ЦАС) и задних коротких цилиарных артериях (ЗКЦА) ($p > 0,05$) и достоверное повышение индекса периферического сопротивления (RI) в ЦАС, ЗКЦА ($p \leq 0,05$) у пациентов с атеросклерозом по сравнению с группой контроля. Показатели кровотока в центральной вене сетчатки (ЦВС), вортикозных венах (ВВ), верхней глазной вене (ВГВ) достоверно не отличались от таковых в группе контроля. Калиброметрия ретинальных сосудов показала, что средний диаметр венул у пациентов основной группы ($125 \pm 17,77 \mu m$) был достоверно выше по сравнению с данными группы контроля ($104 \pm 11 \mu m$), ($p < 0,05$). Достоверных различий среднего калибра артериол у пациентов основной группы ($78 \pm 7,2 \mu m$) по сравнению с группой контроля ($75 \pm 9 \mu m$) выявлено не было.

Заключение. У 66,7% лиц в возрасте от 40 до 60 лет в результате комплексного обследования установлены симптомы субклинического атеросклероза. Калиброметрический анализ сосудов глазного дна показал достоверное увеличение диаметра ретинальных венул без изменения ретинальных артериол. С помощью ультразвуковых доплеровских методов исследования выявлено увеличение вазорезистентности в ЦАС и ЗКЦА (в системе ретинальных и хориоидальных сосудов) у пациентов с субклиническим атеросклерозом, что свидетельствует о необходимости мониторинга состояния глазного кровотока наряду с дуплексным сканированием брахиоцефальных артерий у этих больных.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ ФИСТУЛ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Акшулаков С.К., Махамбетов Е.Т.

Национальный центр нейрохирургии, г. Астана, Казахстан

Артериовенозные фистулы представляют собой патологическое соединение сосудов в ткани головного мозга или в окружающих его структурах, когда одна или несколько артерий напрямую соединяются с одной или несколькими венами или венозными синусами. Это приводит к повышению давления в венах или венозных синусах. Некоторые фистулы могут не проявляться клинически, другие могут вызывать дискомфорт ввиду постоянного пульсирующего шума. В ряде случаев фистулы могут приводить к выраженному повышению венозного давления и в результате к таким жизнеугрожающим состояниям, как эпилепсия, внутричерепные кровоизлияния.

Целью лечения является разобщение фистулы, которое может быть осуществлено эндоваскулярной эмболизацией, хирургическим путем или комбинацией этих методов.

За период 2009 по 2014 годы нами проведено эндоваскулярное лечение 59 пациентов с артериовенозными фистулами головного мозга. Из них было 34 пациента с каротидно-кавернозными фистулами, в возрасте от 8 до 63 лет. С фистулами А типа было 30 пациентов, а с фистулами В типа было 4 пациента (Bagtow D.L, 1985). Для эмболизации фистул использовались отделяемые спирали, оникс или их комбинация. В 30 случаях осуществлен трансартериальный доступ и в 4 случаях трансвенозный. Во всех случаях произведено полное закрытие фи-

стул. Операционные осложнения отмечены в 3 случаях в виде транзиторного болевого синдрома в зоне иннервации тройничного нерва и в 1 случае в виде транзиторного пареза отводящего нерва.

Пациентов с дуральными фистулами было 19 человек в возрасте от 4 до 60 лет (средний возраст 39 лет). Фистулы 1 типа имелись у 1 пациента, 2 А типа у 3 и 2 В типа у 15 пациентов (Cognard С. et al. 1995). Клинические проявления фистул у всех пациентов были в виде головных болей, у 5 в виде внутричерепных кровоизлияний, у 2 в виде эпилептикоподобных и в 7 случаях сопровождались ощущением пульсирующего шума в голове. Во всех случаях кроме одного, эмболизация фистул осуществлялась через трансартериальный доступ путем введения оникса. В 15 случаях удалось добиться выключения фистул за один этап эмболизации. Операционные осложнения отмечены в 1 случае в виде внутричерепного кровоизлияния.

Пиальные артериовенозные фистулы составляют 1,6% от всех сосудистых мальформаций головного мозга. Нами пролечены 6 пациентов в возрасте от 12 до 66 лет. Во всех случаях осуществлено полное закрытие фистул трансартериальным доступом с помощью оникса. Операционное осложнение отмечено в одном случае в виде внутрижелудочкового кровоизлияния.

Таким образом, в серии наших наблюдений отмечены положительные результаты лечения артериовенозных фистул головного мозга с регрессом клинических симптомов при минимальном количестве интраоперационных осложнений и отсутствии летальности. Эндоваскулярная методика является эффективным методом лечения внутричерепных артериовенозных фистул. Показания к операции должны определяться с учетом клинических симптомов и оценки характера фистул с помощью специальных бальных шкал.

ДИНАМИКА ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА КРОВИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ В ПРОЦЕССЕ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У МУЖЧИН ПОСЛЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Аретинский В.Б., Мелкозерова Н.Ю., Мазырина М.В.

ГАУЗ СО ОСЦМП «Озеро Чусовское», г. Екатеринбург

На сегодняшний день остаются недостаточно изученными взаимоотношения между клиническим течением восстановительного периода ИМ и состоянием системы гемостаза, отсутствуют достоверные критерии оценки эффективности и медикаментозной терапии, и дозированной физической нагрузки в ранние сроки реабилитации после острого инфаркта миокарда (ОИМ).

Цель работы. Изучить изменения в тромбоцитарном звене гемостаза у больных после ОИМ в ходе раннего восстановительного лечения в зависимости от степени физической нагрузки.

Материалы и методы. Группу больных после ОИМ составили 68 мужчин в возрасте 53,0 ($\sigma = 7,9$) года, переведенных для восстановительного лечения из кардиологических отделений на 21-30-й день после ОИМ.

Вся группа послеинфарктных пациентов была поделена на две подгруппы: одна из которых имела в период восстановительного лечения ежедневную физическую нагрузку (+ФН-группа), другая, в силу разных причин, – нет (-ФН-группа). +ФН-группу составили 35 человек, -ФН-группа – 33.

Функциональное состояние тромбоцитов исследовали на лазерном анализаторе агрегации тромбоцитов «Биола LA230» (Россия). Процесс агрегации исследовался в обогащенной тромбоцитами плазме при добавлении следующих индукторов: коллаген в концентрации 20г/л, АДФ в концентрациях 10мг/л и 5мг/л. Использовались индукторы агрегации тромбоцитов фирмы «Технология-Стандарт» (Россия).

Определение гематокрита и подсчет числа тромбоцитов осуществлялось с помощью анализатора «ABX MICROS 60» (Франция).

Кровь для исследования забирали из вены 2 раза: перед началом реабилитации и через 10-14 дней восстановительного лечения.

Результаты. В +ФН-группе исходно примерно на 11% больше тромбоцитов (табл. 1), чем в –ФН-группе. При этом анализ агрегационной активности тромбоцитов показывает, что в группе, имеющих регулярную ФН в восстановительном периоде, до лечения наблюдается более выраженный эффект дезагрегационной терапии.

Таблица 1. Сравнение показателей тромбоцитарного гемостаза в -ФН- и +ФН-группах до начала реабилитации

Параметры		-ФН-группа		p	+ФН-группа	
		М	σ		М	σ
Тромбоциты ($\times 10^9$ /л)		275,5	62,0	0,16	298,6	106,5
Гематокрит (%)		45,0	4,6	0,90	45,1	4,1
Агрегация тромбоцитов (%), активированная	10 мг/л АДФ	59,5	16,2	0,43	57,1	17,5
	5 мг/л АДФ	48,8	16,1	0,20	45,3	18,1
	20 мг/л коллаген	63,2	15,7	0,43	60,3	21,3

У -ФН-группы существенных изменений числа тромбоцитов в ходе восстановительного лечения не произошло. У пациентов, имеющих регулярную ФН, на 7% снизилось среднее число тромбоцитов. Основных причин таких изменений концентрации тромбоцитов в периферической крови, по-видимому, две: 1) вследствие потребления кровяных пластинок; 2) вследствие изменения «нормального» распределения тромбоцитов.

В результате действия ФН увеличивается как объем, так и скорость кровотока, так называемый «гемодинамический удар» [4]. Кроме того, за счет выброса депонированной крови растет ее вязкость («рабочая гемоконцентрация»). Возрастающая «рабочая гемоконцентрация» в совокупности с «гемодинамическим ударом» приводит не только к увеличению сосудистого сопротивления, но и повреждению форменных элементов крови (в том числе и тромбоцитов) [3, 6]. У больных ИБС исходно имеются изменения в сосудистой стенке, поэтому ФН у них может приводить к большему увеличению сосудистого сопротивления, а, следовательно, и к более выраженному повреждению клеток крови. Следовательно, у послеинфарктных пациентов, имеющих в ходе восстановительного лечения регулярную ФН, происходит более выраженное разрушение кровяных пластинок, и как следствие этого – снижение их числа.

С другой стороны нельзя исключить и другое последствие адренергических влияний, вызванное ФН, – это появление в кровотоке тромбоцитов, депонированных в селезенке [2]. Если в норме селезеночный пул тромбоцитов составляет примерно 30% от общей массы кровяных пластинок в организме [2], то в результате регулярных физических тренировок он постепенно увеличивается, что является своего рода адаптацией к дефициту тромбоцитов в кровотоке во время или сразу после ФН.

При сравнении динамики агрегационной способности тромбоцитов в –ФН-группе наблюдается более выраженное снижение агрегационной активности кровяных пластинок, чем в +ФН-группе (табл. 1 и 2). Шитикова А.С. [5] указывает, что тромбоциты селезеночного пула более активны в функциональном отношении. У пациентов +ФН-группы под влиянием физических тренировок усиление адренергических влияний опосредует появление в кровотоке депонированных тромбоцитов, большая функциональная активность которых проявляется в меньшем снижении АДФ-индуцированной агрегации, а коллаген-индуцированная агрегация даже увеличивается в ходе восстановительного лечения.

Таблица 2. Сравнение показателей тромбоцитарного гемостаза в -ФН- и +ФН- группах после восстановительного лечения

Параметры	-ФН-группа		р	+ФН-группа		
	М	σ		М	σ	
Тромбоциты ($\times 10^9$ /л)	280,3	59,5	0,94	278,9	98,1	
Гематокрит (%)	43,6	4,1	0,83	43,8	4,5	
Агрегация тромбоцитов (%), активированная	10 мг/л АДФ	53,3	21,0	0,50	55,6	17,0
	5 мг/л АДФ	44,6	21,4	0,34	41,0	18,4
	20 мг/л коллаген	61,3	18,9	0,22	65,9	19,5

Заключение. Под влиянием регулярной ФН у пациентов после ОИМ снижается число тромбоцитов в периферической крови. Тем не менее, снижение числа тромбоцитов в +ФН-группе не приводит к значительному снижению агрегационной активности, а появление в кровотоке депонированных тромбоцитов, обладающих большей функциональной активностью, даже повышает агрегационную способность тромбоцитов с некоторыми индукторами (например, с коллагеном).

Список литературы.

1. Алексеев Н.А. Геморрагические диатезы и тромбофилии. – СПб.: Гиппократ, 2004. – 604 с.
2. Долгов В.В., Свирин П.В. Лабораторная диагностика нарушений гемостаза. – М. - Тверь: ООО «Издательство Триада», 2005. – 227 с.
3. Кузник Б.И. Физиология и патология системы крови. – М.: Вузовская книга, 2004 – 296 с.
4. Меерсон Ф.З. Адаптация к стрессорным ситуациям и физическим нагрузкам / Ф.З. Меерсон, М.Г. Пшенникова. – М.: Медицина, 1988. – 256 с.
5. Шитикова А.С. Тромбоцитарный гемостаз. – СПб: изд-во ГМУ, 2000.
6. Шиффман Ф.Дж. Патифизиология крови / пер. с англ. – М.: «Издательство БИ-НОМ», 2007. – 448 с.

**МЕСТО РИТМОКАРДИОГРАФИИ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ
НА АПК «КАПК-РК-01-«МИКОР» В СИСТЕМЕ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ НА БАЗЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО
РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА «ОЗЕРО ЧУСОВСКОЕ»**

Аретинский В.Б., Миронова Т.Ф., Клубникина Л.Ю.

ГАУЗ СО ОСЦМП «Озеро Чусовское», г. Екатеринбург

Актуальность. Согласно статистическим данным 2013 года 49,3% смертности в России от сердечно-сосудистых заболеваний составляет смерть от ишемической болезни сердца Кардиохирургия позволяет значительно снизить показатели смертности. Только в Екатеринбургском Центре сердечно-сосудистой хирургии на базе областной клинической больницы № 1 сегодня проводятся более 4500 операций на сердце и сосудах, среди которых 1500 – с искусственным кровообращением. Но от операции до возвращения пациента к работе находится трудный послеоперационный период. Ранняя кардиореабилитация позволяет значительно улучшить восстановление пациентов после операций на сердце. Так за 2013 год в нашем центре прошли реабилитацию 229 пациентов после коронарного шунтирования, 116 – после стентирования коронарных сосудов, 382 – после перенесенного инфаркта миокарда, 34 – после протезирования клапанов сердца. По нашим данным 45 процентов пациентов – это работающие активные люди. Необходимость полного и скорейшего восстановления таких пациентов очевидна.

Цели.

1. Проанализировать периферическую вегетативную и гуморально-метаболическую регуляцию пейсмейкерной активности синоатриального узла сердца, которая является конечным адресом многоуровневой системы вегетативной регуляции сердца.

2. Определить клиническое значение компьютерной ритмокардиографии для выбора методов восстановительного лечения, оценки динамики патологического процесса и эффективности терапии.

Материалы и методы. Более 5 лет в нашем центре, наряду с такими доступными методами оценки состояния здоровья и реабилитационных возможностей пациента, как тест шести-минутной ходьбы, пульсоксиметрия, мы используем ещё один высокочувствительный и мало затратный метод – компьютерную ритмокардиографию для анализа variability сердечного ритма – ВСР. Пациентам до начала курса реабилитации и в конце курса проводится исследование ВСР на аппаратно-программном комплексе компьютерной ритмокардиографии КАП-РК-01-«Микор» высокого разрешения с дискретизацией ЭКС 1000 Гц с последовательной регистрацией межсистолических RR-интервалов и анализом волновой структуры ритмокардиограмм (РКг) методами автокорреляционным временным статистическим и спектральным непараметрическим с быстрым преобразованием Фурье и окнами Хамминга и Парсена. Запись проводится утром, натощак, до приема лекарств и каких-либо процедур, чтобы максимально исключить влияние каких-либо факторов. Исследование включает 5 позиций: регистрация ВСР в покое (Ph), проба Вальсальвы-Бюркера (Vm), проба Ашнера (pA), активная ортостатическая проба (Aop), проба с физической нагрузкой, дозированной по ЧСС 120-PWC120. Данное исследование проводилось 112 пациентам мужского пола с ИБС. Из них 65 человек (58%) были пациенты после инфаркта миокарда со стентированием и без, и 47 человек (42%) – после коронарного шунтирования (АМКШ и МКШ).

Можно отметить снижение variability, а именно снижение SDNN: 0,0265 при поступлении и 0,0285 при выписке, что почти в два раза ниже нормы (0,052±0,006). Также самое мы видим и в отношении ARA: 0,034 и 0,0353 соответственно при норме 0,072±0,001. Ожидаемые результаты мы получили и в волновом спектре. Смещение факторов регуляции в сторону симпатического и гуморального звена регуляции сердечного ритма и явное снижение парасимпатической регуляции. Так, доля парасимпатических волн составила HF%=26,393±19,6% в первой пробе покоя и 25,379±16,126% во второй при норме 39,41±4,8%. Из положительных влияний кратковременного реабилитационного курса можно отметить:

- увеличение общей variability всех волн сердечного ритма: SDNN =0,285 ±0,0071 сек. после лечения по сравнению с исходным показателем SDNN=0,265±0,002 сек., а также увеличение значения ARA, показателя, протектирующего парасимпатического воздействия. В исходной ситуации до курсового лечения ARA=0,034±0,015 сек., а после 0,0353 ±0,017 сек при p<0,05, соответственно;

- уменьшение суммарного количества и продолжительности участков стабилизации РКГ до и после курса восстановительного лечения (4,3 мсек в среднем при поступлении и 2,24 мсек – после курса восстановительного лечения);

- уменьшение числа аритмий (среднее количество экстрасистол при поступлении 4,3 уменьшилось до 2,24 после курса реабилитации);

- увеличение времени реакции на стимул в активной ортопробе (сниженное в первой записи РКГ (исходно перед лечением) ΔRR=0,24±0,1сек при норме 0,2994 сек, в конце курса лечения приблизилось к нормальным показателям: -0,2737±0,13 сек). Также можно было отметить более выраженный прирост симпатического спектра в частотном анализе, что соответствует адекватной реакции на ортопробу.

Выводы:

1. Нестабильность клинко-функционального состояния пациентов, после операции КШ, при переводе на долечивание непосредственно из кардиохирургических клиник определяют трудности восстановительного лечения этой категории больных. Именно в достаточно нестабильном состоянии, на этапе комплексного долечивания, больных, начинается систематическое использование, различных видов дозированных физических нагрузок и широкого спектра физиотерапевтических методов.

2. РКГ – исследование не инвазивное, не затратное и информативное, что позволяет проводить его несколько раз за время реабилитации пациента, контролировать реакцию пациента на уровень нагрузок и, при необходимости, изменять их.

Литература:

1. Миронова Т.Ф., Миронов В.А. *Вариабельность сердечного ритма при ишемической болезни сердца*. – 2-е изд., испр. и доп. – Челябинск, 2008. – 173 с.

2. Аретинский В.Б., Антюфьев В.Ф. *Современные технологии восстановительной медицины. Медицинская реабилитация пациентов с болезнями сосудов сердца и мозга: сб. научн. ст.* – Екатеринбург, 2004. – 227 с.

3. Аретинский В.Б. *Система восстановительного лечения после операций аортокоронарного шунтирования и эндоваскулярного протезирования коронарных артерий: дисс. на соискание уч.ст. д.м.н.* – М., 2008. – 305 с.

ВОЛНОВЫЕ ПРОЦЕССЫ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЕ В КРИТИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ

Астахов Арнольд А., Астахов Алексей А.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ЮУГМУ, г. Челябинск

В сообщении будет представлено развитие метода реографии в России и на кафедре анестезиологии и реаниматологии. Истоком метода был А.А. Кедров и весь мир называл этот метод русским. В 1937 году он писал «при введении пальца в цепь переменного электрического тока регистрировались пульсовые колебания кровенаполнения сосудов». Метод называли реографией, плетизмографией.

Б.И. Мажбич и Т.П. Шевченко (1984) – показали, что электрического сопротивления на туловище приходится 30%, а 70% приходилось на конечности. Г.П. Матвейков и С.С. Пшоник (1976) применили функциональные пробы с эуфиллином и нитроглицерином, никотином, папаверином и сделали вывод о том, что **«изменения реограмм предшествуют появлению клинических признаков функционального состояния органов»**.

Лидер реографии своего времени Ю.Т. Пушкарь (1986) выделил временные этапы развития реографии: ПЕРВЫЙ – качественная регистрация связанная с изменением сердечного цикла (отличилась у здоровых и больных), ВТОРОЙ – количественный – **ИМПЕДАНСОМЕТРИЧЕСКИЙ** (ААА). В это время были предложены полуэмпирические формулы для оценки ударного объема и регионарного кровотока. Им же только обозначен был ТРЕТИЙ этап в виде **«создания удобных автоматизированных устройств ... для количественных данных. И обоснованную интерпретацию ... с развернутой характеристикой основных элементов кровообращения»**.

Ю.Т. Пушкарь обозначил, а мы в 1991 году в Венеции впервые доложили о глубоком неинвазивном мониторинге (А.А. Astakhov, I.V. Kiryanov); в 1993 году в Лондоне мы (А.А. Astakhov, I.V. Kiryanov, A.N. Ragozin) уже сообщили о расширенных диагностических возможностях путем привлечения расчетов о вариабельности сердца и сосудов одновременно. Это было первое сообщение в мире о возможности одновременно **МОНИТОРИРОВАТЬ** вариабельность комплекса параметров гемодинамики. Обычно анализировали только вариабельность ритма сердца. Мы применили уже тогда 12 показателей функций сердца и сосудов, которые колебались в кардиоинтервале между двумя сердцебиениями. Было проведено 4 всероссийских симпозиума в Челябинске. Первая публикация комплекса вариабельности 4 параметров в мировой литературе была наша: «Deep noninvasive monitoring of hemodynamics by impedancardiography and cardiointervalography Astakhov, A.; Kiryanov, I.; Rogosin, A. Computers in Cardiology 1993, Proceedings. Volume , Issue , 5-8 Sep 1993 Page(s):707 – 710 (Digital Object Identifier 10.1109/CIC.1993.378304). Многие наши работы вошли в библиографический сборник по импедансной кардиографии «A BIBLIOGRAFY OF PUBLICATIONS RELATED TO IMPEDANCE CARDIOGRAPHY 1996-1992». Кубичек сам прислал нам этот сборник с пожеланиями.

Первый макет прибора «КЕНТАВР» созданный в НИИ измерительной техники г. Челябинска (Михаил Зеликович Губницкий) осваивался в клинике в 1983 году.

Начиная с пятого поколения разнообразный мониторинг ИМПЕДАНСОМЕТРИИ, оксиметрии, CO₂, регистрации метаболизма «on line» разрабатывает Игорь Вениаминович Кирьянов в своей фирме «МИКРОЛЮКС». Пошли проверку мониторы фирмы ТРИТОН (Екатеринбург). Защищены докторские (6) и кандидатские (30) диссертации.

На одной из последних защит возникло предложение использовать перечисленные приборы, производящие на Урале средством более дешевого, но не менее надежного еврозамещения.

Высшей степенью научности и доказательности приведены в защите диссертации по нелинейным процессам у больных в критических состояниях (Алексей А. Астахов). Именно нелинейные процессы вариабельности групп параметров реографии раскрывают новые глубины регуляции в сердечно-сосудистой системе.

В докладе будут представлены вариации доказательных процессов волновой динамики с позиции диагностики состояния регуляторных процессов, критериев тяжести состояния критических больных и прогноза.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С БИКАРОТИДНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Аюпов А.М., Кривошеков Е.П., Дмитриева И.А., Мирзаева Ш.А.

*ГБУЗ «Самарская Областная клиническая больница им. Середавина»,
ГОУ ВПО «Самарский Государственный медицинский университет», г. Самара*

Поражение экстракраниальных артерий занимает третье место среди причин инвалидизации и смертности. Ежегодно – 300-500 человек на 100000 населения переносит острое нарушение мозгового кровообращения, поэтому ориентировочное число подобных больных в области с населением около 3,5 млн. человек увеличивается на 11500.

Определение показаний к хирургическому лечению атеросклеротического поражения магистральных артерий головы и шеи играет оценку ангиологического статуса. Проводится методами ультразвуковой, лучевой и рентгенэндоваскулярной диагностики. Это позволяют определять 1) характер и степень окклюзирующего поражения, 2) состояние компенсаторных механизмов, 3) функциональное состояние церебральной гемодинамики.

Хирургическое лечение церебрального атеросклероза, прежде всего, преследует профилактические цели и основной операцией является каротидная эндартерэктомия.

В отделении сосудистой хирургии Самарской областной клинической больницы им. Середавина выполнено 143 операции 75 больным с бикаротидным поражением. У всех больных причиной поражения сонных артерий был атеросклероз (95,1%) и патологическая извитость с гемодинамически значимым нарушением кровообращения (4,9%). Сюда не вошли больные, оперированные в экстренном порядке по поводу ранений сонных артерий и посттравматических ложных аневризм сонных артерий. Возраст оперированных больных от 38 до 75 лет (в среднем 56,5±0,5 года), оперировано 6 женщин, и 69 мужчин.

По классификации А.В. Покровского, хроническая сосудисто-мозговая недостаточность протекала асимптомно (I стадия) у 22,9% пациентов. Транзиторные ишемические атаки – ТИА – (II стадия) наблюдались у 27,3%. Дисциркуляторная энцефалопатия (III стадия) была в 5,9%. ОНМК (IV стадия) перенесли 43,9% больных.

Классическая эндартерэктомия была выполнена в 35,4% случаев, эверсионная методика в 64,6%. Временный внутрипросветный шунт был использован в 7,7% случаев от общего количества операций, а в при бикаротидном поражении, когда имелась окклюзия ВСА с одной стороны, внутрипросветный шунт использован в 3,1% случаев.

Все операции выполняются под общим обезболиванием с интраоперационным неинвазивным контролем региональной церебральной оксиметрии аппаратом INVOS Cerebral Oximeter (Somanetics Corp, Troy, MI). В случае снижения оксигенации ниже 40-45% при пережатии сонных артерий – выполнение эндартерэктомии продолжается с использованием временного внутрипросветного шунта.

В настоящей работе нами анализированы интра- и послеоперационные результаты каротидной эндартерэктомии. При оценке эффективности произведенной операции, прежде всего, учитывались сохранность кровотока по реконструированным сосудам, частота интра- и послеоперационных осложнений.

Интраоперационной летальности не было, в интраоперационном периоде у 2 больных развился инсульт в бассейне оперированной ВСА. В раннем послеоперационном периоде у 5 больных развились неврологические осложнения; у 2 – ТИА в оперированном бассейне, у 3 – ишемический инсульт в бассейне реконструированной ВСА. В группе больных с остаточными явлениями инсульта умерли 4 больных. Частота послеоперационных ишемических неврологических осложнений составила 4,9%.

Послеоперационные неврологические осложнения возникали в связи с множественными поражениями брахиоцефальных сосудов. Для улучшения результатов хирургического лечения необходимо своевременное выявление и лечение подобных больных.

В нашем исследовании частота интра- и послеоперационных неврологических осложнений составила 4,9%, что вполне соответствует данным литературы. Это еще раз подтверждает целесообразность хирургического лечения больных.

ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ СОВРЕМЕННОМ МИНИИНВАЗИВНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Беленцов С.М.

МЦ Ангиолайн, г. Екатеринбург

Введение. Внедрение новых миниинвазивных методов лечения пациентов с варикозной болезнью позволило проводить вмешательства в амбулаторном порядке, значительно уменьшить хирургическую травму, продолжительность вмешательства и практически полностью исключить иммобилизацию пациентов в послеоперационном периоде. Все это способствует уменьшению риска развития венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) во время самого вмешательства и в послеоперационном периоде. Необходимость и целесообразность медикаментозных методов профилактики ВТЭО при термооблитерации и Эхо-Фоам-склеротерапии несостоятельных магистральных стволов подкожных вен, перфорантных вен вызывает сомнения. Все эти пациенты используют эластическую компрессию нижних конечностей, не требуется соблюдение постельного режима, продолжительность вмешательств небольшая. Все вместе это должно минимизировать опасность ВТЭО.

Цель. Определить вероятность ВТЭО у пациентов при проведении современных миниинвазивных хирургических вмешательств и необходимость включения в комплекс профилактических мер медикаментозной профилактики.

Материал и методы. Эхо-Фоам-склеротерапия выполнена 1516 больным, манипуляции проведены на 1844 нижних конечностях. Всего было 1468 больших подкожных вен (БПВ), 290 малых подкожных вен (МПВ), 727 несостоятельных перфорантных вен (НПВ). Радиочастотная абляция (РЧА) выполнена на 1568 нижних конечностях, воздействию подвергнуто 1437 БПВ, 89 МПВ, 31 передняя добавочная вена БПВ (ПДВ БПВ), 15 НПВ. Эндовазальная лазерная коагуляция (ЭВЛК) проведена на 454 нижних конечностях – 102 БПВ, 201 МПВ, 61 ПДВ БПВ и 108 НПВ.

Все вмешательства проводились под местной анестезией (кроме одной пациентки, которой РЧА БПВ с 2-х сторон и одной МПВ проведена под спинальной анестезией). В связи с этим все пациенты покидали лечебное учреждение самостоятельно, без какого либо периода обездвиженности после операции.

Результаты и обсуждение. Хронологически вначале были внедрен метод Эхо-Фоам-склеротерапии, который стал «полигоном» отработки методик профилактики ВТЭО. Учитывая тот факт, что всем данным пациентам проводилась эластическая компрессия, полностью отсутствовала иммобилизация после проведенной процедуры, как медикаментозное прикрытие было избрано назначение аспирина в дозе 1 мг/кг массы тела. Тем не менее, в послеоперационном

периоде на 24 нижних конечностях при УЗДС был обнаружен тромбоз глубоких вен, что составило 1,1%. Случаев тромбоэмболии легочной артерии не отмечено. Накопленный опыт показал необходимость усиления профилактических мероприятий. Поэтому в дальнейшем пациентам, подвергающимся РЧА, ЭВЛК, помимо аспирина, назначаемого на протяжении 1 месяца, перед операцией однократно проводили инъекцию низкомолекулярного гепарина в профилактической дозе. Контрольное УЗДС в первые 3 суток после вмешательства ни в одном случае не выявило тромбоза глубоких вен.

Опыт проведения профилактики ВТЭО в таком объеме показал, кроме того, безопасность подобного подхода. Во время операций, а также в послеоперационном периоде не отмечено случаев геморрагических осложнений.

Выводы. Миниинвазивные вмешательства на венах относятся к группе низкого риска развития ВТЭО. Частота развития ТГВ составляет около 1%. Уменьшить риск ВТЭО в данной группе пациентов, помимо эластической компрессии нижних конечностей и исключения иммобилизации, позволяет назначение аспирина и однократное применение низкомолекулярного гепарина в профилактической дозе. Данный подход доказал свою эффективность и безопасность.

С1 КЛАСС ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

Беленцов С.М., Эктова М.В.

МЦ Ангиолайн, г. Екатеринбург

Введение. Согласно эпидемиологическим исследованиям, значительная часть взрослого населения развитых стран имеют С1 класс хронических заболеваний вен (ХЗВ). Споры о природе С1 класса не утихают. До настоящего времени нет отчетливого понимания механизмов развития заболевания, влияния на качество жизни, эффективных методов лечения и профилактики. К данному классу сформировано отношение как в большей степени эстетической проблеме. Однако и врачи, и пациенты сходятся в одном: телеангиоэктазии – это патологические вены, которые подлежат устранению. Особенностью этих вен является их резистентность к микросклеротерапии (и другим методам) и выраженная склонность к рецидивированию. Поиск эффективных методов устранения телеангиоэктазий является актуальным в современном мире.

Цель. Определить наиболее эффективные методы устранения телеангиоэктазий на основе современных возможностей объективной оценки результатов, влияние результатов лечения на качество жизни пациентов.

Материал и методы. Для устранения телеангиоэктазий использовались микросклеротерапия (жидкой и микропенной формой склерозанта) и методы термического воздействия – лазерная коагуляция (аппарат ЛСП-«ИРЭ-Полус» с длиной волны 0,97 мкм, Россия) и термокоагуляция (аппарат ТС-3000, Бельгия). Последние 2 метода более комфортны для пациентов, так как не требуют круглосуточной эластической компрессии. Анализируемый опыт лечения – 1428 пациентов с С1 классом ХЗВ. Объективная оценка результатов лечения проводилась с помощью фотографирования с высоким разрешением снимков и последующей обработкой на компьютере. Качество жизни пациентов оценивалось в динамике с помощью опросника CIVIQ-2, а также определяли зависимость симптомов ХЗВ от анатомического успеха.

Результаты и обсуждение. Основной жалобой пациентов был эстетический дефект. Кроме этого, 82,8% предъявляли и иные жалобы: у 15,3% пациентов основной жалобой были судороги, у 37,3% – тяжесть в ногах, отек – у 8%, гиперпигментация – у 1%, парестезии – у 21,2%. Микросклеротерапия привела к исчезновению или значительному уменьшению телеангиоэктазий у 72,9%. Осложнения отмечены у 1,2% больных (поверхностный тромбофлебит 0,8%, и поверхностные некрозы кожи 0,4%, которые эпителизировались за 4 недели без грубых эстетических дефектов). Характерной чертой микросклеротерапии является значительное снижение эффективности её по мере уменьшения диаметра телеангиоэктазий. При анализе динамики наиболее специфичных для ХЗВ симптомов установлено, что у пациентов с устраненными телеангиоэктазиями судороги купированы в 85,2% случаев, при наличии телеангиоэктазий

судороги сохранялись у всех пациентов. Отеки были купированы у 44% при анатомическом успехе и только у 20% после безуспешной микросклеротерапии. Тяжесть в ногах отсутствовала у 69% пациентов при условии анатомического успеха и у 25% при имеющихся внутрикожных варикозных венах. Оценка качества жизни методом анкетирования с использованием опросника CIVIQ-2 показала, что до начала микросклеротерапии средний показатель качества жизни был $44,6 \pm 3,27$ балла, спустя 1 месяц $28,7 \pm 2,23$ балла ($p \leq 0,05$).

Сравнение эффективности перечисленных выше методов устранения телеангиоэктазий позволило определить оптимальный алгоритм их применения. При диаметре телеангиоэктазий более 0,6 мм, как первый этап, проведение микросклеротерапии с использованием хирургом оптического увеличения позволяет устранить большую часть патологических сосудов. Спустя 2 месяца, в случае неудовлетворительного эффекта, показана термокоагуляция. При диаметре внутрикожных вен 0,6 мм и менее термокоагуляция проводится как первый и единственный этап и обеспечивает лучшие результаты и комфорт для пациентов.

Выводы. У большинства пациентов с С1 классом ХЗВ определяются типичные симптомы заболевания, ухудшающие качество жизни. Анатомический успех позволяет улучшить данные показатели. Выбор хирургического метода лечения зависит от диаметра телеангиоэктазий. Использование оптического увеличения при микросклеротерапии, термокоагуляции при диаметре вен менее 0,6 мм, фотофиксация с последующим анализом снимков на компьютере позволяют добиться лучших результатов и объективизировать их.

ТЕРМОКОАГУЛЯЦИЯ ТЕЛЕАНГИОЭКТАЗИЙ: ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО МЕТОДА

Беленцов С.М., Эктова М.В., Веселов Б.А., Чукин С.А., Макаров С.Е.

МЦ Ангиолайн, г. Екатеринбург

Введение. С1 класс хронических заболеваний вен включает в себя, в том числе, телеангиоэктазии. Они представляют собой в большей степени эстетический дефект и характеризуются резистентностью к имеющимся в настоящее время в арсенале врачей методам их устранения. Кроме того, как лазерная коагуляция, так и микросклеротерапия несут в себе хотя и минимальный, но риск осложнений, вплоть до некроза кожи, что для манипуляций, проводимых по эстетическим показаниям, на наш взгляд, абсолютно неприемлемо. Появившийся несколько лет назад метод термокоагуляции обладает преимуществами в сравнении с вышеперечисленными, но был сертифицирован в России только около года назад, и результаты его применения требуют дополнительного исследования.

Цель. Оценить результаты устранения телеангиоэктазий с помощью термокоагуляции, объективизировать результаты лечения и определить условия повышения эффективности метода.

Материал и методы. Термокоагуляция проводилась с использованием аппарата ТС-3000 (Бельгия). Она характеризуется неинвазивностью (контактное воздействие без необходимости инъекций) и крайне узким кругом противопоказаний, которыми являются только аллергия на хром и никель и наличие у пациента искусственного водителя ритма сердца. Телеангиоэктазии могут удаляться как на нижних конечностях, так и на любом другом участке тела, в т.ч. на лице. В связи с этим производитель выпускает 2 вида рабочих электродов – диаметром 0,3 мм и 0,6 мм, первые используются для лица. Лечение не связано с необходимостью эластической компрессии и ограничением физической активности. Характерной особенностью является гиперемия кожи после проведенной процедуры, исчезающая за 2-3 дня, и образование в местах контакта электродов с кожей темно-красных корочек, размером соответствующих площади контакта с электродами, и исчезающими через 3-4 недели. В связи с контактным механизмом воздействия исключена возможность обширного поражения кожи и осложнений в виде ее некроза. Производителем заявлена эффективность, приближающаяся к абсолютной.

Наш опыт к настоящему времени составляет 96 пациентов. Один сеанс позволял провести 300 импульсов на нижней конечности, в среднем по 1 импульсу на каждый миллиметр. Таким образом, до 30-35 см телеангиоэктазий можно подвергнуть воздействию за сеанс. Объек-

тивность оценки результатов лечения достигалась использованием фотофиксация с компьютерным анализом разбитых на зоны поверхностей. Определяли количество устраненных телеангиоэктазий в процентах.

Результаты и обсуждение. Установлено, что наилучший эффект дает воздействие на телеангиоэктазии диаметром 0,6 мм и менее, при этом $92 \pm 7,2\%$ телеангиоэктазий исчезают в течение 1 месяца практически бесследно. Эффективность возрастает с уменьшением диаметра и снижается по мере его нарастания. Телеангиоэктазии размером более 1 мм практически не меняются после воздействия на них термокоагуляцией. Проводя сравнение с микросклеротерапией, при использовании которой установлено, что для нее наиболее резистентными являются телеангиоэктазии диаметром 0,6 мм и менее, мы сделали заключение, что использование этих методов в комбинации позволит улучшить результаты лечения этой группы пациентов.

Осложнений после использования термокоагуляции не наблюдалось. Отличительной чертой термокоагуляции является ее комфортность для пациентов: болевые ощущения во время процедуры умеренные, как правило, ниже, чем при микросклеротерапии, и отсутствуют после окончания вмешательства. Нет ограничений физической активности и необходимости эластической компрессии, что позволяет пациентам вести привычный образ жизни.

Выводы. Первый опыт использования термокоагуляции телеангиоэктазий показал высокую эффективность и безопасность метода, особенно при диаметре сосудов 0,6 мм и менее. Метод отличается комфортностью для пациентов, не связан с применением эластической компрессии и ограничением физической активности.

МОЖЕТ ЛИ ХРОНИЧЕСКАЯ ВЕНОЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРЕДРАСПОЛАГАТЬ К НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ СОБЫТИЯМ?

Бондаренко П.Б., Подсулонникова Е.Д., Иванов М.А., Новикова А.И., Ермина М.Ю.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. С. Петербург

Хроническая венозная недостаточность (ХВН) в большинстве случаев не рассматривается как предиктор кардиваскулярных событий.

Цель настоящего исследования – изучить связь между различными вариантами ХВН и кардиометаболическими проблемами.

Материалы и методы. В основу работы легли наблюдения за 64 больными с варикозным расширением вен нижних конечностей, которым выполнялась флебэктомия. Среди них зарегистрировано 18 пациентов с признаками перенесенного тромбоза в проекции большой или малой подкожной вен (основная группа). В контрольную группу (46 человек) вошли лица без признаков тромботических осложнений. В течение 36 месяцев осуществлялось наблюдение за оперированными больными для выявления неблагоприятных кардиваскулярных событий, анализировалась тяжесть проявлений ХВН по VCSS, и CEAP, исследовались компоненты метаболического синдрома, выполнялось дуплексное сканирование сонных артерий и вен нижних конечностей, ЭХО-кардиография, КТ-ангиография. Математическую обработку проводили с использованием пакета программ STATISTICA 10. Результаты были разнесены по шкале среднеарифметических значений (mean) \pm стандартное отклонение (SD). Сравнение групп средних арифметических значений было проведено посредством использования однофакторного дисперсионного анализа. Разница в категориальных переменных была проанализирована посредством χ^2 Пирсона и критерий Фишера. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Заслуживает внимание ассоциация между выраженными признаками ХВН (VCSS > 19) и наличием атеросклеротических бляшек на уровне сонных артерий ($p < 0,05$).

У больных с висцеральным ожирением достоверно чаще регистрировались значительные отклонения венозного оттока ($C > 4$; $p < 0,05$)/

Наличие артериальной гипертензии связано с выраженными признаками ХВН (VCSS > 19 ; $p < 0,05$).

У пациентов с сахарным диабетом также регистрировались значительные нарушения венозного оттока ($VCSS > 19$; $p < 0,05$), которые свойственны лицам с венозными тромбозами и посттромботическим синдромом.

За время наблюдения в основной группе достоверно чаще регистрировался инфаркт миокарда и флеботромбоз (11% против 2,1% и 17% против 2,1%, соответственно). Ишемический инсульт отмечен у одного пациента из каждой группы.

Выводы. Выраженные проявления ХВН отмечены у пациентов с компонентами метаболического синдрома, что достоверно чаще сопровождается развитием неблагоприятных кардиоваскулярных событий.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ НА КАРОТИДНОЙ БИФУРКАЦИИ У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ

Владимирский В.В., Фокин А.А., Жабреев А.В.

ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», г. Челябинск

Сопутствующая патология является сдерживающим фактором для более широкого использования прямого хирургического вмешательства на брахиоцефальных артериях у лиц пожилого возраста.

Материалы и методы. В Центре хирургии сердца и сосудов с 2011 по 2013 г. 301 пациенту в возрасте старше 60 лет было выполнено 331 вмешательство на каротидной бифуркации. Пациенты в возрасте 60-69 лет составили 59,8%, 70-79 лет – 36,5%, 80-83 лет – 3,7%. Мужчин было 220 (72,7%), женщин – 81 (27,3%) в возрасте от 60 до 83 (в среднем 67,7) лет. Всего 280 больным выполнено 310 каротидных эндартерэктомий, при этом классическая эндартерэктомия с использованием синтетической заплаты – в 72 (23,2%), эверсионная – в 238 (76,8%) случаях. В этой группе у 19 пациентов операция выполнялась первым этапом одномоментно с аортокоронарным шунтированием. Еще у 6 из них первым этапом выполнено коронарное стентирование, а через 6 месяцев – каротидная эндартерэктомия. При прямых хирургических операциях использовали общую анестезию; церебральный оксиметр. Внутрипросветный шунт потребовался у 4,0% больных. Каротидное стентирование выполнено 21 (7,0%) пациенту.

Результаты. За 3 года послеоперационный ишемический инсульт развился у 3 (1,1%) пациентов после прямой хирургической операции, при этом один из них (0,4%) умер от кровоизлияния в зону инсульта. Два (1,2%) инсульта развились в группе до 70, один (0,9%) инсульт – в группе пациентов старше 70 лет. Острый инфаркт миокарда подтвержден в послеоперационном периоде у 2 (0,5%) пациентов; один был младше, второй – старше 70 лет. Из 21 каротидного стентирования, 18 выполнено пациентам старше 70 лет высокого риска (ХСН III-IV ф.к. по NYHA или доказанная выраженная левожелудочковая дисфункция, свежий инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия III-IV ф.к., тяжелая ХОБЛ, тяжелый сахарный диабет). Осложнений после баллонной ангиопластики со стентированием сонной артерии не было. В исследуемой группе, после прямой операции показатель инсульт + инфаркт составил 1,8%.

Обсуждение. Таким образом, полученный суммарный результат можно считать приемлемыми, т.к. согласно данным крупных международных исследований общий показатель инсульт + инфаркт после каротидной эндартерэктомии не должен превышать 3-4% [*Сосудистая хирургия. Национальное руководство. Краткое издание под редакцией В.С. Савельева, А.И. Кириенко, 2012*]. Среди пожилых пациентов, имеющих стандартный риск операции, достоверной разницы по частоте осложнений в возрастных группах до и после 70 лет не получено ($p > 0,05$). Очевидно, при стенозе каротидной бифуркации у пациентов пожилого и старческого возраста необходим поиск баланса между эффективностью и безопасностью инвазивной процедуры. Мы считаем, что для минимизации частоты пери и послеоперационных осложнений, каротидные реконструкции должен выполнять ангиохирург с большим опытом подобных вмешательств. В штат ангиохирургического отделения должен входить кардиолог и невролог. Необходима тщательная оценка анестезиологического риска. Для оценки толерантности мозга к пережатию сонной артерии следует использовать церебральный оксиметр. При значимом поражении каро-

тидной бифуркации и многососудистом поражении коронарного русла целесообразно выполнение одномоментной операции.

Выводы. Каротидная эндартерэктомия у пожилых пациентов стандартного риска эффективна и достаточно безопасна. У пожилых пациентов высокого риска предпочтительно каротидное стентирование.

КАРОТИДНАЯ ЭНДАРТЕРЭКТОМИЯ ПРИ ДВУСТОРОННИХ СТЕНОЗАХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА

Гавриленко А.В., Султаналиев Т.А., Жумадилов А.Ш.,
Сагандыков И.Н., Сулейменов С.С., Иманбаев М.Н.

г. Астана, Казахстан

Выбор хирургического вмешательства на современном уровне у соматически сложных пациентов при билатеральных поражениях артерий каротидного бассейна, его этапность до настоящего времени представляет трудоемкую задачу. «Золотым стандартом» профилактики нарушений мозгового кровообращения остается каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ). По результатам многих исследователей, выбор метода анестезии является важным вопросом при открытых операциях на бифуркации сонных артерий (СА). Наличие кардиальной патологии, хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ), распространенность атеросклеротического процесса, преимущественно артерий экстракраниального бассейна, высокого анестезиологического риска, явились необходимостью в нашей практике выполнения КЭАЭ под региональной анестезией – блокадой шейного сплетения – с сохранением сознания пациентов во время операции.

Цель. Оценить методику регионарной анестезии у пациентов с двусторонними стенозными поражениями СА после этапных КЭАЭ с высоким операционным риском.

Материал и методы. Проанализирован опыт 490 операций у 398 больных по восстановлению кровотока ВСА. ИБС 3-4 ФК наблюдалась у 237 (59,6%) пациентов, АГ-189 (47,5%), сахарный диабет – 97 (24,7%), ХОБЛ-27 (6,78%) случаев. По данным УЗДГ+ДСС, МСКТА, ангиографии у 254 больных (64%) выявлены двусторонние окклюзионно-стенозические поражения (СА). Из этой группы только 92 (36,2%) пациентам произведены поэтапные реконструкции ВСА – всего 184(100%). Эндотрахеальная интубация использована в 150 (81,5%) – I группа, регионарная анестезия – блокада шейного сплетения – в 34 (18,5%) случаях – II группа. Последнее осуществлялось анестетиками эхогенными иглами под контролем УЗИ аппарата с высокой разрешающей способностью. Во время операции проводился мониторинг за неврологическим статусом бодрствующего пациента, проба на толерантность к ишемии головного мозга, определялся уровень ретроградного систолического давления во ВСА. С целью профилактики общемозговых нарушений проводили противоишемические мероприятия; при вероятном гиперперфузионном синдроме – применяли производные кверцетина. Для контроля сердечнососудистой системы и защиты от кардиальной ишемии – пульсоксиметрия, ЭКГ, инвазивный мониторинг АД.

Результаты. В I группе поэтапно КЭАЭ провели в сроки от 4-х недель до 30 месяцев. Неврологические осложнения – преходящие нарушения МК, инсульт – после 1 этапа отмечены в 6 случаях. 4 больных в результате КЭАЭ на противоположной стороне от 6 месяцев до 1,5 лет находились на излечении по поводу перенесенного раннем послеоперационном периоде инсульта. Один пациент умер по причине обширной геморрагии головного мозга и развитием гиперперфузии. 17 больным II группы в течение от 1,5 до 2-х месяцев поэтапно выполнены КЭАЭ с обеих сторон под регионарной анестезией. Вначале традиционно оперировали более пораженное устье ВСА и ввиду отсутствия неврологического дефицита очередным этапом вмешательства в оптимальные сроки удалось значительно повысить клинический эффект операции – регресс неврологического дефицита. 7 пациентам через 2-3 месяца выполнено АКШ по месту жительства.

Таким образом, поэтапное восстановление кровотока по экстракраниальным артериям в значительной мере уменьшает выраженность когнитивного дефицита, улучшает качество жизни, снижает риск развития кардиальных катастроф. Регионарная анестезия обеспечивает наилучший мониторинг функции головного мозга, а также сохраняет анальгезию операционной раны в ближайшие часы благодаря действию местных анестетиков.

СТРУКТУРНОЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ РАЗЛИЧНОГО РИСКА

Григоричева Е.А., Мельников И.Ю., Бастриков О.Ю.

ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава Российской Федерации, г. Челябинск

Цель исследования: сопоставить показатели толщины сосудистой стенки, функции эндотелия и жесткости во взаимосвязи с факторами кардиоваскулярного риска у больных с артериальной гипертензией различного риска, сахарным диабетом и ишемической болезнью сердца.

Материал и методы исследования. В исследование включено 400 пациентов с артериальной гипертензией (АГ), из них 100 человек с АГ, ассоциированной с сахарным диабетом, 100 человек с АГ, ассоциированной с ИБС, 100 человек с АГ среднего и высокого риска и 100 человек с АГ низкого риска сердечно-сосудистых осложнений, 250 женщин и 150 мужчин, в возрасте от 20 до 75 лет. Проводили ультразвуковое исследование сонных артерий с измерением толщины сосудистой стенки (ТИМ) и систолического и диастолического диаметров в М-режиме (среднее по 3 сердечным циклам), по данным которого рассчитывали показатели локальной жесткости артерий: растяжимость, модули эластичности Петерсона и Юнга, индекс жесткости. Функцию эндотелия оценивали по результатам пробы с реактивной гиперемией плечевой артерии. Суточное мониторирование артериального давления проводилось осциллометрическим методом на аппарате VPlab (производитель «Петр Телегин») с последующим расчетом центрального давления в аорте (ЦАДАо) и скорости распространения пульсовой волны (PWVao) в лаборатории предприятия-изготовителя с применением пакета прикладных программ Vasotens Office. Оценивались следующие факторы сердечно-сосудистого риска – пол, возраст, ранний семейный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний, курение, абдоминальное ожирение, показатели липидно-метаболического профиля. В качестве группы контроля обследовано 100 практически здоровых человек, соответствующих по полу и возрасту источниковой популяции.

Результаты. У пациентов с АГ установлена значимая ассоциация показателей артериальной жесткости с ТИМ, совокупный вклад составил 91%, и параметрами эхокардиографии, определяющие объемы левых отделов сердца. Утолщение сосудистой стенки 0,9 мм и выше у пациентов с АГ выявлялось в 64% случаев, что достоверно чаще, чем в группе контроля. Семейный анамнез повышал риск увеличения ТИМ в 2 раза. Среди компонентов липидно-метаболического синдрома связанными с ТИМ были уровень мочевой кислоты, фибриногена и уровень холестерина низкой плотности, что позволяет считать сосудистую стенку мишенью воздействия факторов риска и комплексным показателем выраженности этого воздействия.

Показатели локальной жесткости сосудистой стенки были ассоциированы с уровнем систолического артериального давления, избыточной массой тела, низким уровнем физической активности и гиперхолестеринемией. Имелась связь показателей локальной жесткости сосудистой стенки и уровня риска сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORR ($r=0,31-0,35$). Получена сильная положительная корреляционная связь среднесуточной PWVao с индексом массы миокарда левого желудочка ИММЛЖ ($r=0,61$) и с ТИМ ($r=0,64$). Аналогичные показатели получены при расчете среднедневных и средненочных PWVao. При анализе осциллограмм у 150 добровольцев нормативным значением PWVao при проведении СМАД принято 10,1 см/с. Превышение этого значения повышает риск гипертрофии левого желудочка у пациентов с АГ в 8 раз (ОР 8,1, $p<0,01$), а риск увеличения ТИМ в 7 раз (ОР 7,3, $p<0,001$). При сравнительном анализе средних показателей локальной жесткости общей сонной артерии выявлена общая тенденция к ухудшению большинства показателей эластичности сосудистой стенки по мере нара-

тания стадии и степени гипертонической болезни. При этом статистической значимости достиг показатель – модуль эластичности Петерсона, который оказался выше в группе пациентов с ГБ I стадии по сравнению с контрольной группой. У больных АГ в целом выявлена общность корреляционных связей показателей локальной жесткости (растяжимость и модуль эластичности Петерсона) с такими кардиоваскулярными факторами риска, как возраст, стаж заболевания, уровень систолического артериального давления, уровень апопротеина А, соотношение Апо В/Апо А. Индекс жесткости отрицательно коррелировал с показателем окружности талии и индексом «окружность талии/окружность бедер». Анализ множественной регрессии показал независимый вклад индекса АпоВ/АпоА в дисперсию переменной «модуль эластичности Персона» ($R^2=0,13$, $\beta=0,36$, $p=0,044$). У пациентов с АГ общей тенденцией является увеличение ТИМ и уменьшение прироста диаметра плечевой артерии при проведении пробы с реактивной гиперемией. Сахарный диабет 2 типа, не меняя частоты увеличения ТИМ – способствовал ее большему прогрессированию, и, не меняя частоты сосудистой дисфункции – менял ее характер, способствуя прогрессирующему нарушению свойств артерии восстанавливать утраченный объем и повышению ее локальной жесткости.

Выводы.

1. Наличие достоверной связи показателей состояния сосудистой стенки и уровня сердечно-сосудистого риска позволяет использовать их в стратификации сердечно-сосудистых осложнений и в оценке эффективности коррекции факторов риска.

2. Комплексным независимым показателем сердечно-сосудистого ремоделирования является среднесуточная $PWVa_0$ больше 10,1 см/сек. Превышение этого значения увеличивает риск ГЛЖ у пациентов с АГ в 8 раз, а риск увеличения ТИМ в 8 раз.

3. Показатели сосудистой жесткости ассоциированы не только с возрастом, уровнем периферического АД, но также с антропометрическими параметрами и уровнем апопротеина А, индексом Апо В/АпоА. Прогрессирование артериальной гипертензии сопровождается повышением сосудистой жесткости, выраженной в изменении модуля эластичности.

ДИНАМИКА ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ МИКРО-СОСУДИСТОГО РУСЛА И АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ ТКАНЕВОГО ДЫХАНИЯ В РЯДЕ СТРУКТУР ЗАДНЕГО МОЗГА ЧЕЛОВЕКА В ПРОЦЕССЕ СТАРЕНИЯ И РАЗВИТИЯ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОГО БАССЕЙНА

Григорьев О.Г., Хуторян Б.М., Мальцева Н.В.

ГБОУ ВПО ЮУГМУ, г. Челябинск

Капиллярное русло головного мозга человека, соотношение его параметров на этапах онтогенеза и активности окислительно-восстановительных ферментов служат как показателями возрастной инволюции его структур, так и проявлениями сосудистой патологии в вертебробазилярном бассейне. Гистохимические методики определения активности ферментов капиллярной стенки позволяют судить как о микроангиоархитектонике церебральных структур, так и об интенсивности в них метаболических процессов (П.А. Мотавкин и соавт., 1983).

Нами проведено исследование функционально-активного капиллярного русла, маркированного щелочной фосфатазой, и активности сукцинатдегидрогеназы (СДГ) и НАД – дегидрогеназы (НАД-д) в структурах заднего мозга человека, связанных с аппаратом равновесия.

Материалом исследования послужили препараты головного мозга от 62 трупов лиц от 21 года до 74 лет. Используются гистохимические и морфометрические методы определения параметров функционально-активного капиллярного русла и активности мембраносвязанных ферментов. Полученные результаты отражены в таблице.

Структуры	Возраст	Длина капилляров в 1 мм ³ ткани (мм)	Диаметр капилляров (мкм)	Активность СДГ (усл. оптич. ед)	Активность НАД-д (усл. оптич. ед)
Латеральное вестибулярное ядро	I зрелый	225,0±6,71	5,176±0,469	8,28±0,19	4,91±0,09
	II зрелый	254,0±7,0*	5,890±0,430	8,39±0,12	5,11±0,08
	Пожилой	217,56±3,02*,**	6,170±0,194	6,52±0,11*,**	4,42±0,11**
	Старческий	193,04±8,12*,**,***	6,280±0,182*	5,01±0,08*,**,***	3,49±0,08*,**,***
Клочок мозжечка	I зрелый	209,06±3,35	6,20±0,19	6,44±0,21	5,29±0,08
	II зрелый	211,12±5,53	6,20±0,25	5,11±0,02	4,99±0,01
	Пожилой	213,60±6,53	6,30±0,16	3,99±0,11	3,31±0,15
	Старческий	170,21±6,27	6,40±0,23	4,03±0,01	3,56±0,12

Достоверные ($p \leq 0,01$) различия:

- * с I зрелым возрастом
- ** со II зрелым возрастом
- *** с пожилым возрастом

Снижение показателей капилляризации нервной ткани в старших возрастных группах может быть вызвано следующими причинами: во-первых, редукцией части микрососудов, во-вторых, падением активности щелочной фосфатазы в эндотелии капилляров (П.А. Мотавкин и соавт., 1983), в-третьих уменьшением числа функционирующих капилляров (Д.Г. Барамидзе, 1980). Одновременно нами была выявлена тенденция к неуклонному увеличению диаметра функционально-активных капилляров с возрастом, что следует рассматривать как компенсаторно-приспособительную реакцию, направленную на предотвращение ишемии, связанной с редукцией микрососудистого русла (В.М. Черток, Н.В. Мирошниченко, 1987).

Возрастное снижение активности в заднем мозге ключевых ферментов тканевого дыхания – сукцинатдегидрогеназы и НАД – дегидрогеназы – указывает на то, что на поздних этапах онтогенеза к циркуляторному компоненту гипоксии присоединяется тканевой. Данные нашего исследования подтверждают мнение о том, что одним из механизмов нейродегенерации в старости является ингибирование СДГ, приводящее к нарушению энергетического метаболизма нейронов и их гибели (R. T. Matthews et al., 1988).

АКТУАЛЬНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЗАБОРА КОНДУИТОВ ДЛЯ ОПЕРАЦИЙ КОРОНАРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Давыдов И.В., Саевец М.А., Андриевских С.И.

ФГБУ «ФЦССХ» МЗ РФ, г. Челябинск

Цель: сравнить результаты первого опыта эндоскопического и открытого способов забора лучевой артерии, а также большой подкожной вены при выполнении операций коронарной реваскуляризации миокарда (КРМ).

Материал и методы: в нашем центре мы провели оценку результатов первого опыта эндоскопического способа забора кондуитов для операции коронарной реваскуляризации миокарда. На данный момент нами выполнено 36 эндоскопических заборов кондуитов больным с ишемической болезнью сердца (ИБС). Из них 8 пациентам проводился забор лучевой артерии (ЛА), а 28 пациентам выполнялось выделение большой подкожной вены БПВ. Всем пациентам было выполнено маммаро- и аортокоронарное шунтирование. Забор кондуитов осуществлялся по общепризнанным техническим методикам. Однако, выделение БПВ мы осуществляли преимущественно с голени с незначительным переходом на бедро, так как в данной области име-

ется меньшее количество боковых ветвей, а диаметр вены на голени более соответствует диаметру шунтируемых коронарных артерий. При выделении ЛА забор осуществляли с левого предплечья максимально возможной длины. Для эндоскопического выделения сосудов использовались системы: Vasoview 6 и Karl Storz, которые применялись совместно с эндоскопической стойкой фирмы Karl Storz. Для забора БПВ использовались обе системы, а для забора ЛА мы применяли систему Karl Storz в сочетании с насадкой для лигирования сосудов LigaShure для электрокоагулятора фирмы Covidien. Для сравнения результатов эндоскопического и открытого способов забора кондуитов мы получили средние данные по интересующим нас показателям у 100 пациентов в случае забора БПВ и ЛА, прооперированных в нашем центре в 2013-2014 году по поводу ИБС.

Результаты: Средний возраст пациентов составил $62 \pm 6,8$ лет. Мужчин было 30 (83,3%) женщин соответственно 6 (16,7%). Сравнительный анализ способов выделения кондуитов показал, что этап непосредственного выделения как большой подкожной вены ($45,7 \pm 9,2$ мин.), так и лучевой артерии ($22,3 \pm 4,3$ мин.) занимал больше времени в сравнении со средними показателями при открытом заборе ($18,8 \pm 8,4$ мин. и $12,3 \pm 2,5$ мин. соответственно). При этом общее время, включающее в себя как выделение кондуитов, их обработку и ушивание раны, было сопоставимо, хотя и несколько больше в случае БПВ ($48,9 \pm 16,3$ и $35,8 \pm 13,3$ соответственно) и меньше в случае ЛА ($25,6 \pm 6,1$ мин и $28,2 \pm 3,6$ мин. соответственно), чем средние данные при открытом способе. Это обусловлено тем, что значительно меньше времени требовалось на ушивание раны, поскольку длина разреза в среднем в 8,0 в случае БПВ и в 6,2 раза меньше, чем при открытом способе.

Мы не ставили перед собой задачу детальной оценки качества выделенных эндоскопическим методом кондуитов, однако, как в случае БПВ, так и ЛА мы не нашли видимых различий ни в зависимости от способа выделения, ни от системы, при помощи которой данная методика осуществлялась.

Стоит отметить большее субъективное удобство в использовании системы Vasoview 6 в сравнение с Karl Storz для забора БПВ особенно в случаях, когда требуется достаточно значительная длина кондуита с последующим его использованием на два и более шунтов. Однако для выделения ЛА мы безусловно отдавали предпочтение системе Karl Storz.

Общее количество пациентов с ранними послеоперационными осложнениями при эндоскопическом выделении БПВ составило 3 (10,7%) при выделении ЛА 1 (12,5%), тогда как средние данные при открытом выделении 31 (31,0%) и 15 (15,0%) соответственно. Кроме того, в структуре послеоперационных осложнений, возникших в результате забора БПВ мы нашли значимые различия по таким показателям как лимфорея, ранний лимфатический отек, нарушение чувствительности в области шва. При заборе ЛА в структуре послеоперационных осложнений нами были выявлены значимые различия по таким показателям как гематома и нарушение чувствительности в области шва.

Опрос пациентов показал меньшую интенсивность послеоперационной боли после эндоскопического выделения кондуитов и значительно большую удовлетворённость косметическим результатом.

Стоит отметить, что эндоскопическое выделение кондуитов ведёт к удорожанию стоимости операции, однако с учётом меньшего количества послеоперационных осложнений экономическая эффективность данного метода требует дополнительного изучения.

Выводы: 1. Эндоскопический способ выделения БПВ и ЛА при операции КРМ отличается меньшей хирургической травмой и может быть безопасной альтернативой открытому способу забора. 2. При эндоскопическом способе выделения кондуитов выявлена в 2,9 раз при заборе БПВ и 1,2 раза при заборе ЛА более низкая частота развития ранних послеоперационных осложнений по сравнению с открытым способом выделения этих сосудов. 3. Преимущество эндоскопического выделения кондуитов, особенно ЛА состоит в значительно лучшем косметическом эффекте, а также в уменьшении интенсивности болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде, что благоприятно влияет на раннюю активизацию пациентов. 4. Эндоскопическое выделение кондуитов ведёт к удорожанию стоимости самой операции, однако экономическая эффективность данного метода требует дополнительного изучения.

ДИНАМИКА СЕРДЕЧНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ И ИБС ПРИ ПРОКСИМАЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ ОККЛЮЗИЯХ

Дрожжин Е.В., Зорькин А.А., Луценко И.В.

ГБОУ ВПО Сургутский государственный университет ХМАО-Югры, г. Сургут

Хирургическое лечение артериальных окклюзий базируется на выполнении реконструкций сосудистого русла. Возможности последних существенно лимитированы наличием у пациентов с критической ишемией нижних конечностей тяжелой сопутствующей соматической патологии, прежде всего метаболического генеза – атеросклеротического поражения сосудов коронарного, церебрального, мезентериального бассейнов, ожирения, дислипотеидемии, сахарного диабета. В этих условиях достаточно большая доля пациентов признается неоперабельной и подлежит консервативному лечению.

Цель исследования. Изучить влияние препаратов вазапостан и ВесселДуэФ на параметры внутрисердечной гемодинамики у больных с синдромом КИ в сочетании с ИБС.

Материалы и методы. В группу исследования были включены 30 больных с сочетанием ИБС и облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОАНК) в проксимальном сегменте с синдромом КИ. Мужчин было 21 (70,0%), 9 (30,0%) – женщин. Давность заболевания у 20 (66,6%) больных составляла от 3 до 5 лет, а у 10 (33,3%) более 10 лет. ИБС у данной группы больных была зарегистрирована у 13 чел.(43,3%) в течение 5 лет, а у 17 больных(56,7%) – в течение 10 лет. Пациенты рандомизированы на 2 группы, основную и контрольную с разницей в том, что пациентам основной группы дополнительно назначались вазапостан по 60 мг в сутки в течение 2 нед. и ВесселДуэФ, который они получали курсами.

Результаты и обсуждение. Классическая комплексная консервативная терапия у больных с сочетанием КИ нижних конечностей на проксимальном уровне и ИБС, не влияла на гемодинамические показатели деятельности сердца ($p > 0,05$). Применение вазапостана и ВесселДуэФ увеличивало фракцию выброса как при окклюзии на уровне аорты, так и на уровне подвздошно-бедренного сегмента с уровнем $p = 0,0003$ и $p = 0,0006$ соответственно. Размер ЛП у пациентов контрольной группы отличались в среднем на $14 \pm 1,2\%$, в то время как у больных основной группы разница данного параметра составила $5,9 \pm 0,9\%$ ($p < 0,05$). Масса миокарда ЛЖ и ее динамика у больных с поражением брюшного отдела аорты и при патологии бедренно-подколенного сегмента после проведенной стандартной терапии и терапии с вазапостаном и ВесселДуэФ составляла $18 \pm 0,6\%$ и $24 \pm 1,1\%$ соответственно, различия были статистически значимы ($P < 0,05$). У больных основной группы отмечалось увеличение объема ЛП, уменьшение толщины стенок ЛЖ, а также ММЛЖ, ИММЛЖ, ИСМС. У пациентов контрольной группы регистрировались более низкие уровни индекса масса/объем и соотношение пиковых скоростей раннего и позднего наполнения ЛЖ. В основной группе отмечалось улучшение диастолической функции ЛЖ, в частности максимальная скорость раннего диастолического напряжения увеличилось на 11,0%, соотношение раннего напряжения к позднему наполнению на 14,6% ($p < 0,05$). Характерно снижение времени изоволюмического напряжения левого желудочка на 13,5% у пациентов, принимавших вышеуказанные препараты ($p < 0,05$) в сочетании с уменьшением ЧСС. У больных, не принимавших эти препараты, динамики указанных показателей не отмечалось.

Заключение. Таким образом, при терапии вазапостаном и ВесселДуэФ у больных с ИБС с синдромом КИ наблюдается улучшение систоло-диастолической функции ЛЖ.

КОРРЕКЦИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Зорькин А.А., Дрожжин Е.В., Никитина Ю.В., Луценко И.В., Курносикова Л.Е.

ГБОУ ВПО Сургутский государственный университет ХМАО-Югры, г. Сургут

Для больных с облитерирующими заболеваниями сосудов нижних конечностей в стадии критической ишемии (КИ) характерны отклонения в системе гемостаза, которые способствуют развитию тромбозов зон реконструкции в периоперационном периоде и ухудшают непосредственный и отдаленный прогноз при лечении этой категории пациентов.

Цель исследования. Улучшить результаты коррекции системы гемостаза у больных с КИ в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Изучалось ведение пациентов в периоперационном периоде в связи с выполнением реконструкций сосудистого русла. Выделены 3 группы больных по 30 пациентов в каждой с клиническими проявлениями КИ. В 1 группе проводилась классическая сосудистая терапия, во 2 группе больных с сахарным диабетом проводилась классическая сосудистая терапия в сочетании с коррекцией сахарного диабета, у больных 3 группы проводилась классическая сосудистая терапия в сочетании с вазопростаном и ВесселДуэФ, дополнительно назначался Пиявит. У всех групп больных перед началом лечения и после проведенной терапии определялись показатели гемостазиограммы.

Результаты и обсуждение. У первой группы больных были выявлены высокие показатели: фибриногена, Д-димера, РФМК, XIIa-зависимого фибринолиза. Несмотря на проведенной комплекс комплексной консервативной терапии, положительной тенденции по нормализации этих показателей нами не получено, так фибриноген вырос на 1,08 г/л(22%). РФМК вырос на 1,25 (12%), $p < 0.05$, XIIa-зависимый фибринолиз вырос на 2,39 (15%). АЧТВ вырос на 12,89 (46%). Д-димер вырос на 1243,56 (79%), $p < 0.01$. Таким образом, в группе 1 на фоне проведенной терапии сохранялись выраженные дискоагуляционные нарушения с лабораторными проявлениями ДВС-синдрома. В группе 2 отмечено повышение параметров гемостазиограммы в сторону гиперкоагуляции и терапия значительного положительного эффекта по нормализации параметров гемостаза также не принесла. Фибриноген вырос на 0,44 (12%), Д-димер вырос на 640 (38%), $p < 0.05$. РФМК вырос на 1,24 (12%), $p < 0.05$. XIIa-зависимый фибринолиз вырос на 19,75 (65%), $p < 0.05$. Таким образом, в группе 2 на фоне проведенной терапии также, как и в группе 1, сохранялись выраженные дискоагуляционные нарушения с лабораторными проявлениями ДВС-синдрома. При этом динамика Д-димера была менее отчетливая. В группе 3 изначально были повышены: фибриноген, Д-димер, РФМК, XIIa-зависимый фибринолиз, АЧТВ, плазмоген, МНО, снижен ПТ по Квику. После терапии показатели фибриногена изменились только на 0,04(1%), $p < 0.05$. РФМК вырос также только на 0,06(0,5%), $p < 0.001$. Д-димер снизился на 110,25(10%), $p < 0.05$. XIIa-зависимый фибринолиз снизился на 6,14(38%), $p < 0.05$. АЧТВ снизилось на 1,44(3%). Плазминоген в среднем снизился на 14,4 (11%), различия статистически не значимы. ПТ по Квику вырос на 4,97 (7%), различия статистически не значимы. Таким образом, в группе, где дополнительно к традиционной сосудистой терапии назначались вазопростан, ВесселДуэФ и пиявит, отмечена существенная положительная лабораторная динамика со стороны системы гемостаза со снижением дискоагуляционных проявлений.

Заключение. Наиболее эффективным методом коррекции дискоагуляционного синдрома у больных с КИ нижних конечностей в периоперационном периоде является комплексная консервативная терапия с одновременным применением вазопростана, ВесселДуэФ и гирудоподобных препаратов, воздействующих на все фазы системы свертывания крови.

**ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ КОНСТРУКЦИЙ (СТЕНТ-ГРАФТОВ)
С ЦЕЛЬЮ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ПЕТЛЕВОЙ ЭНДАРТЕРАТОМИИ
У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ
ПОДВЗДОШНО-БЕДРЕННОГО СЕГМЕНТА**

Иванов А.С., Майстренко Д.Н., Генералов М.И., Олещук А.Н.

ФГБУ РНЦРХТ МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

Целью настоящего исследования явилось улучшение результатов ППЭАЭ из подвздошно-бедренного сегмента путем сочетания ее с имплантацией стент-графтов в зону вмешательства.

Материалы и методы. Работа базируется на клинических данных 91 больного, перенесших ППЭАЭ из подвздошно-бедренного сегмента в 2008-2012 годах на базе ФГБУ «РНЦРХТ» МЗ РФ. Оперированные пациенты были распределены на 2 группы сравнения:

- 1 группа (n=30) – больные, перенесшие ППЭАЭ с последующей имплантацией стент-графтов в зону вмешательства;

- 2 группа (n=61) – пациенты, которым выполнялась рутинная ППЭАЭ (группа контроля).

Все больные были сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующим патологиям и состоянию русла «оттока». Средний возраст $64 \pm 8,6$ лет. Мужчин было 70 (77%), женщин 21 (23%). Степень ишемии нижних конечностей (классификация Фонтейна-Покровского) была у 89 (98%) – 2б ст., у 2 (2%) – 3 ст. Согласно классификации TASC II все пациенты имели поражение подвздошно-бедренного сегмента типов В и С. ППЭАЭ выполняли по стандартной, общепринятой методике. У пациентов 1 группы после запуска кровотока выполнялась интраоперационная аорто-артериография. В участки артерий с флотацией интимы производилась имплантация стент-графтов Fluency plus (BARD, США). Оценка результатов проводилась на основе клинических данных и с использованием ультразвукового дуплексного сканирования артерий нижних конечностей, магнитно-резонансной ангиографии через 6, 12, 24 и 32 месяца после операции.

Результаты. Выполнение интраоперационной ангиографии у больных 1 группы позволило выявить участки флотирующей интимы в зоне ППЭАЭ в 100% случаев. Нарушения внутрисосудистого рельефа были коррегированы установкой стент-графтов.

У пациентов 1 и 2 групп послеоперационный период протекал без особенностей, эндоваскулярные конструкции на момент выписки были проходимы. Летальных исходов на госпитальном этапе не было. Инфекционных осложнений не возникало.

Первичная проходимость за 3 года в 1 группе была 100%. Показатели первичной проходимости у больных 2 группы составили 1 год – 90%, 2 года – 86%, 3 года – 65%.

Выводы: Интраоперационная имплантация стент-графтов в зону ППЭАЭ позволяет улучшить результаты этого вмешательства у пациентов с атеросклеротическим поражением подвздошно-бедренного сегмента.

**ТРАНСРАДИАЛЬНЫЙ И ТРАНСБРАХИАЛЬНЫЙ ДОСТУП – АЛЬТЕРНАТИВА
БЕДРЕННОМУ ПРИ СТЕНТИРОВАНИИ ВЕТВЕЙ БРЮШНОЙ АОРТЫ**

Игнатов В.А., Пискунов С.А., Масасин В.В., Кухмистров И.В., Кузьменко А.Б.

ФГБУ ФЦССХ МЗ РФ, г. Челябинск

Цель: оценить эффективность и показать преимущества трансрадиального и трансбрахиального доступа при проведении рентгенэндоваскулярных операций (РЭО) на артериях брюшной аорты.

Наиболее частыми осложнениями при выполнении РЭО являются осложнения связанные с местом хирургического доступа – кровотечение, артерио-венозное соустье, ложная аневризма, пульсирующая гематома, тромбоз, диссекция или перфорация артерии. Выполнение

РЭО через лучевой или плечевой артериальный доступы позволяет уменьшить количество местных осложнений, уменьшить время мобилизации, снизить сроки госпитализации.

Методы. В период с 2011 по 2015 гг. в ФГБУ ФЦССХ г. Челябинска выполнено 40 стентирований ветвей брюшной аорты, из них 15 выполнено трансрадиальным и транбрахиальным доступом. Возраст больных варьировал от 15 до 80 лет (58,3 г.). У всех пациентов было диагностировано гемодинамически значимое стенозирование (более 70%) стентлируемых артерий. Для выполнения РЭО использовали инструмент диаметром 6 и 7 френч. Операцию заканчивали наложением давящей повязки на место пункции артерии. Результаты использования различных хирургических доступов оценивали по частоте успеха выполнения РЭО и количеству местных осложнений.

Результаты: частота успеха РЭО не зависела от выбранного хирургического доступа. Наличие катетеров различной длины и модификации позволяет в 100% успешно катетеризовать и выполнить РЭО. Осложнений при выполнении лучевого доступа не отмечено. В раннем послеоперационном периоде после РЭО выполненной бедренным доступом осложнения развились у 3 больных (12%). Пульсирующая гематома диагностирована у 2 пациентов (8%). У одного пациента потребовалось выполнение хирургической ревизии гематомы и ушивание дефекта правой бедренной артерии. Во втором случае пульсирующая гематома разрешена консервативным путем (выполнена компрессия места пункции). Артерио-венозная фистула диагностирована у 1 пациента (4%), так же разрешена консервативно.

Выводы. Трансрадиальный и транбрахиальный доступы при выполнении РЭО на артериях брюшной аорты не уступают трансфemorальному в частоте успеха, снижают частоту местных осложнений и могут являться приоритетной альтернативой.

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛИГИРОВАНИЯ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН

Калинин Р.Е., Грязнов С.В., Пучкова Г.А., Баранов В.М., Железинский В.П., Качинский А.Е., Упоров М.Ю., Сучков И.А., Царегородцев А.А., Шанаев И.Н.

*ГБОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова,
Рязанский областной клинический кардиологический диспансер, г. Рязань*

Введение. На протяжении многих лет одной из главных проблем флебологии остается проблема рецидива варикозной болезни вен нижних конечностей (ВБВНК). По данным литературы от 22% до 70%. В структуре рецидива ВБВНК основной процент приходится на оставленные несостоятельные перфорантные вены ~ 28,9%, причем основная локализация – дистальная часть голени (А.А. Царегородцев, 2008 г.). Примечательно, именно этим перфорантным венам, согласно классическим представлениям, отводят главную роль в патогенезе трофических язв (Коккет, Додд, 1956 г.). Среди основных причин рецидива выделяют: 1) проградное течение ВБВНК; 2) технические ошибки лигирования (П.Г. Швальб, 2011 г.); 3) перфорантоногенез (А.Г. Хитарьян и соавторы, 2010 г.).

Цель: Оценить эффективность лигирования перфорантных вен голени после флебэктомии у пациентов с ВБВНК (класс ХВН С4-С6).

Материалы и методы. В исследование вошли 74 пациента с варикозной болезнью вен нижних конечностей: С4 – 38 человек, С5 – 16 человек, С6 – 14 человек. Предоперационно ультразвуковое дуплексное ангиосканирование выполнялось на аппаратах «Siemens Sonoline G60 S» и «Siemens Acuson Cypress». Главным признаком несостоятельности перфоранта являлся ретроградный поток крови протяженностью более 0,5 сек. Предоперационно несостоятельные перфоранты маркировались зелёной и записывалась их локализация, в послеоперационном периоде, отслеживалось состояние этих вен. Результаты учитывались в срок до 6 м., чтобы исключить фактор прогрессирования заболевания.

Результаты обследования. Обнаружено перфорантных вен на медиальной поверхности голени – 156. Из них Шермана – 34, Коккет III – 63, Коккет II 31, перфорантных вен, располагающихся на расстоянии до 7 см. от медиальной лодыжки – 12. На латеральной и задней поверхностях голени – 89.

Результаты лечения. В послеоперационном периоде обнаружено перфорантных вен на медиальной поверхности голени – 85. Из них Шермана – 15, Коккет III – 31, Коккет II – 29, перфорантных вен, располагающихся на расстоянии до 7 см. от медиальной лодыжки – 10. На латеральной и задней поверхностях голени – 17.

Обсуждение. Несмотря на то, что большинство пациентов оценивало результат оперативного лечения как хороший, объективные данные говорят о большом количестве нелигированных перфорантных вен. Особенно это касается перфорантных вен медиальной поверхности голени, в независимости от способа лигирования 54,49% (85 из 156). Следует отметить, что все больные были прооперированы опытными сосудистыми хирургами высшей категории в отделении сосудистой хирургии Рязанского областного клинического кардиологического диспансера в 2012-2014 г. и наиболее вероятными представляются вполне объективные причины, связанные как с характером поражения тканей при ХВН, так и с некоторыми топографо – анатомическими особенностями строения перфорантных вен. Так, в дистальной части голени, где локализуются наиболее гемодинамически значимые перфорантные вены, трофические изменения покровных тканей не позволяют применять прямые доступы для лигирования несостоятельных перфорантных вен, поэтому хирурги часто предпочитают методам дистанционного лигирования, в т.ч. по J.W. Edwards (Ю.В. Белов, 2011 г.). В рамках исследования было прооперировано 8 пациентов с использованием метода дистанционного лигирования. По данным ультразвукового дуплексного ангиосканирования удалось устранить патологический рефлюкс по перфорантам Шермана в 2 случаях из 3, Коккет III – в 2 из 7 случаев (28,57%), по перфорантным венам Коккет II и венам, локализующимся на расстоянии до 7 см. от медиальной лодыжки рефлюкс сохранился во всех случаях. Тромбоз суральных вен был выявлен у 1 пациентки. Анатомический анализ помог понять, что взаимоотношение с глубоким листком фасции голени является определяющим фактором для дистанционного лигирования перфорантных вен. И 100% устранение рефлюкса по надлодыжечным перфорантным венам медиальной группы невозможно достичь с помощью этого метода. Так же анализ помог обратить внимание на очень высокую вероятность повреждения суральных вен.

Также часто считается, что несостоятельная перфорантная вена «уходит на зонде Бэбкокка» (Было причиной оставления перфорантной вены в 35,67%). Данные проведенного анатомического анализа не подтверждают это, перфорантные вены дистальной части голени не имеют прямой связи со стволом большой подкожной вены.

В связи с особенностями строения перфорантных вен, при лигировании на эпифасциальном уровне по методу Коккета за перфорантную вену часто принимается приток подкожной вены, эта особенность была описана ещё Sherman (1949г.), им же была подчеркнута важность субфасциального лигирования. Другая особенность строения на эпифасциальном участке – это «второй ствол» перфорантной вены, также быть причиной выявления перфорантной вены в зоне послеоперационного рубца. Для перфорантных вен медиальной поверхности голени, процент данной ошибки составил 18,82%, для латеральной и задней – 32,69%. Однако последние Российские рекомендации по лечению ХВН не допускают субфасциальных методов лигирования. Поэтому один из доступных методов избежать ошибки при лигировании – тщательная ревизия операционной раны и проведение пробы Тёрнера Варвика для подтверждения того что выделена именно перфорантная вена, а также факта её несостоятельности. Во всех случаях проведения этой пробы достигался 100% эффект лигирования.

Второй вопрос, который возникает, о динамики трофических изменений и роли перфорантных вен. Литературные данные говорят об отсутствии патологического рефлюкса в оставшихся перфорантах (И.А. Золотухин и соавторы, 2011 г.). Однако во всех оставшихся перфорантных венах сохранился ретроградный ток крови, поэтому нельзя исключить прогрессирования трофических изменений. Фактором ограничивающим воздействие перфорантного рефлюкса во времени является правильное использование эластической компрессии, которое назначается всем пациентам в послеоперационном периоде.

Выводы: 1. Основной патогенетически оправданный метод лечения при варикозной болезни вен нижних конечностей класса С4-С6 и наличии горизонтального рефлюкса следует считать флебэктомию с лигированием несостоятельных перфорантных вен.

2. Перфорантные вены должны лигироваться исключительно под контролем зрения, с проведением интраоперационных проб.

НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Калинин Р.Е.¹, Сучков И.А.¹, Деев Р.В.², Плакса И.Л.²,
Пшениnikov А.С.¹, Мжаванадзе Н.Д.¹, Поздеев Д.В.¹

1 – ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань

2 – ОАО «ИСКЧ», г. Москва

Введение: распространенность заболеваний периферических артерий превышает 12-14% у людей старше 70 лет (исследования PANDORA, SAGE group, 2010). Ведущими причинами развития данной патологии являются атеросклероз и СД. Прогноз для пациента при декомпенсации ишемии на фоне СД не является утешительным: 5-летняя выживаемость не превышает 55% (Armstrong et al., 2007; Golumb et al., 2006). Данное исследование посвящено улучшению результатов лечения пациентов с ХИНК на фоне периферического атеросклероза и СД, за счет применения геннотерапевтической индукции неоангиогенеза.

Цель исследования: изучить возможные способы улучшения результатов лечения пациентов с хронической ишемией нижних конечностей (ХИНК) атеросклеротического генеза на фоне сахарного диабета (СД).

Материалы и методы исследование включает в себя 30 пациентов с ХИНК фоновым СД, с длительно не заживающим язвенным дефектом (Wagner 1-2), ограниченного стопой. Больные разделены на 2 группы: А – 15 пациентов, кому возможно проведение открытой, либо эндоваскулярной реваскуляризации; В – 15 пациентов, кому показана исключительно консервативная терапия. У всех пациентов, включенных в исследование, имеет место значительное поражение дистального артериального русла по данным ангиографии и дуплексного сканирования. Пациентам обеих групп вводится геннотерапевтический индуктор неоангиогенеза («Неоваскулген»). Препарат вводится согласно установленному в инструкции режиму: внутримышечно дважды, в дозе 1,2 мг с интервалом в 14 дней в икроножную группу мышц, в случае выполнения реваскуляризации – не ранее, чем через 7 дней после восстановления магистрального кровотока. Первичным критерием эффективности выбрано уменьшение площади некроза, либо его заживление. К вторичным критериям эффективности отнесены динамика $tc\text{p}02$, ЛПИ и ЛСК.

Результаты: первые положительные результаты получены у пациентов группы А: отмечались полное заживление некрозов к концу первого месяца наблюдения и выраженные положительные изменения в отношении вторичных критериев эффективности. У пациентов группы В зарегистрирована умеренная положительная динамика: к концу первого месяца наблюдения имелась тенденция к уменьшению площади язвенного дефекта. Значительной динамики в отношении $tc\text{p}02$, ЛПИ и ЛСК в течение 1 месяца наблюдения у пациентов консервативной группы не отмечалось.

Обсуждение: в лечении пациентов с хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза на фоне сахарного диабета, в особенности при развитии СДС, требуется мультидисциплинарный подход: четко согласованная совместная работа эндокринологов, ангиологов, сосудистых и интервенционных хирургов. Вследствие тяжелого поражения дистального артериального русла реваскуляризация конечности у подобных пациентов либо затруднена, либо не представляется возможной вследствие тяжелого поражения дистального русла, что требует новых подходов к лечению, в том числе геннотерапевтической индукции неоангиогенеза.

Выводы:

1. Применение геннотерапевтического индуктора неоангиогенеза на основе плазмидной конструкции с VEGF165 является перспективным в лечении хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза на фоне сахарного диабета.

2. Требуются более длительные сроки наблюдения для оптимальной оценки эффективности индукции новообразования сосудов у пациентов с СДС.

**РАННИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ
БОЛЬНЫХ ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
И ИХ ВЛИЯНИЕ НА УРОВЕНЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ**

**Калинин Р.Е., Сучков И.А., Пшенников А.С., Агапов А.Б.,
Царегородцев А.А., Камаев А.А., Киселева Е.В.**

*ГБОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова
Рязанский областной клинический кардиологический диспансер, г. Рязань*

Цель работы. Изучить характер и частоту ранних осложнений антикоагулянтной терапии (АКТ) и их влияние на показатели качества жизни у пациентов с тромбозом глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей.

Материалы и методы. В исследование включено 50 пациентов, возрастом от 23 до 81 года. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – пациенты, принимавшие эноксапарин натрия с последующим переводом на варфарин (26 человек), 2 группа – больные, которым в качестве монотерапии был назначен ривароксабан (24 человека). В обеих группах отмечались частота рецидива заболевания и геморрагических осложнений: большие, значимые, малые кровотечения и их сравнительный анализ с показателем качества жизни (КЖ). Материалом для оценки КЖ использован опросник CIVIQ, который пациенты самостоятельно заполняли при поступлении, на 8 день, через 1 и 3 месяца.

Результаты. Исходные значения КЖ в 1 группе составили 67,36 ($\pm 18,27$) балла, на 8 день 50,55 ($\pm 13,98$) балла. Во 2 группе показатели КЖ составили - 53,0 ($\pm 9,1$) балла в 1 день, на 8 день 36,54 ($\pm 8,3$) балла.

Таким образом, на стационарном этапе отмечены более высокие показатели КЖ у пациентов 2 группы.

Через 1 месяц высокие показатели КЖ также отмечены во 2 группе, чем в 1 группе: 30,23 ($\pm 9,14$) балла против 43,17 ($\pm 10,19$) балла соответственно.

Через 3 месяца из 50 пациентов отмечено 12 (24%) случаев осложнений АКТ, из которых у 5 пациентов на варфарине (1 группа) и 7 пациентов на ривароксабане (2 группа).

Рецидив заболевания отмечен в 3 (6%) случаях, из которых 2 пациента принимали варфарин, 1 пациент получал ривароксабан.

Значимые кровотечения отмечены в 3 (6%) случаях, из которых 2 пациента получали варфарин (внутрикожное кровоизлияние и гематурия) и 1 пациент принимал ривароксабан (геморроидальное кровотечение). Данным пациентам потребовалось обращение к врачу и временное прекращение АКТ.

Малые кровотечения в 6 (12%) случаях встречались преимущественно в группе получавших ривароксабан в сравнении с варфарином: 5 пациентов против 1 соответственно и были представлены носовыми, зубными кровотечениями, у женщин увеличением дней менструации. Показатели КЖ в обеих группах были снижены и составили 67,66 ($\pm 15,52$) балла.

У остальных 38 (76%) пациентов через 3 месяца не зафиксировано случаев рецидива и геморрагических осложнений, а в параметрах КЖ наблюдаются сравнимо одинаковые результаты: в 1 группе – 37,5 ($\pm 10,13$) балла, во 2 группе – 34,75 ($\pm 8,11$) балла.

Больших кровотечений и случаев тромбоэмболии лёгочной артерии не отмечено ни у одного больного.

Выводы:

1. В раннем амбулаторном периоде в обеих группах наблюдается сравнимая частота осложнений АКТ, что приводит к снижению показателей КЖ.

2. В 76% случаев осложнений АКТ не выявлено, что отмечено в высоких значениях КЖ.

РОЛЬ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ И ИОНОВ МАГНИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Калинин Р.Е.¹, Сучков И.А.¹, Пшенников А.С.¹, Камаев А.А.¹,
Марукова Т.А.², Киселева Е.В.², Митина А.И.²

1 – Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова,
2 – Рязанский областной клинический кардиологический диспансер, г. Рязань

Введение. Варикозная болезнь нижних конечностей является широко распространенным, социально значимым заболеванием. Несмотря на наличие многочисленных исследований причин развития варикозной трансформации венозной стенки, в понимании патогенеза этого патологического состояния до сих пор остается много вопросов. Несколько лет назад была впервые высказана мысль об участии особых матричных ферментов – металлопротеиназ в развитии варикозной трансформации подкожных вен. В конце XX века появился термин «дисплазия соединительной ткани». Исследователи, глубоко изучающие данный синдром, относят варикозную болезнь к системным наследственным заболеваниям соединительной ткани с локомоторно-висцеральными проявлениями. Поэтому проведение исследований, направленных на выяснение роли дисплазии соединительной ткани и матричных металлопротеиназ в патогенезе варикозной болезни, представляется крайне актуальным.

Цель работы. Изучить влияние матричных металлопротеиназ (ММП-1, ММП-9) и тканевого ингибитора металлопротеиназ-1 (ТИМП-1), а также дефицита ионов магния (Mg^{2+}) как основного показателя дисплазии соединительной ткани (ДСТ), на течение варикозной болезни нижних конечностей.

Материалы и методы. В исследование включено 40 пациентов, возрастом от 21 до 60 лет. В основную группу были включены 30 пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей С2 – С6 (СЕАР) клинических классов. В группу контроля вошли 10 здоровых добровольцев. Консервативную терапию в процессе подготовки и после хирургического вмешательства проводили всем пациентам основной группы. Хирургические методы лечения применили в комплексном лечении у 24 больных (80% больных основной группы). Исследовались образцы периферической крови из локтевой вены, взятые утром, натощак. Плазму получали центрифугированием при 3000 об./мин в течение 15 мин. Полученные образцы хранились при $-30\text{ }^{\circ}\text{C}$. Измерения проводились в одной серии после сбора всех образцов крови. Концентрацию ММП-1, ММП-9, ТИМП-1 определяли иммуноферментным методом с помощью тест-систем фирмы Bender MedSystems (USA). Концентрацию Mg^{2+} определяли колориметрическим методом. Также оценивались проявления дисплазии соединительной ткани по различным фенотипическим признакам.

Результаты. По сравнению с контролем, у пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей наблюдается значительное снижение концентрации Mg^{2+} . Минимальных значений она достигает у пациентов с наиболее распространенным поражением вен и более тяжелой степенью хронической венозной недостаточности. Концентрация комплексов ММП-9/ТИМП-1 и ММП-1/ТИМП-1 во всех группах пациентов по отношению к контролю увеличивалась пропорционально тяжести течения варикозной болезни. Наибольший уровень ММП-9/ТИМП-1 зарегистрирован у пациентов с кожными изменениями и трофическими язвами.

Выводы:

1. Первые результаты проводимого исследования позволяют сделать заключение о наличии достоверной связи между концентрациями матричных металлопротеиназ и тяжестью варикозной трансформации вен нижних конечностей.

2. У больных варикозной болезнью наблюдаются различные фенотипические признаки дисплазии соединительной ткани, дефицит ионов магния является одним из основных показателей ДСТ.

РОЛЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В РАЗВИТИИ ПОСТТРОБОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ВАРИАНТЫ ЕЁ КОРРЕКЦИИ

Калинин Р.Е., Сучков И.А., Пшенников А.С., Рудакова И.Н.

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань

Цель: оценить роль функции эндотелия в развитии посттромботического синдрома (ПТС) нижних конечностей.

Материалы и методы: обследовано 30 пациентов и 21 здоровый доброволец. Наблюдение за пациентами велось в течение 12 месяцев с момента развития тромбоза глубоких вен нижних конечностей, в процессе формирования различных форм ПТС. Здоровые добровольцы проходили обследование однократно. Пациенты были разделены на 2 группы. Первая группа получала антикоагулянтную, дезагрегантную и компрессионную терапию. Вторая группа дополнительно получала микронизированную очищенную фракцию флавоноидов (МОФФ). Дополнительно пациенты были разделены по локализации патологического процесса в подвздошно-бедренном и бедренно-подколенном сегментах глубоких вен нижних конечностей. Для оценки функции эндотелия использован метод компьютерной фотоплетизмографии. Результатом фотоплетизмографии является интегральный показатель функции эндотелия (ПФЭ), выражаемый в процентах.

Результаты: в группе здоровых добровольцев значение ПФЭ составило $25,7\% \pm 2,2\%$. Выявлено, что при тромбозе глубоких вен ПФЭ значительно снижен, по сравнению с результатами, полученными у здоровых добровольцев. Проводимая терапия приводит к увеличению показателя функции эндотелия в обеих группах (табл. 1).

Таблица 1. Прирост показателя функции эндотелия на фоне терапии

Прирост показателя функции эндотелия, (%)	Период наблюдения					
	1 сутки	14 суток	1 месяц	3 месяца	6 месяцев	12 месяцев
Поражение подвздошно-бедренного сегмента	$-2,3 \pm 0,3$	$1,1 \pm 0,8$	$2,6 \pm 0,5$	$5,3 \pm 1,0$	$6,4 \pm 1,0$	$9,2 \pm 0,6$
	$-2,6 \pm 0,6$	$1,8 \pm 0,9$	$4,1 \pm 0,5$	$6,3 \pm 1,0$	$8,8 \pm 0,4$	$11,6 \pm 0,7$
Поражение бедренно-подколенного сегмента	$0,6 \pm 0,6$	$2,0 \pm 0,5$	$3,3 \pm 0,7$	$6,0 \pm 0,9$	$7,3 \pm 0,3$	$12,5 \pm 0,5$
	$0,6 \pm 1,0$	$2,3 \pm 0,8$	$4,7 \pm 0,5$	$7,9 \pm 0,7$	$13,0 \pm 0,6$	$18,1 \pm 1,1$

При остром тромбозе подвздошно-бедренного сегмента глубоких вен ПФЭ ниже, чем при тромбозе бедренно-подколенного сегмента, увеличение показателя функции эндотелия при высокой окклюзии происходит медленнее. Восстановления ПФЭ пациентов обеих групп до значений, наблюдаемых у здоровых добровольцев, не происходит даже по истечении года проводимой терапии. Обнаружено что, введение в курс лечения МОФФ приводит к увеличению значений показателя функции эндотелия, при этом наиболее интенсивный прирост показателей отмечается к 3 и 6 месяцу непрерывного приема препарата. В последующие полгода ПФЭ увеличивается, но не столь динамично, что дает основания предположить целесообразность непрерывного приема МОФФ в первые 6 месяцев формирования ПТС.

Выводы:

1. Компьютерная фотоплетизмография позволяет произвести оценку функции эндотелия у пациента с ПТС.
2. Применение МОФФ ведет к приросту ПФЭ и коррекции функции эндотелия.

ДВУХЭТАПНОЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТОТАЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИЙ ПРИ БИЛАТЕРАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

Карев А.В., Семенов Д.В., Сараев Г.Б.

*Кафедра госпитальной хирургии № 1 Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова
Областная клиническая больница, г. Санкт-Петербург*

Цель исследования: оценка эффективности и безопасности чрескожной реваскуляризации при хронических окклюзиях почечных артерий, ассоциированных со стенозом контрлатеральной почечной артерии.

Материалы и методы. Чрескожные вмешательства при хронических окклюзиях почечных артерий выполнены 13 больным (7 женщин и 6 мужчин) в возрасте от 46 до 79, в среднем $60,3 \pm 9,2$ лет. Стенозы контрлатеральных почечных артерий были выявлены у всех пациентов. По данным ультразвуковых исследований продольные размеры почек колебались от 5,0 до 9,3 см (в среднем $8,0 \pm 1,4$ см). Уровень креатинина плазмы крови до проведения реваскуляризации в среднем достигал $0,199 \pm 0,109$ (от 0,109 до 0,4) ммоль/л, а средний уровень систолического артериального давления составил $171,2 \pm 56,7$ мм рт. ст. Ангиопластика и стентирование стенозированной почечной артерии с одномоментной реканализацией и баллонной дилатацией окклюзированного сосуда были проведены как первый этап реваскуляризации. Вторым этапом было проведение контрольной ангиографии, в среднем через 36 часов, и имплантация стента, как завершающий этап реконструкции.

Результаты. Процедуры реканализации почечных артерий были эффективными у 10 из 13 больных (76,9%). По данным отсроченной контрольной ангиографии сосуды сохраняли проходимость в области реконструкции во всех наблюдениях, а остаточный стеноз просвета варьировал в пределах от 60% до 80% (в среднем $70 \pm 7,0\%$). После имплантации стента оптимальный результат достигнут во всех вмешательствах, а остаточный стеноз в области реконструкции составил $13,0 \pm 4,0\%$. В раннем послеоперационном периоде хирургическое вмешательство в связи с кровотечением из места пункции бедренной артерии выполнено одной больной (7,7%). Концентрация креатинина плазмы крови после реваскуляризации варьировала от 0,098 до 0,370 ммоль/л (в среднем $0,172 \pm 0,086$ ммоль/л), а средний уровень систолического давления в ранние сроки существенно не изменился. Длительность пребывания в стационаре пациентов после реконструкции составила в среднем $4,3 \pm 0,9$ суток.

Заключение: двухэтапные вмешательства являются эффективными в лечении тотальных хронических окклюзий, ассоциированных со стенозирующими поражениями контрлатеральной почечной артерии.

ВНЕДРЕНИЕ ГИБРИДНЫХ И ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Каримов Ш.И., Суннатов Р.Д., Ирнazarов А.А., Рахманов С.У., Асраров А.А., Хасанов В.Р., Джафаров С.М.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей в стадии критической ишемии путем дифференцированного выбора тактики лечения.

Материал и методы. Проведен анализ результатов эндоваскулярных и гибридных вмешательств у 67 больных с критической ишемией нижних конечностей (КИНК) атеросклеротического генеза, находившихся на стационарном лечении во II клинике ТМА в период 2012 – 2014 гг. 27(40%) пациентов страдали ИБС, у 12(27%) выявлен сахарный диабет. Средний возраст составил $58 \pm 7,8$ лет. Мужчины составили 58(86,5%), женщины – 9 (13,5%).

Комплекс обследования пациентов включал ультразвуковую доплерографию с определением лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ), дуплексное сканирование, МСКТ ангиографию нижних конечностей. Среднее значение ЛПИ у больных с КИНК составило $0,3 \pm 0,2$.

В зависимости от полученных результатов, выбиралась тактика хирургического вмешательства. По характеру выполненных вмешательств пациенты были разделены на 2 группы: Первую группу составили 12 (18%) больных, которым выполнены гибридные операции. 5 (7,5%) пациентам выполнена интраоперационная баллонная ангиопластика подвздошной артерии и эндартерэктомия из общей бедренной артерии. 6 (8,9%) – стентирование поверхностной бедренной артерии и эндартерэктомия с наложением аллозаплаты на бифуркации бедренной артерии, 1 (2,3%) – интраоперационная дилатация поверхностной бедренной артерии и тромбэндартерэктомия из устья глубокой бедренной артерии. Вторую группу составили 55 (82%) больных, которым выполнены эндоваскулярные вмешательства: 20 (29,8%) – баллонная ангиопластика и стентирование подвздошных артерий, 25 (37,3%) – бедренных артерий, 10 (14,9%) – баллонная ангиопластика подколенных артерий, Вмешательства проводились под местной и спинномозговой анестезией.

Результаты. Анализ результатов показал, что после выполненных эндоваскулярных и гибридных вмешательств, при КИНК наблюдалось улучшение, которое проявлялось ранней активизацией больных, увеличением дистанции безболевого ходьбы, заживлением трофических язв, исчезновением болей в покое.

Улучшение объективных показателей отмечено в обеих группах. Регионарное систолическое давление (РСД) в первой группе после операции увеличилось от 42 ± 6 мм рт.ст. до 85 ± 12 мм рт.ст. ($t=1,3$; $p>0,05$). Соответственно ЛПИ в первой группе поднялся от $0,3 \pm 0,2$ до $0,72 \pm 0,3$ ($t=1,2$; $p>0,05$). Регионарное систолическое давление (РСД) во 2 группе после операции увеличилось от 48 ± 8 мм рт.ст. до 96 ± 14 мм рт.ст. ($t=1,7$; $p>0,05$). Соответственно исходный ЛПИ составлявший $0,38 \pm 0,2$, после вмешательства возрос до $0,86 \pm 0,5$ ($t=1,5$; $p>0,05$). Пульсоксиметрия на пальцах стоп показала, что SpO_2 у пациентов первой группы с $86,3\% \pm 0,05$ увеличилась до $91,2\% \pm 0,08$ ($t=0,8$; $p>0,1$). ($t=2,0$; $p<0,05$). SpO_2 во второй группе с исходного $85,8\% \pm 0,04$ после лечения возросла до $93,08\% \pm 0,04$ ($t=1,2$; $p>0,05$).

Заключение. Развитие эндоваскулярных технологий позволяет отдать им предпочтение в лечении больных с КИНК. При многоуровневом атеросклеротическом поражении и необходимости восстановления, как путей притока, так и оттока целесообразны гибридные операции. Они являются малоинвазивными, проводятся под местной и спинномозговой анестезией, что значительно снижает риск осложнений у больных старшей возрастной категории с сопутствующими тяжелыми соматическими заболеваниями. Показания к обширным открытым операциям на артериях нижних конечностей должны быть строго ограничены и должны выполняться лишь при невозможности выполнить эндоваскулярные и гибридные вмешательства.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННОМ ПОРАЖЕНИИ КОРОНАРНЫХ И КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ

Каримов Ш.И., Суннатов Р.Д., Ирнараров А.А., Рахманов С.У., Асраров А.А.,
Хасанов В.Р., Зайлобиддинов О.Г., Джафаров С.М.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Определить оптимальную тактику лечения, больных с сочетанными поражениями коронарных и каротидных артерий.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 90 больных с сочетанными поражениями артерий коронарного и каротидного русла, находившихся на стационарном лечении во 2-клинике Ташкентской медицинской академии с декабря 2013 года по январь 2015 года. Пациенты были в возрастной группе $58,2 \pm 3,3$ лет. Причиной поражения сосудистых бассейнов явился атеросклероз. Больным рутинно проводили ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) сонных артерий, ЭКГ, ЭхоКГ, дополнительно применяли транскраниальную доплерографию. Вмешательство выполняли больным с гемодинамически значимыми атеросклеротическими поражениями каротидных артерий, выявленные

при УЗДС и коронарогенные заболевания сердца со стенокардией напряжения третьего – 54 (60%) и четвертого – 36 (40%) функциональных классов, 40 больных (45%) ранее перенесли острый инфаркт миокарда (ОИМ). Во всех случаях поражения каротидных артерий были гемодинамически значимыми (стеноз более 60%). При выявлении эмбологенных бляшек в каротидном русле выполняли мультиспиральную компьютерно-томографическую ангиографию. Поражения брахицефальных артерий у 14 (15%) больных проявились в виде транзиторных ишемических атак, у 50 (56%) наблюдались симптомы дисциркуляторной энцефалопатии, 26 (29%) больных перенесли ишемический инсульт. В асимптомной стадии вмешательство не проводилось. У 45 (50%) пациентов выявлен выраженный стеноз (50-69%), у 40 (44 %) – критический стеноз (70-99%), у 5 (6%) пациентов диагностирована окклюзия внутренней сонной артерии (ВСА).

Результаты. Из 10 (11,1%) пациентов с эмбологенными бляшками каротидных артерий, у 8 (8,9%) были выявлены гемодинамически значимые поражения коронарных артерий. Им первым этапом была произведена каротидная реконструкция. На 7-10 сутки после каротидной реконструкции вторым этапом были произведены эндоваскулярные вмешательства на коронарных артериях: У 2 (2,2%) пациентов гемодинамически значимых поражений со стороны коронарных артерий не выявлено, им была рекомендована оптимальная медикаментозная терапия. У 30 (33,3%) пациентов со стабильными атеросклеротическими бляшками выявлены поражения одной, двух коронарных артерий, им были произведены чрескожные вмешательства, на 7-10 сутки произведена реконструкция каротидного бассейна. У 50 (55,5%) пациентов были выявлены трехсосудистые диффузные поражения коронарных артерий, эти больные были направлены в кардиохирургический стационар для открытых вмешательств. Все операции на каротидном бассейне и чрескожные коронарные вмешательства были проведены успешно, осложнений и летальности в раннем послеоперационном периоде не наблюдались.

Выводы.

1. При эмбологенных бляшках каротидных артерий и продолжающихся транзиторных ишемических атак первым этапом предпочтительно производить реконструкцию каротидного бассейна, затем, вторым этапом необходимо выполнять вмешательства на коронарных артериях.
2. При превалировании поражений коронарных артерий и прогрессировании стенокардии, стабильных бляшках каротидных артерий, первым этапом необходимо проводить вмешательства на коронарных сосудах, после, в максимально короткие сроки производить каротидные реконструктивные вмешательства.
3. При выборе тактики лечения необходимо учитывать клиническую картину при поражении коронарного или каротидного русла.
4. Необходимо широкое внедрение в практику стентирования каротидных артерий при сочетанном поражении каротидного русла и трехсосудистого поражения коронарных артерий.
5. Для снижения послеоперационных осложнений и летальности необходимо придерживаться четкого протокола этапности и объема вмешательств, с учетом показаний к открытому и эндоваскулярному методам лечения, после определения преобладающего поражения при мультифокальном атеросклерозе.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Сахибоев Д.П.

Ташкентская медицинская академии, г. Ташкент, Узбекистан

Цели исследования: в сравнительном аспекте провести оценку применения различных методов хирургического лечения опухолей надпочечников.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 204 больных с опухолями надпочечников, получавших лечение во 2-клинике ТМА с 2000 по 2014 годы. Из них 120 больных имели артериальную гипертензию различной степени, 35 больных – различные нейромышечные симптомы. У 49 больных опухоли выявлены при профилактическом обследовании, т.е., в 24% случаев была диагностирована «инциденталомы». Пациенты были разделены на три группы. В первую группу вошли 80 больных, перенесших открытую адреналэктомию. Все

больные оперированы тораколумботомическим доступом. Во второй группе были 52 больных, оперированных эндоваскулярным методом. В этой группе размеры опухоли были до 1 см. Из них у 31 выполнена эндоваскулярная электрокоагуляция центральной вены левого надпочечника, у 14 больных – острая окклюзия венозного русла надпочечника (с 3% раствором тромбовара) в сочетании с электрокоагуляцией центральной вены надпочечника, в 5 случаях – острая окклюзия венозного русла надпочечника путем введения 3% раствора тромбовара. В третью группу вошли 72 пациента, перенесших лапароскопическую адреналэктомию, выполненных боковым трансабдоминальным доступом.

Группы по возрасту, полу, уровню и длительности АГ, сопутствующей патологии, локализации, морфологической форме опухоли были сопоставимы. Топическая диагностика новообразований надпочечников осуществлялась с использованием лабораторных данных, МСКТ и УЗИ. Результаты лечения по гипотензивному эффекту оценивали по классификации ВОЗ.

Результаты исследования. В раннем послеоперационном периоде (до 1 месяца) по артериальной гипертензии хороший результат по группам получен в 76%, 73% и 75% случаев соответственно, удовлетворительный – в 10%, 11% и 11%, а неудовлетворительный – в 13%, 17% и 14% соответственно. В отдаленном периоде от 2 до 10 лет хороший результат получен у 58%, 54% и 60% больных, удовлетворительный результат у – у 13%, 11% и 10% и неудовлетворительный – получен у 29%, 35% и 30% пациентов соответственно. Сравнительный анализ показал хороший результат в группе больных, которым выполнена ЛАЭ, в сравнении с традиционными операциями и характеризуется значительным уменьшением степени интенсивности болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде в среднем в 2-3 раза, уменьшением объема кровопотери в 4,5 раза, уменьшением числа послеоперационных осложнений (гидропневмоторакс, послеоперационные грыжи и свищи, нестабильная гемодинамика) до минимального (с 38,7% до 6,6%), сокращением в 3,7 раза продолжительности пребывания больных в стационаре после операции ($19,8 \pm 6,3$ и $5,33 \pm 1,03$ суток соответственно), сокращением сроков временной нетрудоспособности больных в 2,7 раза ($14,3 \pm 3,2$ и $38,6 \pm 2,7$ дня соответственно). Несомненно также косметический эффект ЛАЭ. В послеоперационном периоде у 4 больных наблюдались осложнения, которые ликвидированы консервативными мероприятиями. По вышеуказанным критериям эндоваскулярный метод лечения не уступил ЛАЭ, но это метод эффективен, когда размеры новообразований надпочечников были до 1 см.

Выводы. Таким образом, при хирургическом лечении опухолей надпочечников использование ЛАЭ снижает частоту развития интра- и послеоперационных осложнений, уменьшает кровопотерю во время операции, уменьшает выраженность болевого синдрома после операции, позволяет добиться хорошего косметического эффекта, способствует сокращению сроков пребывания больных в стационаре, ускоряет их реабилитацию. Полученные нами результаты эндоваскулярных вмешательств позволяют рекомендовать их при размерах новообразования до 1 см и его левостороннем расположении. Но при размерах опухоли надпочечника больше 6 см и при наличии признаков малигнизации на наш взгляд целесообразна, ОАЭ.

КОРРЕЛЯЦИЯ ЭФФЕКТА ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ КОМПРЕССИОННОЙ ТЕРАПИИ С РЕГРЕССОМ СИМПТОМОВ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Касьян Д.А., Кулюк В.С.

*Государственный университет медицины и фармации им. Н. Тестемциану,
г. Кишинев, Республика Молдова*

Прогнозирование клинического результата хирургического вмешательства при неосложненной варикозной болезни, особенно при её сочетании с не-сосудистыми заболеваниями, имеющими сходную симптоматику, представляет сложную задачу. Неспецифический характер субъективных симптомов венозной недостаточности обосновывает необходимость их дифференциации с жалобами обусловленными патологией позвоночника, нервной системы, костно-суставного аппарата, психо-эмоциональными расстройствами или ожирением.

Целью нашего исследования являлась проверка гипотезы о существовании корреляции между симптоматическим эффектом предоперационной компрессионной терапии и степенью регресса субъективных проявлений венозной недостаточности после хирургического лечения неосложненной варикозной болезни.

В исследование были включены 56 больных с варикозной болезнью в бассейне большой подкожной вены (класс С2 по классификации CEAP) и жалобами, потенциально обусловленными венозной недостаточностью: боли и/или чувство тяжести, усталости, жжения в нижних конечностях. Из исследования были исключены больные с сопутствующей патологией магистральных артерий нижних конечностей. После получения согласия на участие в исследовании пациентам было предписано ежедневное использование эластического компрессионного трикотажа 2 класса в течение 2 недель. По истечении этого срока больной оценивал изменения в симптомах заболевания качественно (улучшение / ухудшение) и количественно – с использованием 10-балльной визуальной аналоговой шкалы (0 баллов – отсутствие улучшения, 10 баллов – полное исчезновение симптомов). Количественная оценка динамики субъективных симптомов проводилась повторно спустя месяц после операции на поверхностной венозной системе.

В течение предоперационного этапа исследования 5 пациентов отметили ухудшение субъективной симптоматики при использовании эластической компрессии, а у 8 больных изменения отсутствовали. Хирургическое лечение в данной группе больных не выполнялось. Большинство пациентов – 43 (76,8%) отметили положительный эффект компрессионной терапии. Среднее значение степени уменьшения симптомов составило 6 баллов (межквартильный интервал 4-7 баллов). Через месяц после операции положительная динамика отмечена всеми 43 оперированными больными: среднее значение по визуальной аналоговой шкале 6 баллов (межквартильный интервал 5-8 баллов). Расчет коэффициента ранговой корреляции Спирмена указал на наличие достоверной положительной связи между выраженностью положительного эффекта предоперационной компрессионной терапии и степенью регресса субъективных симптомов венозной недостаточности после оперативного лечения: $r_s = 0,646$ ($p < 0,01$).

Таким образом, при относительных показаниях к оперативному лечению неосложненной варикозной болезни и наличии сомнений в «венозном» характере жалоб предъявляемых пациентом, предоперационная компрессионная терапия может использоваться для прогнозирования клинического результата хирургического вмешательства и идентификации больных с наибольшей вероятностью устранения субъективных симптомов заболевания.

ЛЕЧЕНИЕ МНОГОЭТАЖНЫХ ПОРАЖЕНИЙ АРТЕРИЙ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кипиани В.К., Кипиани К.Б., Паргалава Н.Ш., Бокучава М.Г., Сопромадзе Л.Д.

Центр Заболеваний Сосудов и Сердца, г. Тбилиси, Грузия

Введение. При многоэтажных поражениях сосудов нижних конечностей успех вмешательства во многом зависит от адекватного восстановления двух и более блоков поражения. У пациентов с хронической ишемией нижних конечностей в большинстве случаев имеются сопутствующие заболевания, что делает порой невозможным адекватное восстановление кровотока в нижних конечностях. Внедрение в клиническую практику эндоваскулярных и гибридных операций, отличительной особенностью которых является минимальная временная экспозиция и максимальная атравматичность, значительно улучшило исход вмешательств.

Цель работы. Оценка результатов эндоваскулярных и гибридных вмешательств при лечении многоэтажных поражений артерий нижних конечностей у пациентов с критической ишемией.

Материал и методы. Проанализированы результаты эндоваскулярного лечения у 92 пациентов с окклюзионно-стенозными многоэтажными поражениями подвздошных, бедренных, подколенных артерий, а также артерий голени и 18 открытых операций на подвздошно-бедренных и/или бедренно-подколенных артериальных сегментах с одномоментной эндоваску-

лярной коррекцией путей притока и/или оттока (гибридные вмешательства) за период 2012-2014 гг.

Распределение по полу: мужчины 93 (85%), женщины 16 (15%). Средний возраст составил 59 лет (от 30 до 88 лет). Сопутствующие заболевания выявлены у 64% пациентов, из них сахарный диабет у 52 (48%) пациентов, ИБС – у 26 (24%) пациентов, артериальная гипертензия – у 31 (28%) пациентов. Распределение по стадиям хронической артериальной недостаточности (по классификации Фонтейна): III стадия – 19 (17%) пациентов, IV стадия – 90 (83%) пациентов. Следует отметить, что у всех 110 пациентов была критическая ишемия нижних конечностей.

Эндоваскулярный доступ к пораженной зоне осуществлялся в 14 случаях через плечевую артерию, ретроградный доступ – в 18 случаях (из них через подколенную артерию – 12 случаев, через тибиаальную артерию – 6 случаев).

При гибридных операциях у 10 пациентов выполнено стентирование подвздошных артерий с бедренно-подколенным шунтированием или профундопластикой, у 8 пациентов – реконструкция бедренно-подколенной зоны с баллонной ангиопластикой артерий голени.

Результаты. Клинические результаты оценивались в течение 6 месяцев после вмешательства. Успех непосредственно после вмешательства отмечался в 98% пациентов при эндоваскулярных вмешательствах. В группе пациентов с гибридными вмешательствами – летальный исход у 1 пациента. Ампутация конечности на уровне бедра – 1 пациент. Ампутация стопы и пальцев – 30 пациентов (в основном, пациенты с сахарным диабетом).

Заключение. Эндоваскулярные вмешательства при многоэтажных поражениях сосудов нижних конечностей являются эффективным методом лечения у пациентов с критической ишемией нижних конечностей. Гибридные операции и выбор альтернативных методов доступа – залог эффективного лечения, приводящего к улучшению качества жизни, сохранению конечности и жизни пациента.

ИТОГИ 3-ЛЕТНЕЙ РАБОТЫ «ДОРОЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ НА СТ. ЧЕЛЯБИНСК ОАО «РЖД» ПО ОСТРОМУ КОРОНАРНОМУ СИНДРОМУ

Киреев К.А.^{1,2}, Москвичёва М.Г.², Фокин А.А.², Вдовин Е.В.¹, Сощенко Д.Г.^{1,2},
Уткина С.В.¹, Михайлов Е.В.^{1,2}, Тихонова С.А.¹, Смирнова О.В.¹, Рудик А.В.¹,
Шагиева М.С.¹, Киреева Т.С.²

1 – НУЗ «ДКБ на ст. Челябинск ОАО «РЖД»,
2 – ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава РФ, г. Челябинск

В Российской Федерации и в Челябинской области в частности болезни системы кровообращения представляют собой чрезвычайно актуальную проблему, занимая первое место в структуре общей смертности населения с долей выше 50%. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в нашем регионе в 2013 г. превышала общероссийское значение – 726,3 против 696,5 на 100 тыс. населения. Одно из направлений снижения этого целевого показателя связано с совершенствованием медицинской помощи экстренным пациентам кардиологического профиля. С августа 2011 г. в Челябинской области работает специализированная рентгенэндоваскулярная служба, ориентированная на лечение острого коронарного синдрома.

Цель работы: оценить непосредственные результаты 3-летней работы регионального сосудистого центра НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД» (НУЗ ДКБ) по оказанию специализированной медицинской помощи при острой коронарной патологии.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ годовых статистических отчётов отделений кардиологии и рентгенохирургии за 2012-2014 гг. За отчётный период в НУЗ ДКБ госпитализировано 2318 пациентов с рабочим диагнозом «острый коронарный синдром». В результате проведённых лечебно-диагностических вмешательств установлено: острый инфаркт миокарда (ОИМ) – 1191 (51,4%), нестабильная стенокардия – 985 (42,5%), острая коронарная патология не подтвердилась – 142 (6,1%). Основное поступление больных приходится на 2014 г. – 1396 (60,2%), что связано с расширением зоны обслуживания за счёт прилегающих муниципальных образований области с конца 2013 г.

Результаты. Охват экстренными коронарографиями больных с ОИМ составил 80,1% (954 процедуры). Удельный вес пациентов с ОИМ, которым проведено экстренное стентирование коронарных артерий в общем количестве инфарктных пациентов – 63,8% (760 операций). Всего реперфузионные вмешательства получили 845 (70,9%) больных. Летальность среди пациентов с ОИМ – 11,1%. Наилучшие показатели летальности среди больных с реперфузионной терапией – 7,5%. Летальность в подгруппах «только коронарное стентирование», «только тромболитическая терапия» и «стентирование+системный тромболитизис» – 6,3%, 12,9% и 8,8% соответственно. Самая высокая летальность получена у больных без реперфузионной терапии – 19,9%.

Заключение. Работу НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД» по оказанию специализированной медицинской помощи пациентам с острой коронарной патологией можно считать положительной. На фоне интенсивного потока городских и областных пациентов рутинно применяются современные эндоваскулярные технологии в лечении ОИМ со значимым снижением летальности с 16% в 2007-2011 гг. до 11,1% в 2012-14 гг. Данное направление работы для НУЗ ДКБ является приоритетным. Экстренные кардиологические больные в дежурные дни выделены в специальный поток, в котором отделения, задействованные в лечебно-диагностическом процессе, ориентированы на своевременную и слаженную работу с необходимым объёмом реперфузионных вмешательств. Дальнейшее накопление опыта, применение в практике мировых рекомендаций, обсуждение промежуточных и итоговых результатов позволят улучшить стратегические показатели как на уровне НУЗ ДКБ, так и в регионе в целом.

БЕЗОПАСНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДВУСТОРОННИХ ПОРАЖЕНИЙ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 70 ЛЕТ

Кокоришвили М.А., Алехин Д.И.

Клиника ЮУГМУ, г. Челябинск

Введение. За последние 50 лет представление медицинской общественности о методах лечения сосудистых заболеваний головного мозга в значительной степени изменилось. Особую актуальность эта проблема приобретает в связи с увеличением продолжительности жизни людей и достижении ими 70 летнего и более старшего возраста. У 8% в этой группе выявляются значимые поражения сосудов, кровоснабжающих головной мозг. По данным Kresowik T. Et.al.2001, 19% больных, оперированных по поводу стеноза сонных артерий были пациентами старше 80 лет. Наиболее сложной является проблема лечения пациентов старшей возрастной группы с двусторонним гемодинамическим поражением СА. Во всех работах такие пациенты рассматриваются как группа особого риска, без выработки специфических рекомендаций. В современной литературе нет однозначного мнения по поводу особенностей и сроков межоперационного интервала для пациентов старшей возрастной группы при наличии значимых стенозов СА. Тем не менее, как показывают результаты операций, проводимых различными авторами, этот срок имеет существенное значение. Другой и не менее важной особенностью операций у таких пациентов является интра и послеоперационная защита головного мозга. Возникающие осложнения связаны с необходимым пережатием ВСА при выполнении реконструкции. В настоящее время для исключения или ограничения ишемического поражения мозга во время операции разработаны технические методы, что позволяет сократить время пережатия СА, определена стратегия мониторинга функции мозга и церебрального кровообращения при пережатии СА, что позволяет определить показания для использования временного внутрипросветного каротидного шунта, однако, единого мнения о способе проведения, необходимости фармакологической защиты головного мозга на период операции и в послеоперационный период нет.

Цель исследования: улучшение результатов и обеспечение безопасности хирургического лечения двусторонних окклюзивно-стенотических гемодинамически значимых поражений сонных артерий у пациентов старше 70 лет.

Задачи исследования: 1. Проанализировать частоту и характер осложнений при хирургическом лечении окклюзивно-стенозных двусторонних поражениях сонных артерий у пациентов старше 70 лет. Установить наиболее значимые факторы, оказывающее влияние на безопасность хирургического лечения сонных артерий.

2. Изучить динамику показателей «ПОЛ-АОС» и серотонина до пережатия, во время пережатия сонных артерий и в послеоперационном периоде у пациентов, операция у которых проходила при отсутствии клинических проявлений неврологического дефицита и снижение и насыщения кислородом клеток головного мозга не более чем на 20%.

3. Разработать и внедрить метод медикаментозной защиты головного мозга на период кроссклампинга и ранний послеоперационный период у этой категории пациентов, доказать его эффективность на основе выявленных биохимических изменений.

4. На основании выявленных изменений в системе «ПОЛ-АОС» определить оптимальный безопасный интервал между операциями. Изучить зависимость развития осложнений хирургического лечения сонных артерий от интервала между операциями у пациентов старше 70 лет при двустороннем поражении СА.

5. Разработать и внедрить в практику алгоритм хирургического лечения пациентов старше 70 лет с двусторонними гемодинамически значимыми поражениями сонных артерий. Изучить его безопасность и эффективность, влияние на динамику показателей когнитивных расстройств и качество жизни у пациентов старше 70 лет.

Материалы и методы. В клиническое исследование было включено 219 пациентов старше 70 лет с 2-х сторонними гемодинамически значимыми стенозными поражениями сонных артерий. Всем пациентам выполнено биохимическое исследование ПОЛ, АОС и серотонина.

1. Группа исследования «А» – 83 пациента, которым реконструктивная операция на контралатеральной сонной артерии выполнена через 60 суток после первой операции.

2. Группа сравнения «В» – 84 пациента, которым реконструктивная операция на контралатеральной сонной артерии выполнена после первой операции через 14 – 21- 30 дней.

3. Группа «С» – 40 пациентов, которым профилактика ишемии головного мозга проводилась введением препарата цераксон в максимально разрешенной суточной дозе 2 г в/в за 5 минут до кроссклампинга СА действующим веществом цитоклоин и с последующим введением по 1 гр. в течение 5 суток. Реконструкция контралатеральной сонной артерий проводилась через 60 суток.

4. Группа «Д» – 12 пациентов, которым цераксон не вводился во время операции и послеоперационном периоде. Реконструкция контралатеральной сонной артерий проводилась через 60 суток.

Все пациенты в исследуемой группе в возрасте старше 70 лет. При оценке неврологического статуса пациентов в группах исследования и в группе сравнения придерживались классификации А.В. Покровского (1979 г.). Все пациенты характеризовались полиморбидностью заболевания.

Результаты. Выявлено, что у пациентов пожилого возраста на период кроссклампинга СА при хирургическом лечении, у которых клинически не отмечалось проявлений неврологического дефицита и снижение кислородного статуса головного мозга не превышало 20%, отмечаются проявления ишемии головного мозга, которые были доказаны биохимическими реакциями. Межоперационный интервал 60 суток и более, медикаментозная защита головного мозга в интра- и послеоперационном периоде препаратом цероксон, позволяют значительно уменьшить количество специфических и неспецифических послеоперационных осложнений.

Выводы. 1. Наиболее значимыми факторами, влияющими на безопасность хирургического лечения сонных артерий у пациентов старше 70 лет с двусторонними поражениями сонных артерий являются: интервал между этапами хирургического лечения, интраоперационная медикаментозная и гемодинамическая защита головного мозга.

2. Повышение продуктов ПОЛ и увеличение окислительной модификации белков при операциях на сонных артериях (даже при отсутствии клинических проявлений неврологического дефицита и снижении насыщения кислородом тканей мозга на 20%) позволяют рассматривать кроссклампинг как один из патогенетических механизмов развития осложнений при реконструктивных операциях на СА, в том числе и ухудшение когнитивной функции в послеоперационном периоде.

3. Динамика показателей ПОЛ-АОС, серотонина после хирургического лечения в группе исследования «С» с использованием препарата «цераксон» свидетельствует о снижении активности ПОЛ и стабилизации показателей энергетического обмена. Препаратом выбора для осуществления медикаментозной защиты головного мозга и предупреждения реперфузионных осложнений является препарат группы цитоколина – «цераксон» в суточной дозировке 2 г за 5 минут до кроссклампинга с последующим введением в течение 5 суток 1 мг препарата внутривенно.

4. Стабилизация биохимических показателей ПОЛ-АОС, серотонина наступает к 60 суткам и позволяет провести хирургическое лечение на контралатеральной сонной артерий с меньшим риском осложнений как специфических, так и неспецифических. Оптимальным интервалом между операциями на сонных артериях у пациентов старше 70 лет является 60 суток.

5. Разработанный алгоритм диагностики и хирургического лечения пожилых пациентов позволяет улучшить качество жизни больных, предотвратить снижение когнитивной функции, позволяет эффективно и безопасно оперировать пациентов старше 70 лет с двусторонним поражением сонных артерий.

ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР КАК ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ФОРМА ЛЕЧЕНИЯ РАН И ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ АНГИОЛОГИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Кривошеков Е.П., Романов В.Е., Дмитриева И.А.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Самара

Актуальность. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей – одна из главных причин инвалидности и смертности во всем мире. Более 90% пациентов приходится на долю мужчин. Таким образом, сегодня очевидно, что лечение больных с хронической ишемией нижних конечностей является важнейшей медико-социальной проблемой современного общества.

Цель исследования: показать возможность лечения больных имеющих раны и трофические язвы ангиологического генеза в условиях дневного ангиологического стационара поликлинике.

Материалы и методы. В исследование были включены 78 пациентов с хронической ишемией нижних конечностей II А-Б стадиями (по Фонтейну), в возрасте от 46 до 62 лет. Среди них было 73 (96,1%) мужчины и 5(3,9%) женщин.

Проведено сравнение 2 групп больных. В 1 группу (контрольную) вошли 41 (55%) пациент, которым проводилось традиционное лечение в хирургическом отделении поликлиники, под контролем врача-хирурга. Во 2 группу вошли 37 (45%) больных, которым в условия дневного ангиологического стационара поликлиники под контролем ангиолога, терапевта и психолога проводился курс комплексной медикаментозной терапии. Назначали введение ангиоактивного препарата ВАП 20 по 40 мг в/в капельно № 10, Сулодексида 600 ЛЕ и 20% раствора Актовегина в/в капельно № 10, Клопидогрель (Плагрил) 75мг 1 раз в сутки, магнитотерапия. Для местного лечения трофических язв и ран использовали ультрафиолетовое излучения 5 процедур и атрауматические повязки с учетом фазы раневого процесса, в первую фазу – под повязками с высокоабсорбирующими альгинатными раневыми покрытиями «Сорбальгон», впитывающими атрауматичными повязками «ТендерВет» с полиакриламидным гелем, с водными растворами антисептиков (раствор диоксидина 1% или лавасепта 0,2%).

Во вторую фазу раневого процесса применяли атрауматичные покрытия для ран «Гидросорб», «Гидроколл», сочетающие в себе впитывающие дренирующие свойства и защиту грануляций от высыхания и появления вторичных некрозов.

Для улучшения кровоснабжения тканей нижних конечностей применяли аппарат VEINOPLUS ARTERIAL до 6 сеансов в день.

Результаты. После проведенного курса лечения в течение 10 дней улучшение состояния здоровья отмечено у всех пациентов в обеих группах. Через 2 и 6 месяцев после проведенной терапии: боли в икроножных мышцах в покое возобновились 12 (30%) больных 1 группы и

1 (9%) человека во 2 группе. Уменьшение расстояния безболевого ходьбы отмечено у 25 (61,7%) пациентов 1 группы и у 12 (34,8%) больных во 2 группе. Гнойные осложнения не купировались у 12 (30%) человек 1 группы и у 1(9%) больного во второй. Малым ампутации выполнены у 7 (16,6%) пациентов в первой группе, во 2 группе ампутаций не было.

Выводы. Консервативная терапия в условиях дневного ангиологического стационара, оказывает многосторонний положительный клинический эффект у больных ранами и трофическими язвами развившимися на фоне облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей. Комплексное лечение позволяет улучшить качество жизни пациентов и способствует сохранению достигнутых эффектов на более длительный срок.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кривошеков Е.П., Дмитриева И.А., Романов В.Е., Мигунов И.А.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Самара

Актуальность. Неудовлетворительные результаты после консервативной терапии у больных посттромботической болезнью нижних конечностей приводят к необходимости поиска новых подходов к решению этой задачи. Поэтому в терапии таких пациентов в практике врача поликлинического звена всё чаще стали использовать новые препараты – сулодексид и нафтидрофурил.

Цель исследования. Сравнить результаты консервативного лечения больных с посттромботической болезнью нижних конечностей.

Материалы и методы. Исследование проведено ГБУЗ СО «Самарская городская больница № 6» на базе ангиологического дневного стационаре в 2014 г. В исследование включены 34 пациента с посттромботической болезнью нижних конечностей, в возрасте от 42 до 62 лет. Среди них было 12 (35%) мужчин и 22 (65%) женщин.

Проведено сравнение 3 групп больных. Оценивался клинический эффект от лечения, подсчитывались уровень гемоглобина, тромбоциты, время свертываемости при их отклонении проводилась коррекция.

В 1 группу (контрольную) вошли 10 (30%) пациентов, которым проводился курс лечения с ведением в/в капельно раствора пентоксифиллина 5,0 мл № 10, Диосмина 600, Тромбо-Асс 100мг, магнитотерапия, с последующим приемом препаратов: Диосмина 600 по 1 кап. 1 раз в день, Тромбо-Асс 100мг вечером в течение 50 дней.

Во 2 группу вошли 12 (35%) человек, которым проводился курс терапии с введением Сулодексида 600 ЛЕ в/в капельно № 10, витамины группы В в/м (Комбилипен), Тромбо-Асс 100 мг, Диосмина 600 мг по 1 кап. 1 раз в день, магнитотерапия. Лечение продолжено в домашних условиях оно включало прием Сулодексида 250 МЕ по 1 капсуле 2 раза в день в течение 50 дней, Диосмина 600 мг по 1 кап. 1 раз в день, Тромбо-Асс 100 мг вечером.

В 3-й группу вошло 12 (35%) больных, которые применяли Нафтидрофурил (Дузофарм) 50 мг по 2 таблетки 3 раза в день, Диосмин 600 мг по 1 кап. 1 раз в день, Тромбо-Асс 100 мг вечером, магнитотерапия, с последующим приемом в домашних условиях Нафтидрофурила 50 мг по 2 таблетки 3 раза в день(50 дней), Диосмина 600 мг по 1 таб. 1 раз в день, Тромбо-Асс 100 мг вечером.

В процессе лечения использовали эластичный компрессионный трикотаж Sigvaris II класса (23.0-32.0 мм.рт.ст.) и III класса компрессии (34-46 мм.рт.ст). После проведенного курса лечения в течение двух месяцев улучшение в состоянии здоровья отмечено у всех пациентов в трех группах.

Результаты. Болевой синдром в первые дни был выражен у всех пациентов. К 7 суткам от начала лечения отмечено уменьшение болевого синдрома вплоть до полного его исчезновения у 62 (95%) больных. Отек на нижних конечностях уменьшился у всех пациентов 2 и 3 группы, в 1 группе отек сохранялся у 5 (10%) пациентов. Показатели свертывающей системы крови в 1 группе были без изменений, во 2 группе время свертывания увеличилось с 4 минут до

7-8 минут, АЧТВ до 50, а в 3 группе увеличение время свертывания крови до 6 минут, АЧТВ-до 6. Через 6 месяцев у больных первой группы полная реканализация отмечалась у 32% пациентов, во 2-й у 75% больных, в 3-й группе 64%.

Выводы. Применение сулодексид и нафтидрофурила в комплексном консервативном лечении больных посттромботической болезнью нижних конечностей приводит к улучшению субъективных и объективных показателей, позволяет использовать эти препараты в амбулаторно-поликлинической практике, уменьшить количество осложнений и тем самым улучшить качество жизни пациентов.

РИВАРОКСАБАН В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кривошеков Е.П., Мигунов И.А., Романов В.Е., Аюпов А.М., Дмитриева И.А.

*ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. Середавина»,
ГОУ ВПО «Самарский Государственный медицинский университет» Минздрава РФ, г. Самара*

Актуальность. Проблема лечения тромбоза глубоких вен (ТГВ) и профилактики тромбоза легочной артерии (ТЭЛА) остается актуальной, благодаря высокой распространенности этих заболеваний, тяжести течения, сложности диагностики из-за полиморфизма клинических симптомов.

Основным методом лечения ТГВ и профилактики ТЭЛА является антикоагулянтная терапия, но и она имеет ряд противопоказаний и осложнений. Давно назрела необходимость появления безопасного, эффективного, простого в применении перорального антикоагулянта, каким и явился прямой пероральный ингибитор Ха фактора свертывания препарат ривароксабан.

Материалы и методы. В исследование включали больных, поступивших в отделение сосудистой хирургии СОКБ в 2014 г. с инструментально верифицированным острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей. Исследование включало 65 больных (41 мужчину и 24 женщины) в возрасте от 32 до 84 лет (средний возраст 61,0±5,5 года). Всем больным в течение первых 2 суток назначали низкомолекулярные гепарины в терапевтических дозах с последующим переводом на непрямые антикоагулянты под контролем коагулограммы, МНО. В случае невозможности в дальнейшей перспективе стандартного лечения антагонистами витамина К больному предлагали терапию с использованием препарата ривароксабан. Препарат ривароксабан назначали по 15 мг 2 раза в день в течение 3 нед, далее переходили на однократный ежедневный прием препарата по 20 мг. Срок лечения 3 мес при дистальном тромбозе, 6 мес при спровоцированном проксимальном венозном тромбозе с обратимыми факторами риска, 12 мес и более при идиопатическом, рецидивирующем ТГВ, а также венозном тромбозе, развившимся на фоне наличия необратимых факторов риска. Во всех наблюдениях антикоагулянтная терапия на всех этапах лечения сочеталась с использованием компрессионного эластичного трикотажа с давлением 23-32 мм рт.ст., (Интекс, Sigvaris) и флебопротекторов Детралекс, Флебодиа 600.

Результаты. При применении ривароксабана рецидивов венозных тромбозов отмечено не было. Кумулятивная частота развития геморрагических осложнений составила 7 (10,8%) больных, из которых только у 2 пациентов были значимые осложнения, потребовавшие обращение к врачу, временной приостановки терапии. Через 3 месяца были отслежены все 65 пациентов, из которых 3 больных с дистальной локализацией венозного тромбоза и обратимыми факторами риска завершили курс антикоагулянтной терапии. В течение 6 месяцев под наблюдением находились 54 (83%) человека. За период наблюдения не было зафиксировано рецидива или прогрессирования венозного тромбоза, а также развития легочной эмболии. Развития геморрагических осложнений было выявлено у 7 (10,8%) больных, из которых у 5 человек были малые осложнения и у 2 пациентов значимые, при этом больших кровотечений не выявлено.

Вывод. Полученные результаты подтверждают эффективность, безопасность и удобство применения препарата ривароксабан по сравнению со стандартной терапией антагонистами витамина К. Важным является тот факт, что применение нового перорального антикоагулянта не требует индивидуального подбора дозы, регулярного лабораторного мониторинга,

коррекции дозы в соответствии с диетическими предпочтениями, параллельным приемом других лекарственных средств при сопоставимой эффективности и безопасности, это особенно важно для лиц проживающих в отдаленных сельских районах.

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кривошеков Е.П., Ельшин Е.Б.

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
ГБУЗ Самарской области «Самарская городская клиническая больница № 8», г. Самара*

Актуальность. Увеличение количества пациентов сахарным диабетом и гнойно-некротическими поражениями стоп, приводит к поиску новых методов лечения.

Цель исследования. Оценить эффективность применения тромболитической терапии в комплексном лечении больных с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы.

Материалы и методы. В исследование включены 68 пациентов с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы. У всех больных имелся инсулиннезависимый сахарный диабет, они принимали таблетированные сахароснижающие препараты в среднем – 9,2 года. Средний возраст пациентов составил $60,0 \pm 2,5$ года. Женщин было – 63 (92,6%) человека. Пациентов разделили на две группы.

В контрольной группе (n-30) больные после выполнения ампутации на стопе получали базисное лечение: инсулинотерапию, антибиотики, трентал, ГБО и ежедневные перевязки с растворами антисептиков или с водорастворимыми мазями.

В основной группе (n-38) – помимо ампутации на стопе и базисной терапии – проводили комплексное лечение в два этапа, каждый – по 7 дней.

На первом этапе внутривенно вводили урокиназу, сулодексид и венотоник. Использовали постоянную вакуум-аспирацию – на давлении 80 мм.рт.ст. Урокиназу вводили ежедневно внутривенно капельно по 500000 МЕ на 100 мл. физ. раствора, курсом – 7 инфузий. Сулодексид по 600 ЛЕ на 100 мл. физ. раствора внутривенно капельно, курсом – 7 инфузий. Венотоник Антистакс назначали по 2 капсулы утром – за 30 минут до еды.

На втором этапе меняли вакуум-аспирацию с колебаниями отрицательного давления от 20 до 80 мм.рт.ст. с периодом – 30 минут. Сулодексид – по 1 капсуле (250 ЛЕ) 2 раза в сутки. Антистакс по 2 капсулы утром за 30 минут до еды.

Результаты. На 7 день после операции в контрольной группе – воспалительно-дегенеративный тип цитограммы уменьшился на $12,8 \pm 1,8\%$. В основной группе – на $29,8 \pm 1,4\%$. У 8 (21%) пациентов зафиксирован регенераторный тип цитограмм. На 14 сутки в контрольной группе – воспалительный (51%) и воспалительно-дегенеративный типы (28%) цитограмм, регенераторный тип – только у 6 (20%) больных. В основной группе – значительное снижение воспалительного (13,1%) и воспалительно-дегенеративного типа (8%) цитограмм, а регенеративный тип отмечен у 30 (78,9%) пациентов.

У всех пациентов контрольной группы – сохранялись боль, чувство тяжести в ногах, отек на стопе до 12-18 суток. В основной группе – у 31 (81,6%) больного – данные симптомы купировались на 7 сутки, у остальных – на 10-11 сутки.

Переход раневого процесса во вторую фазу был отмечен в контрольной группе в среднем на 20 сутки, а в основной группе пациентов – на 11 ± 2 день.

Повторные некрэктомии в контрольной группе потребовались у 4 больных. Ампутации на уровне верхней трети голени выполнены 2 пациентам. У больных основной группы – повторных некрэктомий и ампутаций не было. В этой группе – кровотечений из раны стопы и других осложнений не было. Снятие аппарата вакуум-терапии раньше срока ни в одном случае – не понадобилось.

Выводы. Предложенный способ лечения обладает хорошей эффективностью, позволяет улучшить результаты лечения пациентов с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВТЭО У НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Кузнецов М.Р., Федин А.И., Вирганский А.О., Несходимов Л.А., Мишакина Н.Ю.,
Золотарева Л.В.

РНМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва

Острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей является наиболее частым осложнением у неврологических больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения с развитием гемипареза. Особую опасность представляют флотирующие тромбы, способные вызвать тромбоз легочных артерий, в связи с чем реабилитация таких больных не может проводиться в полном объеме. Задачи антикоагулянтной терапии сводятся к скорейшей ликвидации флотации, что позволяет начать более раннюю и эффективную реабилитацию.

Цель исследования. Оценить эффективность различных схем антикоагулянтной терапии у больных с острым флотирующим тромбозом глубоких вен нижних конечностей на фоне гемипареза, возникшего вследствие острого нарушения мозгового кровообращения.

Материалы и методы исследования. В основу работы положены результаты лечения 91 больного с флотирующим тромбозом глубоких вен нижних конечностей, поступивших с 2004 по 2014 годы в неврологическое отделение для реабилитации после острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу. Диагноз венозного тромбоза ставился при поступлении данных пациентов в стационар. Больные были разбиты случайным образом на 4 группы, в зависимости от проводимой антикоагулянтной терапии. 1 группа была представлена 27 пациентами, которые в качестве антикоагулянтной терапии получали нефракционированный гепарин с последующим переходом на непрямые антикоагулянты (варфарин). 2 группу составили 24 человека, получавших надропарин, 3-ю – 22 больных, получавших эноксапарин и 4 группу – 18 пациентов, получавших ривароксабан. Возраст больных был от 54 до 86 лет, мышечная сила в паретичной нижней конечности составила от 0 до 4 баллов, длина флотирующей верхушки тромба была от 2 до 7 см. Были выявлены тромбозы суральных и берцовых вен с переходом на подколенную вену, флотирующие тромбозы подколенной, поверхностной бедренной, общей бедренной и подвздошных вен. Группы были полностью однородны по возрасту, полу, степени неврологического дефицита, локализации тромботического поражения, величине флотации верхушки тромба. Локализацию поражения и величину флотации определяли посредством ультразвукового ангиосканирования до начала лечения и в процессе проведения антикоагулянтной терапии.

Результаты и их обсуждение. Как показало наше исследование, время, необходимое для полной ликвидации флотации при использовании нефракционированного гепарина в сочетании с антивитаминами К составило, в среднем, $14,37 \pm 3,19$ дня, при применении надропарина (фраксипарина) – $7,49 \pm 3,66$ дня, эноксапарина (клексана) – $9,54 \pm 2,86$ дня и при использовании ривароксабана (ксарелто) – $7,89 \pm 2,77$ дня. Более ранняя фиксация верхушки тромба позволила начать реабилитацию неврологических больных в более ранние сроки, что позволило получить более значимый клинический эффект и сократить время пребывания пациентов в стационаре.

Выводы. У неврологических больных с флотирующим тромбозом глубоких вен нижних конечностей, возникшим на фоне острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу, предпочтительно использовать низкомолекулярные гепарины (надропарин и эноксапарин), а также пероральный ингибитор Ха фактора ривароксабан, которые достоверно быстрее и эффективнее, по сравнению с нефракционированным гепарином в сочетании с антивитаминами К, способствуют фиксации верхушки тромба. Это позволяет избежать тромбоза легочных артерий и начать своевременную и более эффективную реабилитацию пациентов.

**ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЕ
ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ
СОСУДИСТО-МОЗГОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**Кузнецов М.Р., Каралкин А.В., Федин А.И., Вирганский А.О.,
Куницын Н.В., Мишакина Н.Ю., Золотарева Л.В.**

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва

Каротидная эндартерэктомия является основным методом хирургического лечения хронической сосудисто-мозговой недостаточности при атеросклерозе брахиоцефальных артерий. Временное перекрытие сонных артерий во время операции и последующее восстановление мозгового кровотока могут привести к поражению головного мозга за счет гипоксии и реперфузии, не смотря на высокий уровень хирургической техники.

Цель исследования. Оценить эффективность препарата Актовегин в качестве нейропротектора при хирургическом лечении хронической сосудисто-мозговой недостаточности.

Материалы и методы исследования. В основу работы положены результаты лечения 80 больных, поступивших в клинику в 2014-2015 гг. с хронической сосудисто-мозговой недостаточностью на фоне атеросклеротического поражения внутренних сонных артерий. Все пациенты случайным образом были разбиты на 2 клинические группы. Первая группа была представлена 20 больными с односторонним гемодинамически значимым (более 70%) стенозом внутренней сонной артерии (подгруппа 1А) и 20 пациентами с двухсторонним гемодинамически значимым стенозом внутренних сонных артерий (подгруппа 1Б). Все больные первой группы были оперированы сразу, без какой-либо предварительной медикаментозной подготовки. Вторая группа была также представлена подгруппой 2А и 2Б по 20 человек каждая в соответствии с односторонним или двухсторонним поражением сонных артерий. Эти пациенты на догоспитальном этапе проходили предоперационную подготовку препаратом Актовегин 1200 мг в сутки. Обе группы больных были полностью однородны по полу, возрасту, степени атеросклеротического поражения сонных артерий, сопутствующей патологии. В качестве методов исследования, помимо стандартных, необходимых для определения показаний к хирургическому лечению, применяли перфузионную сцинтиграфию головного мозга и когнитивный тест, которые выполняли до и после лечения.

Результаты и их обсуждение. Как показало наше исследование, предварительная предоперационная подготовка препаратом Актовегин позволила достоверно улучшить перфузию головного мозга, что коррелировало с данными когнитивного теста. В послеоперационном периоде мы не выявили каких-либо тяжелых ишемических поражений головного мозга ни у одного больного в обеих группах больных. У 1 больного первой группы с двухсторонним поражением сонных артерий в послеоперационном периоде развился малый ишемический инсульт. У пациентов 2 группы мы обнаружили значительно меньше легких осложнений, таких как головокружение, артериальная гипертензия и др. Кроме этого у пациентов 1 группы на 7 сутки после операции мы наблюдали снижение когнитивной функции, связанное по-видимому с реперфузионным синдромом, что не было выявлено у больных 2 группы.

Выводы. При хирургическом лечении хронической сосудисто-мозговой недостаточности оправдано применения прекодиционирование, в частности фармакологического. Одним из таких вариантов может быть использование препарата Актовегин. Подобная схема предоперационной подготовки способна улучшить результаты каротидной эндартерэктомии.

МОДЕЛИРОВАНИЕ ВЕРХНЕЙ ПОЛЮСНОЙ АРТЕРИИ ДОНОРСКОЙ ПОЧКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ARTERIA EPIGASTRICA INFERIOR ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ

Куттымуратов Г.М., Асылханулы Е., Асыкбаев М.Н., Абишева Ж.А.

АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии»,
г. Астана, Республика Казахстан

В АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии» за период с 2010 по 2014 г.г. всего проведено 129 трансплантаций почек. Из них 120 трансплантаций почек выполнено от живых доноров и 9 – от трупных доноров. В 6 случаях при изъятии почки от живого донора были повреждены полюсные артерии – 5 артерий у верхнего полюса и 1 артерия у нижнего полюса почки. До изъятия всем 6 донорам выполнялась компьютерная томография с контрастированием сосудов почек, и в результате исследования полюсные артерии не были верифицированы, что повлекло случайное пересечение полюсных артерий при заборе почек. Диаметр полюсных сосудов находился в пределах 2.0 - 2.5 мм, а площадь кровоснабжения паренхимы почки составлял до 15%. После изъятия трансплантат подвергался перфузии охлажденным раствором *Кустодиол* путем канюлирования артерий. Длина полюсных артерий после пересечения во время изъятия почки была в пределах 1.5-2.5 см, что было недостаточно для наложения анастомоза у реципиента. Для удлинения полюсной артерии и наложения анастомоза, мы использовали *a. epigastrica inferior*. Во время операции у реципиента в подвздошной области, куда предполагалась имплантация почки, проводилась мобилизация и изъятие участка *a. epigastrica inferior* длиной от 4.0 до 6.0 см. Артерия после изъятия промывалась раствором *Кустодиол*, далее под увеличительным микроскопом выполнялся анастомоз «конец в конец» с полюсной артерией почки (пролен 8/0). После достижения достаточной длины, искусственная полюсная артерия анастомозировалась с основной артерией донорской почки по типу «бок в бок» для создания одного артериального ствола.

Трансплантат после моделирования полюсной артерии имплантировался реципиенту – «новый» артериальный ствол соединялся с наружной или общей подвздошной артерией «конец в бок». Во всех случаях при реперфузии почечного трансплантата кровотока в полюсных артериях и кровоснабжение паренхимы почки были удовлетворительными.

В раннем послеоперационном периоде при *УЗДГ* трансплантата нарушения кровотока в полюсных артериях не отмечалось. Для профилактики тромбоза реципиенты получали терапию антикоагулянтами (гепарин) в течение первых 3-5 дней после операции.

Таким образом, при повреждении полюсных артерий при изъятии донорской почки, моделирование данных артерий с применением *a. epigastrica inferior* позволяет сохранить и улучшить функциональную способность трансплантата.

Список использованной литературы:

1. El-Sherbiny M¹, Abou-Elela A, Morsy A, Salah M, Foda A. The use of the inferior epigastric artery for accessory lower polar artery revascularization in live donor renal transplantation. *Int Urol Nephrol*. 2008;40(2):283-7.
2. Young JS¹, Rohr MS. "Use of the inferior epigastric artery to revascularize a lower pole renal artery in renal transplant." *Am Surg*. 1995 Feb;61(2):185-6.
3. Wolters HH¹, Schult M, Heidenreich S, Chariat M, Senninger N, Dietl KH. «The anastomosis between renal polar arteries and arteria epigastrica inferior in kidney transplantation: an option to decrease the risk of ureter necrosis?» *Transpl Int*. 2001 Dec;14(6):442-4.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМЫ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГИБРИДНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Ларионов А.А., Гапонов Д.П., Горбунов М.Г., Корж Д.А., Чернов И.И.,
Шашин С.А., Тарасов Д.Г.

ФГБУ Минздрава ФЦССХ, г. Астрахань

Цель исследования: оценить непосредственные и средне-отдалённые результаты лечения аневризмы грудного отдела аорты с использованием гибридных технологий.

Материалы и методы: за период с 2011 года по 2015 года хирургическое вмешательство на грудной аорте с использованием гибридной методики выполнено 30 пациентам. Соотношение мужчины – женщины 3.7:1.0. Средний возраст 54 года. Некоторые пациенты имели тяжёлую сопутствующую патологию: 2 – сахарный диабет, 5 – ИБС, 1 – ОИМ в анамнезе, 2 – ХОБЛ в анамнезе, 2 – МАКШ в анамнезе, 1 – стентирование ствола ЛКА в анамнезе, 1 – ЧТКА ОА. Патоморфология: истинная аневризма аорты у 4 пациентов. Расслаивающаяся аневризма аорты у 20 пациентов. Сонно-подключичное шунтирование слева (I этап) + имплантация стент-графта (II этап) у 8 пациентов. Сонно-сонно-подключичное слева (I этап) + имплантация стент-графта (II этап) у 7 пациентов. Оп. Бентал (Девид) + Оп. Борст (варианты этих операций) (I этап) + имплантация стент-графта (II этап) у 11 пациентов. У всех артериотомный бедренный доступ. На этапе эндопротезирования использовались стент-графты Valiant Captivia фирмы Medtronic.

Результаты: хорошие непосредственные результаты у всех пациентов. Один пациент потребовал имплантации дополнительного стент-графта. Средний койко-день на этапе дебринга – эндопротезирования 6 дней. Все пациенты прошли контрольное обследование с выполнением мультиспиральной компьютерной аортографии с контрастированием по данным которого констатированы хорошие средне-отдалённые результаты.

Выводы: гибридная хирургия аневризм грудной аорты позволяет значительно снизить интраоперационную и послеоперационную летальность, улучшить результаты операций сложных аневризматических поражений дуги и грудной аорты с помощью использования технологий открытой реконструктивной хирургии и эндоваскулярных технологий.

РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭМБОЛОПРОТЕКТИВНЫХ СИСТЕМ

Ларионов А.А., Горбунов М.Г., Гапонов Д.П., Корж Д.А.

*ФГБУ «ФЦССХ» Минздравоустройства России, г. Астрахань
Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения*

Цель: оценить непосредственные результаты рентгеноэндоваскулярного лечения стенозов ВСА у асимптомных пациентов, изучить уровень периоперационных осложнений данной методики.

Методы: за период с 2010 года в отделении РХМДиЛ выполнено 158 стентирований ВСА, показаниями к вмешательству были асимптомный стеноз более 70% и симптомный стеноз более 60%. Диагноз устанавливался на основании данных ДС БЦА и ангиографии. Во всех случаях стентирование ВСА проводилось трансфеморальным доступом с использованием эмболопротективных систем: дистальная защита в 139 (88%) случаях, проксимальная в 19 (12%) случаях.

Результаты: 150 пациентам выполнено 158 стентирований ВСА. Этапное стентирование ВСА с обеих сторон выполнено 8 пациентам, КЭАЭ в контрлатеральном бассейне проведено у 8 пациентов, 2 пациента поступили с рестенозом после КЭАЭ, 1 пациент поступил после ревизии ВСА (протяженное поражение, высокая бифуркация). Большинство пациентов – 119 (75%) имели коронарную патологию и поражения в бассейнах периферических артерий.

Из периоперационных осложнений – спазм ВСА в 12 (7,5%) случаях, ТИА в 4 (2,5%) случаях, инсульт в ипсилатеральном бассейне в 1(0,6%) случае, ОИМ в госпитальном периоде и летальных исходов не было.

Выводы: использование у пациентов эмболопротективных систем обеспечивает низкий уровень эмболических осложнений во время вмешательства. Совокупный уровень периоперационных осложнений (инсульт, ТИА, ОИМ, смерть) при стентировании ВСА составляет 3,1% и не превышает допустимых в рекомендациях Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов значений. Учитывая это, а также отсутствие осложнений со стороны черепно-мозговых нервов и местных осложнений, обусловленных сосудистым доступом, стентирование ВСА может конкурировать с классическим методом – КЭАЭ.

ГИБРИДНЫЙ ПОДХОД К РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ

Липин А.Н., Курьянов П.С., Антропов А.В., Атмадзас А.В.

ГБУЗ Городская больница №14, Центр спасения конечностей, г. Санкт-Петербург

Введение. Критическая ишемия нижних конечностей (КИНК) в большинстве случаев возникает у пациентов с распространенным атеросклеротическим поражением по меньшей мере двух артериальных сегментов конечности – бедренного и тибиального или подвздошного и бедренного. Для устранения болевого синдрома и успешного заживления трофических изменений желательнее реконструировать оба пораженных сегмента. Хорошим способом достичь этого является гибридное вмешательство (симультанное или последовательное) – шунтирование представляется оптимальным методом коррекции протяженных окклюзий ПБА, тогда как поражение путей притока или оттока может быть эффективно устранено эндоваскулярным способом.

Методы. Гибридные вмешательства выполнены 19 пациентам (14 мужчин, 5 женщин, средний возраст 67 лет) с КИНК. У всех имелись трофические изменения на пораженной конечности. У 9 (47%) при обследовании выявлен сахарный диабет; у большинства (n=12, 63%) также обнаружена ИБС. Ни у одного из больных не выявлено серьезных противопоказаний к открытому вмешательству. Трофические изменения чаще всего располагались в бассейне задней большеберцовой артерии (n=15, 79%), реже в бассейне передней большеберцовой или малоберцовой артерий (n=4, 21%). В 7 (37%) наблюдениях (1 группа) атеросклеротические изменения были локализованы ниже уровня паховой связки. Этим больным выполняли аутовенозное бедренно-подколенное шунтирование с последующей ангиопластикой артерий голени (2 раза симультанно, 6 раз – последовательно). У 12 (63%) пациентов (2 группа) обнаружены гемодинамически значимые изменения в подвздошной артерии, которые сочетались со стенозом или окклюзией ГБА или ПБА. При таком характере поражения проводили ангиопластику и стентирование подвздошной артерии с последующей (или предшествующей) реконструкцией путей оттока (эндартерэктомия или шунтирование). Все больные в 1 группе получали двойную антиагрегантную терапию (ААТ) до и после операции. Во 2 группе ААТ назначалась лишь после выполнения открытой части вмешательства. Срок наблюдения составил от 1 до 3 месяцев. Проходимость зоны реконструкции оценивали с помощью триплексного сканирования.

Результаты. Успешный ангиографический результат достигнут во всех наблюдениях. Ни в одной из групп не было выполнено ампутаций конечностей выше уровня коленного сустава. В 1 группе не зарегистрировано случаев тромбоза шунта, во 2 группе не отмечено тромбозов в зоне стентирования подвздошной артерии или реконструкции путей оттока. Смертность в течение 30 дней составила 6,6% (1 пациент умер от ОМИ).

Выводы. У части больных с КИНК гибридный подход к реваскуляризации пораженной конечности, при котором эндоваскулярный этап вмешательства выполняется проксимальнее либо дистальнее по отношению к участку артериального русла, реконструируемому открытым способом, технически вполне осуществим и обеспечивает хорошие показатели проходимости реконструкции и сохранения конечности.

ВЛИЯНИЕ НОВОЙ ФОРМЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХОЗАНК НА РАЗВИТИЕ У НИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Лончакова И.Ю., Макаров С.А., Артамонова Г.В., Барбараш Л.С.

НИИ КПССЗ, г. Кемерово

Основными причинами смертности и инвалидизации пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей (ХОЗАНК) являются сердечно-сосудистые осложнения вследствие конкурирующих у них ИБС и церебрального атеросклероза. Частота мультифокального поражения артериального русла достигает по данным литературы 83,3-98%. Сложившаяся система диспансеризации пациентов с ХОЗАНК с участием хирурга давно устарела и не соответствует современным подходам в лечении и профилактике атеросклероза как мультифокального заболевания.

Цель исследования. Исследовать влияние нового дисциплинарного подхода в диспансеризации пациентов с ХОЗАНК на показатели смертности и инвалидности.

Материалы и методы исследования. На базе Кемеровского кардиологического центра в 2007 году был создан Городской сосудистый центр, целью и задачами которого явилась координация пациентов с ХОЗАНК г. Кемерово. Всего под наблюдением оказалось 994 пациента. В 2009 году был изменен подход в диспансерном наблюдении этих пациентов. Основная группа (573 человека) с данной патологией переданы на диспансерное наблюдение районным кардиологам. Группа наблюдения (421 человек) оставлена под наблюдением хирурга. В основной группе соответственно изменилась тактика и подходы к их ведению и лечению. Все пациенты основной группы проходили обследование и лечение согласно имеющимся рекомендациям по мультифокальному атеросклерозу. Пациенты группы наблюдения – по сложившейся схеме диспансерного ведения.

Результаты. В 85% случаев в основной группе выявлено мультифокальное поражение артериального русла. В группе наблюдения только у 35% пациентов (по данным обследований). Соответственно адекватная коррекция атеросклеротического процесса и сопутствующей патологии проводилась в основной группе у 93-98%, а в группе наблюдения у 34-57% пациентов. После трехлетнего наблюдения обеих групп выявлено снижение летальности в основной группе в два раза по сравнению с группой наблюдения (2,6% и 7,3% соответственно, $p=0,0033$), выхода на инвалидность по сердечно-сосудистой патологии более чем в два раза (5,8% и 12,8% соответственно, $p=0,0001$). Еще более наглядными выглядят показатели по сердечно-сосудистым осложнениям: развитие инфаркта миокарда в основной группе наблюдалось у 1,2%, в группе наблюдения у 13% ($p=0,0001$), ОНМК 0,8% и 3,6% соответственно ($p=0,0018$), ампутации проводились в основной группе у 0,2% и в группе наблюдения в 1,2% ($p=0,47$). Причина столь явных различий кроется не только в более адекватном лечении пациентов с ХОЗАНК, но также связана с качественным обследованием их и своевременной коррекцией, в том числе, хирургической, поражений других сосудистых бассейнов. Так частота плановой госпитализации в основной группе составила 38,8%, а в группе наблюдения 18,8%.

Заключение. Сложившаяся система диспансерного наблюдения пациентов с ХОЗАНК давно устарела, она была создана более полувека назад и не отвечает современным представлениям о патогенезе и подходам в лечении атеросклероза. Введенная нами на территории г. Кемерово усовершенствованная система диспансеризации, с участием врача-кардиолога показывает неплохие результаты даже при не столь продолжительном времени наблюдения. Снижение показателей смертности и инвалидизации в два раза является стимулом для дальнейшей работы в данном направлении и возможном расширении области внедрения данной схемы.

**КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ
С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ ДО И ПОСЛЕ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ**

Максимова А.С., Буховец И.Л., Плотников М.П., Кузнецов М.С., Козлов Б.Н., Усов В.Ю.

НИИ кардиологии, г. Томск

Каротидная эндартерэктомия (КЭЭ) – наиболее часто используемый метод хирургической реваскуляризации, выполняемой для устранения гемодинамически значимого стеноза и предотвращения артерио-артериальной эмболии. В основу данного исследования легло изучение параметров артериального и венозного кровотока в покое и при проведении функциональных проб у пациентов с атеросклерозом брахиоцефальных артерий до и после КЭЭ с использованием ультразвукового сканирования.

Исследование проводилось в В-режиме, режимах цветного и импульсно-волнового доплеровского картирования в исходном состоянии до операции и в ранние сроки (7-10 дней) после операции КЭЭ. В исследование были включены 26 пациентов со стенозирующим поражением брахиоцефальных артерий, средний возраст $62,7 \pm 6,4$, большую часть составили мужчины (20 [77%]). Исследовался кровоток в общих, внутренних сонных, позвоночных (в сегментах V2, V3), глазных, надблоковых, средних мозговых артериях, а также во внутренних яремных и позвоночных венах. Оценивались такие параметры как: пиковая систолическая, диастолическая скорости, усредненная по времени максимальная скорость кровотока (TAMAX), усредненная по времени средняя скорость кровотока (TAV), индекс периферического сопротивления (RI), пульсационный индекс (PI), индекс Линдегарда, а также суммарный кровоток и асимметрия кровотока. Для оценки цереброваскулярного резерва по средним мозговым артериям, в дополнение к исходному исследованию до операции, использовались гиперкапническая проба с произвольной задержкой дыхания и гипероксическая проба с форсированной гипервентиляцией

Исходно коэффициент асимметрии (КА) линейного кровотока во внутренней сонной артерии достоверно различался в группе пациентов со стенозом 56% по сравнению с контрольной группой 31%. После операции КЭЭ КА нормализовался и стал 36%. Суммарный кровоток после операции значимо не изменился. На стороне гемодинамически значимого стеноза выявлено статистически значимое снижение скоростных показателей во внутренней сонной артерии; на контрлатеральной стороне статистически значимо снизились скоростные показатели в общей сонной артерии, позвоночной артерии, а также во внутренней яремной вене. При проведении гиперкапнической пробы с произвольной задержкой дыхания значимо снизилась объемная скорость кровотока в средней мозговой артерии на стороне поражения, на контрлатеральной стороне было зарегистрировано увеличение диаметра средней мозговой артерии. Значимые изменения скоростных показателей были также зарегистрированы на стороне гемодинамически значимого стеноза при проведении гипероксической пробы с форсированной гипервентиляцией. На контрлатеральной стороне значимых изменений кровотока при проведении этой функциональной пробы зарегистрировано не было.

Ультразвуковые методы обследования играют ведущую роль среди инструментальных методов, используемых для диагностики каротидных стенозов, используются для оценки морфологии церебральных сосудов и кровотока в них. Методы ультразвукового исследования атеросклеротических поражений брахиоцефальных артерий позволят улучшить диагностику и отбор пациентов для хирургической и эндоваскулярной коррекции каротидного атеросклероза. Таким образом, показано, что методы ультразвуковой оценки артериального и венозного кровотока являются адекватным средством контроля мозговой гемодинамики и цереброваскулярного резерва на этапах хирургического вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ИЗОЛИРОВАННЫХ ВАРИКОЗНЫХ ПРИТОКОВ РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ В КОНЦЕПЦИИ СБЕРЕГАТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.

Малинин А.А., Прядко С.И., Дюржанов А.А.

Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева, г. Москва

В настоящее время происходит переосмысление понимания термина варикозная болезнь в его различных патофизиологических аспектах. Подход к лечению изолированного варикозного расширения притоков различной этиологии или по бассейну их впадения основан на принципах малоинвазивной хирургии с сохранением интактных вен.

Целью исследования заключалось в оценке результатов различных методов лечения при изолированной форме варикозного расширения вен.

С 2004 по 2014 гг. по поводу варикозной болезни пролечено 1278 (100%) больных. Из них у 126 (10,1%) имелись изолированные варикозные вены притоков БПВ и МПВ, а также из перфорантных вен с несостоятельными клапанами у 105(8,2%) больных. При этом клапанный аппарат и состояние стволов БПВ и МПВ были не изменены.

Для лечения изолированного варикозного расширения вен использовались методы малоинвазивной хирургии и склеротерапии.

Из 231(100%) больных с изолированным, не стволовым варикозным расширением вен у 38(16,5%) была выполнена минифлебэктомия изогнутым крючком Мюллера, флебэктомия по Нарату у 59(25,5%), склерозирование микропенным склерозирующим препаратом у 92(39,8%), из которых у 81(88%) производилось предварительное пресутьевое пересечение притока. Ультразвуковое выявление перфорантных вен и прецизионное надфасциальное хирургическое пересечение у 32(53,7%), эхо-склерозирование перфорантных вен проведено у 20(8,7%) больных.

Оценка результатов лечения проводилась в отдаленном периоде по количеству резидуального варикоза или реканализации патологической вены и косметическим изменениям при каждом виде лечения. При микрофлебэктомии резидуальный варикоз имелся у 9(23,6%), а косметические результаты были не удовлетворительными в виде множественных мелких рубцов на коже. После флебэктомии по Нарату остатки варикозного расширения вен были выявлены у 5(8,5%). Визуально на коже имелись отдельные рубцы длиной до 1 см с удовлетворительным внешним видом конечности. При склерозировании микропенным препаратом реканализация вены наблюдалась 7,6% случаев. На коже в проекции склерозированной вены имелась пигментация кожи и уплотнение по ходу вены. Косметический результат признан удовлетворительным. В случае ультразвукового выявления перфорантных вен и их прецизионного надфасциального хирургического пересечения рецидива варикоза в области перфоранта не наблюдалось ни в одном случае. У 16 (85%) больных при эхо-склерозировании перфорантных вен была установлена реканализация перфорантных вен.

Изолированное варикозное расширение вен сопровождается локальным поражением поверхностной венозной системы. При изолированной форме варикозного расширения вен используются классические и малоинвазивные методы лечения, каждый из которых имеет свои преимущества и недостатки. В концепции берегательной хирургии лечение не требует выполнения флебэктомии стволов БПВ или МПВ.

Для сафенных и перфорантных притоков методом выбора является прецизионное пересечение варикозной вены в устье с последующим склерозированием или хирургическим удалением.

Для сохранения интактности БПВ рекомендуется использовать метод прецизионного пересечения сафенного притока в области его соединения с БПВ, с последующим его механическим удалением или склерозированием.

Основные принципы берегательной флебэктомии заключаются в использовании тактики и методов лечения, которые позволяют сохранить ствол БПВ для шунтирующих операций в сердечно-сосудистой хирургии.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛУЧЕВОЙ АРТЕРИИ ДЛЯ ДОСТУПА ПРИ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Мамыкин И.А., Билан М.И., Козюра О.П., Шохов К.Н., Голиков И.В., Федоров С.Н.

АНО «Центральная МСЧ», г. Магнитогорск

Цель исследования.

Сравнить технический успех и геморрагические осложнения места пункции в использовании лучевого и бедренного доступа при чрескожных коронарных вмешательствах (ЧКВ) у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы.

В исследование включено 387 пациентов с ОКС, которым выполнены ЧКВ за период 2013-2014 г. У 173 пациентов при вмешательстве был использован лучевой доступ (1 группа) и у 214 пациентов бедренный (2 группа).

Группы были сравнимы по возрасту, полу, вариантам ОКС.

В первой группе у 58 (33,5%) пациентов применялась тромболитическая терапия и у 55 (31,8%) пациентов вводились ингибиторы 2b3a рецепторов тромбоцитов, во второй группе у 84 (39,2%) и 61 (28,5%) соответственно. В первой группе пациентов использовался интродюсер 6F, во второй 7F.

У пациентов с бедренным доступом в 97,7% случаев для гемостаза места пункции применялись различные закрывающие устройства (Exoseal, Perclose, Angioseal). Во всех случаях для закрытия места пункции при лучевом доступе использовалось компрессирующее устройство TR-band.

Результаты.

Технический успех при бедренном доступе составил 99,5%, в одном случае при катетеризации отмечена локальная диссекция интимы подвздошной артерии, вмешательство выполнено через бедренный коллатеральный доступ.

При лучевом доступе успешная пункция была достигнута в 96% случаев, в семи случаях катетеризация не выполнена. Важно отметить, что в трех случаях неудачной пункции правой лучевой артерии, вмешательство успешно выполнено через левую лучевую артерию. Последним 102 пациентам ЧКВ проводились только с использованием лучевого доступа.

Гематомы места пункции при бедренном доступе отмечены в 10 (4,7%) случаях, из которых две (0,9%) в забрюшинном пространстве. В трех (1,4%) случаях для коррекции анемии выполнялась гемотранфузия. В двух (0,9%) случаях для гемостаза и дренирования гематомы выполнялись хирургические вмешательства. Госпитальная летальность по причине геморрагических осложнений места пункции составила 2 (0,9%) случая.

При использовании лучевой артерии гематома места пункции отмечена в 2 (1,2%) случаях, в одном случае после перфорации артерии. В группе лучевого доступа случаев гемотранфузии и летальных исходов не было.

Выводы.

У пациентов с ОКС на фоне тромболитической, дезагрегантной и антитромботической терапии сохраняется высокий риск геморрагических осложнений места пункции. Несмотря на применения механических закрывающих устройств после пункции бедренной артерии, объем этих осложнений еще остается достаточно большим.

Лучевой доступ при лечении пациентов с ОКС имеет высокий технический успех и меньшее количество геморрагических осложнений. У пациентов с ОКС использования лучевого доступа при ЧКВ должно стать методом выбора.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ СОННЫХ И КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Масасин В.В., Пискунов С.А., Игнатов В.А., Кухмистров И.В., Кузьменко А.Б.,
Фокин А.А., Андриевских С.И.

*ФГБУ ФЦ ССХ Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения,
ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава РФ, г. Челябинск*

Актуальность. Тактика хирургического лечения сочетанного атеросклеротического поражения коронарных (КА) и сонных артерий (СА) до сих пор является неразрешенной и актуальной проблемой. Больные с таким сочетанным поражением артерий относятся к наиболее сложной, проблематичной и непредсказуемой категории, как по выбору оптимальной тактики лечения, так и в отношении его результатов. По данным разных авторов при атеросклеротическом поражении КА от 6,4 до 18% случаев выявляется значимое стенозирование СА, а у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) от 10 до 50% случаев встречаются асимптомные стенозы СА. Вопрос этапного или одномоментного хирургического лечения при сочетанном атеросклеротическом поражении сонных и КА, а также использование полностью эндоваскулярных методик или их сочетание с открытой операцией до сих пор остается не решенным и дискуссионным.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с сочетанным атеросклеротическим поражением СА и КА определив оптимальную хирургическую тактику лечения.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 60 пациентов с сочетанным поражением сонных и КА, которым в период с 2011 по январь 2015 г. в ФЦ ССХ (г. Челябинск) выполнены этапные реконструктивные операции на каротидном и коронарном артериальных бассейнах. У 37 пациентов (I группа), согласно национальным рекомендациям по ведению пациентов с заболеваниями брахиоцефальных артерий (БЦА), первым этапом было выполнено КАС с последующей хирургической реваскуляризацией миокарда. У 18 больных (II группа) использовали полностью эндоваскулярный подход: каротидная ангиопластика со стентированием (КАС) затем стентирование КА либо стентирование КА затем КАС. В 5 случаях (III группа), пациентам с сочетанным поражением СА и КА первым этапом выполнено коронарное шунтирование (КШ), вторым этапом КАС.

Среди пациентов I группы, было 32(86%) мужчин и 5(14%) женщин, средний возраст к моменту операции составил 64 года (от 52 до 76 лет). Стенокардия напряжения(СН) II функционального класса(ФК) по ССС выявлена у 7(19%) пациентов, СН III - IV ФК выявлена у 25(68%) пациентов. Гипертоническая болезнь (ГБ) III стадии выявлена у 33(89%) пациентов. Нестабильная стенокардия диагностирована у 1(3%) пациентов. Инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе зарегистрирован у 21(57%) пациента. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) по NYHA I – II ФК выявлена у 33(89%) больных. Сахарный диабет II типа (СД) выявлен у 9(24%) пациентов. Хроническая обструктивная болезнь легких отмечена (ХОБЛ) у 4(11 %) пациентов. Атеросклеротическое значимое поражение артерий нижних конечностей отмечалось у 14(38%) больных. Анализ хронической сосудисто-мозговой недостаточности (ХСМН) у пациентов перед операцией показал: асимптомное течение 1(3%), транзиторная ишемическая атака (ТИА) в анамнезе 3(8%), дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП) 35(95%), инсульт в анамнезе 4(11%). При анализе данных КАГ у 13(35%) пациентов было значимое поражение ствола левой коронарной артерии (ЛКА), у 35(95%) пациентов имели многососудистое поражение КА, 9(24%) пациентов имели поражение клапанного аппарата сердца, требующее хирургической коррекции. Одностороннее значимое поражение СА выявлено у 23(62%), двустороннее у 14(38%), окклюзия контралатеральной СА выявлено у 3(8%) пациентов.

Среди пациентов II группы, которым выполнялись этапная эндоваскулярная коррекция коронарного и каротидного бассейнов, было 12(67%) мужчин и 6(13%) женщин, средний возраст к моменту операции составил 70 лет (от 60 до 80 лет). СН II ФК по ССС выявлена у 7(39%), СН III - IV ФК выявлена у 11(61%) пациентов. ИМ в анамнезе зарегистрирован у 9(50%) пациентов. ХСН по NYHA I – II ФК выявлена у 18(100%) больных. ГБ III стадии выявлена у 17(94%) пациентов. СД II типа выявлен у 6(33%) пациентов. ХОБЛ у 2(11 %) пациентов. Значимое атеросклеротическое поражение артерий нижних конечностей отмечалось у

4(22%) больных. Анализ ХСМН у пациентов показал: асимптомное течение 1(3%), ТИА в анамнезе 2(7%), ДЭП 27(93%), инсульт в анамнезе 5(17%). При анализе данных КАГ у 12(41%) пациентов было значимое поражение ствола ЛКА, все 29(100%) пациентов имели многососудистое поражение КА, 7(24%) пациентов имели сопутствующее поражение клапанного аппарата сердца. Одностороннее поражение СА выявлено у 15(83%), двустороннее у 3(17%), окклюзия контралатеральной СА выявлено у 1(6%) пациентов.

Анализ III группы показал: 4(80%) мужчины и 1(20%) женщина, средний возраст к моменту операции составил 66 лет (от 64 до 68 лет). СН III - IV ФК выявлена у 5(100%) пациентов. ГБ III риск 4 выявлена у 5(100%) пациентов. ИМ в анамнезе зарегистрирован у 3(60%) пациентов. ХСН по NYHA I – II ФК выявлена у 5(100%) больных. СД II типа выявлен у 1(20%) пациента. Атеросклеротическое значимое поражение артерий нижних конечностей отмечалось у 14(38%) больных. Анализ ХСМН у пациентов показал наличие ДЭП у 5(100%). При анализе данных КАГ все 5(100%) пациентов имели многососудистое поражение КА. Одностороннее значимое поражение СА выявлено у 3(60%), двустороннее у 2(40%).

Во всех случаях КАС использовались устройства для протекции головного мозга.

Результаты. Исходное поражение артериальных бассейнов и сопутствующая патология у всех пациентов были сопоставимы.

В I группе, 36 пациентов после открытой операции на сердце выписаны с клиническим улучшением. Полная коронарная реваскуляризация достигнута у 28(76%) пациентов. При анализе непосредственных результатов у 5 пациентов после КШ развился гидроторакс, у 2-х пациентов после КАС возникли осложнения в месте доступа. У 1 пациента после КШ развился периоперационный ИМ, мезентериальный тромбоз, полиорганная недостаточность и смерть. У одного пациента после КШ развился инсульт в бассейне контралатеральной сонной артерии, подтвержденный данными МСКТ. У 1 пациента на 3 сутки после КШ и протезирования аортального клапана развился инсульт, что связано с длительным ИК (269 минут).

Во II группе, все пациенты выписаны с улучшением. Полная коронарная реваскуляризация достигнута в 12 случаях и осуществлена в 1-2 этапа. В 2-х случаях выполнена реканализация хронической окклюзии КА, в одном случае выполнено бифуркационное стентирование ствола ЛКА. У 1 пациента после КАС развилось ОНМК. Постооперационных ИМ и летальных исходов не отмечено.

В III группе, все пациенты выписаны с улучшением. Полная коронарная реваскуляризация достигнута в 5(100%) случаях. Постооперационных ИМ, ОНМК и летальных исходов не отмечено.

Выводы. Применение различных способов лечения пациентов с гемодинамически значимыми стенозами КА и СА позволяет увеличить общую выживаемость и снизить частоту ишемических нарушений коронарного и мозгового кровообращения. Вопрос о тактике лечения таких пациентов остается открытым и определяется коллегиальным решением кардиолога, сердечно-сосудистого хирурга, невролога и рентгенхирурга.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Михайличенко М.В., Коваленко В.И.

Кафедра сердечно-сосудистой хирургии ГБОУ ДПО РМАПО, г. Москва

Оптимизация параметров лазерного излучения, подаваемого на вену, при выполнении ЭВЛО при варикозной болезни (ВБ) остаётся предметом дискуссии.

Цель исследования: сравнить эффективность различных технических вариантов ЭВЛО. Материал и методы: изучены результаты лечения 302 пациентов с ВБ (женщин – 228, мужчин – 74) с использованием ЭВЛО. Пациенты распределены по классам ХВН: С2 – у 68%, С3 – 20%, С4-12%. ЭВЛО выполняли высокоэнергетическими диодными лазерами «ЛАМИ-Гелиос» 1470нм ООО «Новые Хирургические Технологии» и «ЛАМИ» 1060нм (ООО «ОПТЕХНИКА») без предварительной кроссэктомии. В 1 группе (n=146) использовали лазер

длиной волны 1060 нм, световод с конической торцевой индикатрисой излучения с ручной тракцией со скоростями 0,7 и 1,5 мм/с и линейной плотностью энергии (ЛПЭ) 80-200 Дж/см. Во 2 группе (n=156) использован лазер длиной волны 1470 нм, световод с радиальной индикатрисой излучения и автоматической тракцией (0,7 мм/с, ЛПЭ 45-100 Дж/см). После операции оценивали интенсивность болевого синдрома по 100-мм визуальной аналоговой шкале и наличие гематом. Через 1 год определяли наличие рецидива варикозного синдрома, ретроградного кровотока и признаков облитерации или реканализации вен. Обе группы пациентов были сопоставимы по возрастному и социальному составу, а также по степени хронической венозной недостаточности.

Результаты: болевой синдром отмечен в 1 и 2 группах соответственно: в 1 сутки – 2,9±0,3 и 2,4±0,4 балла, на 4 сутки – 3,6±0,4 и 2,0±0,2 балла, на 7 сутки – 3,2±0,4 и 1,4±0,2 балла. Послеоперационные гематомы в 1 и 2 группах отмечены у 15,5% и у 1,6% пациентов, облитерация БПВ достигнута у 95% и у 98% пациентов. Реканализация БПВ различной степени отмечена у 5% 1-группы и у 2% пациентов – 2 группы. Дополнительные процедуры (ЭВЛО и/или склерооблитерация) в течение 1 года потребовались у 10,0% 1-группы и у 5,0% пациентов 2 группы.

Наши данные согласуются с мнением других авторов о том, что ЭВЛО с применением источника лазера длиной волны 1470 нм, радиального световода с высокими энергетическими параметрами является предпочтительней, так как сопровождается меньшим уровнем болевого синдрома и частотой развития гематом в раннем послеоперационном периоде, а также лучшими результатами в отдаленные сроки. При лечении пациентов с ВБ нижних конечностей необходимо хирургические методы сочетать с комплексной консервативной терапией, включающей фармакотерапию, эластическую компрессию и физиотерапию.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Михайличенко М.В., Бокерия Л.А., Коваленко В.И.

Кафедра сердечно-сосудистой хирургии ГБОУ ДПО РМАПО, г. Москва

Продолжаются дискуссии по вопросу антитромботической профилактики при хирургическом лечении больных с варикозной болезнью (ВБ).

Цель работы: определить частоту ВТЭО и изучить эффективность разработанной схемы медикаментозной антитромботической профилактики.

Материал: исследование было проведено в 3 этапа. Вначале с целью изучения частоты тромботических осложнений (ТГВ и ТЭЛА) было проведено одномоментное наблюдательное исследование, включающее 355 пациентов с ВБ, которым в комплексе миниинвазивных хирургических вмешательств была выполнена ЭВЛО БПВ. Через 1, 3, 7, 14 дней после операции всем без исключения пациентам выполняли дуплексное ангиосканирование. Клинически особое внимание обращали на наличие или отсутствие симптомов ТГВ и ТЭЛА. На оперированной конечности ТГВ голени отмечен у 16(4,5%) пациентов (в т.ч., у 4 – тромбоз культы лигированной перфорантной вены). Далее, нами исследовано состояние гемореологии и гемокоагуляции у 42 пациентов с ВБ в процессе хирургического лечения с применением ЭВЛО. Наиболее значимые изменения отмечались в 1-3 сутки после операции. Степень тромбоцитарной агрегации ещё до операции превышала норму в среднем на 23,6%, а в первые 3 суток была на 29,4% выше дооперационных величин. Этот показатель достиг исходных величин лишь к 21 дню после операции. Индекс агрегации эритроцитов повышался на 19,6%, а структурная вязкость крови – на 10,8%. К 14 дню после операции эти показатели вернулись к исходным значениям. В первые 3 суток после операции отмечалась также активизация коагуляционной системы (повышение АЧТВ на 15%, РФМК – на 36,3%, фактора фон Виллебранда – на 32,1%, а также снижение уровня протеина С на 15,5%). Нормализация ряда показателей (уровень фибриногена, протромбиновое время, активность плазминогена и АТШ и концентрация фактора Виллебранда) насту-

пила только через 3 недели после операции. Далее было проведено сравнительное проспективное исследование для оценки эффективности медикаментозной профилактики ВТЭО. В исследовании были включены 210 пациентов с ВБ, которых оперировали на одной нижней конечности с использованием ЭВЛО ствола БПВ до уровня верхней трети голени без кроссэктомии. Всем пациентам назначали компрессионный трикотаж. В1(основную) группу включили пациентов (n=132), которым в раннем послеоперационном периоде назначали антитромботическую медикаментозную терапию. Из них у 82 человек (группа 1А) риск ВТЭО расценили, как умеренный, а у 50 (группа 1Б) – высоким. В группе 1А применили следующую схему: до операции – аспирин по 100-мг/сут в течение 3 дней, после операции – клексан - 40мг п/к 1 раз/сут в течение 5 дней и аспирин 100мг/сут. Далее аспирин 100мг/сут и сулодексид 250 ЛЕ 2 раза/сут в течение 1 месяца. В группе 1Б пациентам с высокой степенью риска ВТЭО (ПТФС, открытая трофическая язва, ожирение, сахарный диабет 2 типа) была применена следующая схема: до операции – аспирин 100 мг/сут. в течение 3 дней, премедикация с введением клексана 40мг п/к; после операции: клексан 40мг п/к в течение 7 дней и сочетание аспирина (100 мг/сут) с сулодексидом (250 ЛЕ 2 раза/сут) в течение 1-2 месяцев (в зависимости от тяжести сопутствующих заболеваний и состояния трофических язв). Во 2 группу (сравнения) включены 78 пациентов с низким уровнем риска ВТЭО, поэтому им медикаментозную профилактику не проводили.

Результаты: в 1 группе ТГВ голени развился у 3 (2,3%), во 2 группе – у 4(5,1%) пациентов.

Заключение: пациентов с ВБ после хирургического вмешательства с использованием ЭВЛО необходимо относить к группе умеренного риска ВТЭО. При наличии одновременно нескольких дополнительных факторов риска надо расценивать, как высокий риск ВТЭО. Всем пациентам необходимо проводить целенаправленную медикаментозную антитромботическую профилактику с учетом степени риска ВТЭО и доминирования факторов гемореологии и гемостаза.

ДИНАМИКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПО ПРОФИЛЮ «СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ» ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Москвичева М.Г., Белова С.А.

ГОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России, г. Челябинск

Проблема крайне высокой заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения (БСК) в Российской Федерации, несмотря на положительные тенденции последних лет, является актуальной и для Челябинской области в связи с высоким уровнем заболеваемости и смертности, превышающим уровень Российской Федерации. За период с 2001 по 2013 годы в области отмечается снижение уровня смертности от БСК с 823,9 до 729,1 на 100 тыс. населения. При этом отмечается динамика роста общей смертности от ишемической болезни сердца (ИБС) на 11,9% с 344 на 100 тыс. населения в 2001 г. до 385 на 100 тыс. населения в 2013 г.

Несмотря на значительные успехи в диагностике и лечении ИБС, с каждым годом возрастает число лиц, нуждающихся в оказании высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), которая относится к наиболее эффективным видам специализированной медицинской помощи, приводящим к стойкому улучшению состояния здоровья и качества жизни пациентов с ИБС. Учитывая высокие показатели смертности от БСК в Челябинской области, превышающие среднероссийские показатели, развитие высокотехнологичной помощи по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» является приоритетным направлением развития специализированной медицинской помощи больным кардиологического профиля. В структуре всех видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой жителям Челябинской области, в 2013 доля профиля ВМП «сердечно-сосудистая хирургия» составила 39,3% от общего объема.

В Челябинской области ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» оказывают шесть медицинских организаций различных форм собственности: ФГБУ «Федеральный центр

сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России (г. Челябинск), ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», ГБУЗ «Областная клиническая больница № 3», НУЗ ДКБ ОАО «РЖД», ОАО МСЧ «Магнитогорский металлургический комбинат» и ООО «Центр хирургии сердца». Кроме того, жители области получают ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» в федеральных медицинских организациях, расположенных за пределами Челябинской области. До 2010 г. 10% жителей области, нуждающихся в ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия», получали ВМП за пределами Челябинской области. С 2011 г. число пациентов, получающих ВМП в медицинских организациях за пределами Челябинской области, сократилось до 2% от общего числа жителей Челябинской области, которым выполнена ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия». Изменение соотношения пациентов, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь в учреждениях здравоохранения, расположенных на территории Челябинской области, и направляемых на лечение за пределы Челябинской области произошли в связи с выходом на плановую мощность ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» г. Челябинск, построенного в рамках Национального проекта «Здоровье».

Для проведения анализа обеспеченности ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» жителей Челябинской области с ИБС нами были использованы статистические данные НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистая хирургия. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения» за 2001-2013 годы (1). Анализ итогов оказания ВМП в Российской Федерации и Челябинской области за период с 2001 по 2013 гг. выявил значительный рост обеспеченности населения высокотехнологичной медицинской помощью по профилю «сердечно-сосудистая хирургия». Показатель обеспеченности населения Челябинской области в 2013 г. составил 15,5 на 10 тыс. населения (темп роста +1439% к 2001 г.) ($p < 0,03$), превысив в 1,7 раза показатель обеспеченности по Российской Федерации – 9,2 на 10 тыс. населения (темп роста +1150% к 2001 г.).

Проведенный анализ обеспеченности населения высокотехнологичной помощью по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» в зависимости от вида ВМП в Российской Федерации и Челябинской области выявил ряд особенностей. Отмечается значительный рост обеспеченности населения РФ высокотехнологичной помощью по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» по коду 14.00.001 «Коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца» за анализируемый период с 0,37 на 10 тыс. населения в 2001 г. до 5,62 на 10 тыс. населения в 2013 году (темп роста +1518%). Рост обеспеченности по коду 14.00.002 «Коронарная реваскуляризация миокарда с применением аортокоронарного шунтирования при ишемической болезни и различных формах сочетанной патологии», в 2013 г. составил 600 % к аналогичному показателю 2001 г. – с 0,4 на 10 тыс. населения в 2001 г. до 2,4 на 10 тыс. населения в 2013 г. Особенно значимый рост обеспеченности населения РФ ВМП в целом и кодам ВМП отмечается с 2006 г. Анализ структуры высокотехнологичных кардиохирургических оперативных вмешательств по видам 14.00.001 и 14.00.002 в Российской Федерации за 2001-2013 гг. свидетельствует о росте удельного веса оперативных вмешательств вида 14.00.001 с 46,5% в 2001 г. до 73,6% в 2013 г. ($p < 0,001$) и снижении удельного веса оперативных вмешательств по коду 14.00.002 с 53,5% в 2001 г. до 26,4 % в 2013 г. ($p < 0,001$).

Изучение обеспеченности населения Челябинской области за 2010-2013 г. высокотехнологичной медицинской помощью по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» и видам ВМП показало, что обеспеченность населения Челябинской области превысила аналогичный показатель по РФ за счет обеспеченности ВМП по коду 14.00.002. Значительный рост обеспеченности произошел с 2011 года в связи с началом деятельности ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Челябинск). Обеспеченность населения области ВМП по коду 14.00.001 в 2013 г. выросла на 3678% к аналогичному показателю 2001 г. и составила 10,3 на 10 тыс. населения, рост показателя по коду 14.00.002 за анализируемый период составил 640% к показателю 2001 г. и был равен в 2013 г. 5,19 на 10 тыс. населения ($p < 0,003$). Анализ структуры высокотехнологичных кардиохирургических оперативных вмешательств по видам 14.00.001 и 14.00.002 в Челябинской области за 2001-2013 г. выявил рост удельного веса оперативных вмешательств вида 14.00.001 с 25,45% в 2001 г. до 66,6% в 2013 г. (темп роста 261,7%), ($p = 0,035$) и снижение удельного веса оперативных вмешательств по коду 14.00.002 с 74,55% в 2001 г. до 31,2% в 2013 г. (темп роста 41,9%), ($p < 0,001$).

С целью изучения доступности высокотехнологичной медицинской помощи для больных ИБС, проживающих в городах и сельской местности Челябинской области, нами проведен анализ направления для оказания ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» за 2010-2014 годы. Установлено, что в 2014 году обеспеченность городского населения области ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» составила 17,2 на 10 тыс. населения, что превышает среднеобластной показатель обеспеченности 16,9 на 10 тыс. населения. Обеспеченность ВМП сельских жителей составила 11,5 на 10 тыс. населения, что ниже среднеобластного показателя, что, по-видимому, объясняется недостаточной работой врачей медицинских организаций первого уровня по отбору и направлению больных ИБС, нуждающихся в ВМП.

Таким образом, за анализируемый период отмечается рост обеспеченности населения Челябинской области высокотехнологичными кардиохирургическими вмешательствами. При этом показатель обеспеченности населения области превышает аналогичные показатели по Российской Федерации как по виду 14.00.001, так и по виду 14.00.002. Одновременно установлена значительная дифференциация показателя обеспеченности ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» для городского и сельского населения.

Литература

1. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Сердечно-сосудистая хирургия. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения. – М.: изд-во НЦССХ им. А.Н. Бакулева. – 2002-2013.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПРЕЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Панов И.О., Уткаева И.А., Новиков П.В., Кононенко Д.А., Жукова Н.В., Кузьминых Д.Г.

БУ ХМАО-Югры «Няганская окружная больница», г. Нягань

Актуальность проблемы лечения стенозов прецеребральных артерий обусловлена высоким процентом инвалидизации пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, а также высоким риском развития повторного нарушения мозгового кровообращения. Не менее 50% всех ишемических инсультов головного мозга является следствием патологии прецеребральных артерий. К ним относятся атеросклеротические стенозы и окклюзии артерий, а также патологическая извитость артерий.

Цель исследования. Изучить непосредственные результаты открытых и эндоваскулярных вмешательств на прецеребральных артериях.

Материалы и методы. Работа основана на результатах лечения пациентов с гемодинамически значимыми стенозами прецеребральных артерий, в период с января 2007 г. по декабрь 2014 г. Всего выполнено 1143 операции по поводу стенотического поражения, из них 724 (63,3%) открытых вмешательства и 419 (36,7%) эндоваскулярных операций. Каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ) выполнена в 231 (32%) случае, эверсионная эндартерэктомия (ЭЭАЭ) – 206 (28,4%), резекция извитостей – 200 (27,6%), протезирование внутренней сонной артерии (ВСА) – 67 (9,2%), резекция общей сонной артерии (ОСА) – 5 (0,7%), сонно-подключичная транспозиция и сонно-подключичное шунтирование – 2 и 6 соответственно (0,3% и 0,8%), протезирование ОСА – 4 (0,5%), эндартерэктомия из ОСА с пластикой заплатой – 1 (0,1%), экстраинтракраниальный микроанастомоз – 2 (0,2%).

Транслюминальная баллонная ангиопластика (ТБА) со стентированием ВСА выполнено в 211 случаях (49%), ТБА и стентирование позвоночных артерий – 107 (28%), ТБА и стентирование подключичных артерий – 70 (18%), ТБА и стентирование ОСА – 13 (3%), ТБА и стентирование плечевого ствола – 7 (1,7%), стентирование основной артерии – 1 (0,2%), графт-стентирование общей сонной артерии – 1 (0,2%).

Некоторым пациентам открытая реконструкция и/или эндоваскулярное лечение выполнялись одномоментно или с небольшим промежутком времени.

Средний возраст пролеченных больных составил 58,6 лет, из них 686 (60%) мужчин и 457 (40%) женщин. Всем больным проводился комплекс клинико-инструментального обследования с обязательным проведением дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий, спиральной компьютерной томографии или ангиографии. Показания к вмешательству определялись

исходя из клиники, степени стеноза и характера атеросклеротической бляшки, наличия извитости артерии, а также соматического статуса пациента. Все больные до и после вмешательства осматривались неврологом.

Результаты. В группе больных с оперативным лечением в ближайший послеоперационный период произошло 5 транзиторных ишемических атак в оперированном бассейне в течение первых суток после операции (0,7%) с полным регрессом неврологической симптоматики. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в течение первых суток от момента операции произошло в 10 случаях (1,4%), из них после протезирования ВСА в 4х случаях, после КЭАЭ в 4х случаях, в одном случае – после ЭЭАЭ и в одном случае на шестые сутки после транспозиции подключичной артерии. Умер только один пациент в первые сутки после выполнения ЭЭАЭ вследствие развития острого инфаркта миокарда и нарушения ритма сердца.

После эндоваскулярных вмешательств отмечено 11 ОНМК (2,6%), из них в 8 случаях после ангиопластики ВСА, в 2х случаях – после ангиопластики позвоночной артерии. Во всех случаях нарушение мозгового кровообращения зафиксировано интраоперационно. Летальных исходов не было.

Заключение. Данные, полученные нами в результате проведенного исследования, свидетельствуют, что как открытые реконструкции, так и эндоваскулярные вмешательства прецеребральных артерий являются эффективными методиками для первичной и вторичной профилактики развития ОНМК. Анализ осложнений позволяет сделать выводы о том, что ЭЭАЭ является максимально надежным с технической точки зрения методом реваскуляризации ВСА. Стентирование позволяет сократить время пребывания пациента в стационаре, снизить длительность церебральной ишемии, так как время пережатия при открытых реконструкциях составляет 15-40 минут в среднем, а при выполнении стентирования – 3-5 минут. Отсутствие раны позволяет снизить риск местных осложнений (гематомы, инфицирование).

Однако многообразие вариантов поражения ВСА при атеросклерозе требуют от хирурга максимально широкого владения различными методиками реваскуляризации.

ПРЕИМУЩЕСТВА ДИСТАНЦИОННОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ

**Панов И.О., Новиков П.В., Генералов М.И.*, Кононенко Д.А., Кузьминых Д.Г.,
Уткаева И.А., Жукова Н.В.**

БУ ХМАО-Югры «Няганская окружная больница», г. Нягань

**ФГБУ Российский научный центр радиологии и хирургических технологий, г. Санкт-Петербург*

В России по данным статистики выявляется около 1 случая аневризм брюшной аорты (АБА) на 100 000 населения, в то время как в США этот показатель составляет 63,7 случаев, а в Англии 18. В Ханты-Мансийском округе выявляемость АБА составляет менее 1 случая на 100 000 жителей. Связано это напрямую с недостаточностью скрининга данного заболевания.

Единственным эффективным методом лечения данной патологии на сегодняшний день является хирургическое вмешательство, которое сопряжено с высоким риском осложнений в периоперационном периоде, особенно при открытом варианте реконструкции. С момента внедрения в практику в 1989г украинским хирургом Володось Н.Л., и широкого повсеместного распространения в дальнейшем, эндопротезирований аневризм аорты с помощью самораскрывающихся стент-графтов, стало возможным лечение пациентов с выраженной соматической патологией.

Материалы и методы. В окружном центре сосудистой хирургии Няганской окружной больницы за период с января 2008 по декабрь 2014 года было выполнено 20 дистанционных бифуркационных эндопротезирований аневризм брюшной аорты. По локализации это были: 7 аневризм II типа по классификации А.В. Покровского, III тип – 12 аневризм и у одного пациента шовная аневризма центрального анастомоза после аорто-бифуркационного шунтирования. Средний возраст пролеченных больных составил 64,25 лет (от 42 до 78), из них 14 (70,0%) мужчин и

6 (30,0%) женщин. Все больные были обследованы в соответствии с существующими стандартами на предмет атеросклеротического поражения брахиоцефальных и коронарных артерий, и если это было необходимо, первым этапом производилась их реконструкция. По данным спиральной компьютерной томографии максимальный размер (поперечник) выявленной аневризмы в среднем составлял 53,2мм (от 35 до 98).

Результаты. Всем пациентам было выполнено дистанционное бифуркационное эндопротезирование в условиях рентгеноперационной. Среднее время операции 166 минут (от 90 до 300). Послеоперационный койко-день – 12,9 (от 5 до 31). Осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 5 пациентов, все они устранены хирургическими или консервативными методами лечения. Летальных исходов в раннем послеоперационном периоде не было.

За аналогичный период времени в центре было выполнено 34 открытых вмешательства с резекцией аневризмы аорты и ее протезированием. Ближайшие послеоперационные результаты в этой группе пациентов были сопоставимо хуже.

Заключение. Эндопротезирование АБА применимо в лечении пациентов с выраженной сопутствующей патологией. Предварительная хирургическая коррекция нарушений коронарного и мозгового кровотока, малая травматичность и уменьшение времени вмешательства позволяют предотвратить осложнение со стороны жизненно важных органов – сердца и головного мозга.

К сожалению, стоимость стент-графтов остается высокой и не покрывается объемами финансирования по программе выполнения высокотехнологичной помощи, поэтому данный тип операции не имеет широкого распространения на территории России.

ПРИЧИНЫ РЕКОНСТРУКЦИИ ДИСТАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА АОРТО-ПОДВЗДОШНОЙ ЗОНЕ

Панов И.О., Жукова Н.В., Кононенко Д.А., Кузьминых Д.Г., Уткаева И.А.

БУ ХМАО-Югры «Няганская окружная больница», г. Нягань

В общей структуре сердечно-сосудистых заболеваний окклюзионно-стенотические поражения артериального русла нижних конечностей занимают второе место, уступая первенство ишемической болезни сердца. По данным Покровского А.В. за 2013 год число реконструкций аорто-бедренного сегмента составило 9 846 операций, включая и ангиопластику со стентированием, что составляет 17% от всех артериальных реконструкций.

Наиболее действенным методом лечебно-профилактической помощи в данной ситуации являются артериальные реконструкции, которые, не устраняя развития облитерирующего заболевания, в большинстве случаев все же позволяют добиться временного реваскуляризирующего эффекта (Покровский А.В., 2004, Казанчян П.О., Попов В.А., и др., 2003).

Непосредственный успех хирургического лечения аорто-бедренных окклюзий с купированием симптомов ишемии конечностей возвращает к трудоспособности значительную часть больных в ближайшие сроки после реконструктивных операций (Макаров Н.А. и соавт., 2005). В то же время, возникновение поздних местных осложнений в отдаленные сроки сводит на нет успех реконструктивной операции, обуславливает инвалидизацию успешно оперированных больных или требует выполнения у них повторных оперативных вмешательств (Спиридонов А.А. и соавт., 2003).

В Окружном центре сосудистой хирургии в период с января 2007 г. по декабрь 2014 г. выполнено 278 открытых реконструкций аорто-подвздошного сегмента; в отдаленном периоде выполнено 58 реконструкций дистальных анастомозов после реконструкции аорто-подвздошного сегмента. Причины, по которым были выполнены реконструкции: гемодинамически значимый стеноз в дистальном анастомозе в 97% случаев (56 реконструкций), аневризма дистального анастомоза в 3% случаев (2 реконструкции). Число пациентов подвергшихся оперативному вмешательству – 54; 7 пациентам реконструкции выполнялись дважды, 3 пациентам трижды. Из них подавляющее большинство реконструкций выполнено пациентам мужского пола – 91% (53 реконструкций), пациентам женского пола – 9% (5 реконструкций). Пациентам

выполнены следующие реконструкции: тромбэктомия, резекция дистального анастомоза с протезной вставкой в 90% (52 реконструкции); тромбэктомия из бранши, пластика заплатой – 10% (6 реконструкций).

Из выше изложенных данных можно сделать вывод, что основной причиной позднего тромбоза является прогрессирование атеросклероза или гиперплазия интимы (97% случаев) и только в 3% аневризма дистального анастомоза.

Выводы: данные пациенты должны получать комплексное систематическое лечение, направленное в первую очередь, на коррекцию липидного обмена, гомеостаза, лечение сопутствующей патологии (ИБС, артериальной гипертензии, сахарного диабета), пациенты должны находиться на диспансерном учете у ангиохирурга, должен проводиться скрининг (ультразвуковой исследование) для раннего выявления патологии.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ АОРТО-ПОДВЗДОШНОГО СЕГМЕНТА

Панов И.О., Кононенко Д.А., Кузьминых Д.Г., Уткаева И.А., Жукова Н.В.

БУ ХМАО-Югры «Няганская окружная больница», г. Нягань

Актуальность. В настоящее время основными способами восстановления проходимости окклюзионно-стенотических поражений артерий аорто-подвздошного сегмента являются открытые реконструктивные операции – шунтирующие операции и различные варианты эндартерэктомий и эндоваскулярные способы (баллонная ангиопластика и стентирование) [Затевахин И.И., Алекян Б.Г., Живарев Г.В., Казанчян П.О., Rutherford R.B., Hallett J.W.]. Однако возможности традиционных хирургических методов часто ограничены наличием у пациентов тяжелой сопутствующей патологией и факторов риска [Алекян Б.Г., Беличенко И.А., Покровский А.В., Прохоров Г.Г., Criqui M.H., Hertzner N.R.]. Необходимость уменьшения объема и тяжести хирургического вмешательства у больных с высоким риском к шунтирующим операциям при сохранении оптимальных результатов артериальной реконструкции, адекватного кровотока и перфузии ишемизированных тканей симптомной нижней конечности диктует применение малоинвазивных методик реваскуляризации.

Цель исследования. Изучить результаты открытых и гибридных вмешательств на аорто-подвздошном сегменте у пациентов с хронической артериальной недостаточностью.

Материалы и методы. В исследование включено 598 пациентов, в возрасте от 41 до 84 лет, в среднем 60,8 лет. Причинами ишемии нижних конечностей во всех случаях являлся облитерирующий атеросклероз, с клиникой 2Б и более стадии хронической ишемии нижних конечностей, в 80 (13,4%) случаях атеросклероз сочетался с диабетической ангиопатией. Среди сопутствующей патологии преобладала ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь. Всем пациентам в предоперационном периоде выполнялось комплексное обследование, включающее ультразвуковую диагностику, компьютерную ангиографию и ангиографические исследования по показаниям. Пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа – 278 (46,5%) пациентов, которым были выполнены открытые вмешательства на аорто-подвздошном сегменте; 2 группа – 61 (10,2%) пациент, которым была выполнена трансфеморальная эндартерэктомия из подвздошных артерий; 3 группа – 259 (43,3%) пациентов, которым была выполнена ангиопластика подвздошных артерий. Для выбора оптимального способа реваскуляризации аорто-подвздошного сегмента у больных с хронической ишемией нижних конечностей использовали международную классификацию поражений TASC II.

Результаты. В 1-й группе успешная реваскуляризация выполнена во всех клинических случаях. У 18 (6,5%) пациентов возникли осложнения в раннем послеоперационном периоде, среди которых преобладали тромбозы шунтов, кровотечения и лимфорей. Во 2-й группе трансфеморальная эндартерэктомия выполнена 53 (86,9%) пациентам, из них 51 (96,2%) односторонняя, 2 (3,8%) пациентам двухсторонняя трансфеморальная эндартерэктомия, 8 пациентов нуждались в конверсии, причем 6 (9,8%) из них основной этап был дополнен ангиопластикой

со стентированием общей подвздошной артерии в связи с остаточным стенозом и отсутствием удовлетворительного центрального кровотока, 2 (3,28%) пациентам выполнен переход на открытую реконструкцию в связи с высоким риском интраоперационного повреждения подвздошных артерий. В 3-й группе 231 (89,2%) пациенту выполнена баллонная ангиопластика со стентированием, 24 (9,3%) пациента реканализация подвздошных артерий в сочетании со стентированием, 4 (1,5%) пациентам выполнен переход на открытую реконструкцию в связи с неудачной попыткой реканализации общей подвздошной артерии. Количество осложнений в раннем послеоперационном периоде у больных 2-й и 3-й группы составило 3,4%, среди осложнений преобладали лимфоррея, постпункционные гематомы паховой области.

Выводы:

1. Открытые и гибридные вмешательства на аорто-подвздошном сегменте являются эффективными методами лечения пациентов с хронической артериальной недостаточностью.
2. Открытые вмешательства ограничены у больных с тяжелой сопутствующей патологией и сопровождаются большим количеством осложнений в раннем послеоперационном периоде.
3. В повседневной работе у больных с поражением подвздошных артерий рекомендуется ориентироваться на схему оценки поражения TASC II, так как именно эта классификация позволяет выбрать оптимальный способ реваскуляризации.
4. Стентирование и баллонная ангиопластика поражений подвздошных артерий приводит к восстановлению проходимости в 98,5% наблюдений.
5. Трансфеморальная эндартерэктомия не увеличивает количество послеоперационных осложнений, выполнена с хорошим клиническим эффектом в 86,9% случаев, а частота конверсии с переходом на открытое хирургическое вмешательство составила 3,28%, что свидетельствует об эффективности и перспективности указанного способа артериальной реваскуляризации.

ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННЫЙ СТАТУС КРОНАРНОГО СИНУСА В ЛЕЧЕНИИ РЕФРАКТОРНОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Плих М.Б.

Израиль

Всё большее число больных хронической ишемической болезнью сердца, испытывают симптомы стенокардии, которые не поддаются лечению *B*-блокаторами, блокаторами кальциевых каналов и нитратами длительного действия, несмотря на проведенную реваскуляризацию. Лечение пациентов с рефрактерной стенокардией, которые непригодны для дальнейшей реваскуляризации, разительно отличается по всему миру, и зависит от местных ресурсов и имеющегося опыта. Смертность этой популяции пациентов снизилась, но повышение качества жизни остается проблемой. Новые принципы лечения появляются в современной практике, такие как метаболическая модуляция, терапевтический ангиогенез и новые интервенционные методы (ишемическое перераспределение *B*-потока и подходы к лечению хронической полной окклюзии). Современный менеджмент рефрактерной стенокардии рекомендует индивидуальную, ориентированную на пациента помощь в междисциплинарных и специализированных клиниках. Глобальные инициативы должны найти сложные клинические решения проблем для пациентов с рефрактерной стенокардией. В этом обзоре мы рассмотрим эпидемиологию рефрактерной стенокардии и представим обновленную информацию о фармакологических неинвазивных и инвазивных вариантах, которые уже доступны для этих пациентов или находятся в стадии разработки.

**УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И
УМЕНЬШЕНИЕ РИСКА ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ИСМП). ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ МЕТОДЫ**

Попова Т.А.

ЗАО «Эколаб», г. Санкт-Петербург

Мы стремимся оказывать качественно медицинскую помощь. Определение качественной медицинской помощи (ФФОМС): *«Медицинская помощь надлежащего качества (качественная медицинская помощь) – медицинская помощь, оказываемая медицинским работником, исключая негативные последствия».*

В настоящее время по модернизации получены разные виды высокотехнологичного оборудования, которое подчас не имеет нормальных рекомендаций по обработке либо эти инструкции годами не переписывались и устарели. Поэтому нам важен комплексный подход, чтоб сохранить оборудование для долгой бесперебойной работы, чтоб работа персонала была безопасной и эргономичной и чтоб создать безопасную эпидсреду для пациента. Компания «Эколаб» является одним из крупнейших производителей средств для больничной гигиены и дезинфекции. Эпидобстановка в мире и в России, к сожалению, не улучшается, поэтому в СанПин есть пункт, по которому каждый пациент потенциально опасен. Очень актуальна проблема *инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП)*. Особенно это важно из-за проблем с наличием некорректных дезинфицирующих средств и средств стерилизации, список которых представлен на слайде, нарушающие требования СанПин 2630-10 (административная и уголовная ответственность). Использование этих средств нарушает наш основной закон СанПин и еще более усугубляет эпидобстановку и создает риск для передачи трансмиссивных инфекций. В связи с этим существует национальная концепция по профилактике ИСМП и методические рекомендации по выбору дезсредств. Согласно п.2.19 СанПин 2630-10-для химической стерилизации применяют растворы альдегидсодержащих, кислородсодержащих и некоторых хлорсодержащих средств, проявляющих спороцидное действие. Кроме этого сейчас особенно важно, чтоб средство могло обеспечивать надежную очистку, предстерилизационную очистку, совмещенную с дезинфекцией, ДВУ и стерилизацию. Одним из таких средств является *Секусепт Актив*, безопасный препарат из кислородосодержащей группы, рекомендованный всеми ведущими производителями медицинского оборудования. Но существует оборудование, которое сложно или технические невозможно обработать качественно или необходимо экстренно подготовиться к операции. Тогда нам помогут стерильные защитные покрытия для оборудования и чехлы для УЗ датчиков. Ассортимент продукции хирургического направления «Эколаб» представлен покрытиями для всех видов медицинского оборудования (микроскопов, ангиографов, С-дуг, видеокамер, клавиатур, пультов, ручек для операционных ламп, всех видов уз датчиков, термометров и др.). Интраоперационные комплекты для УЗ датчиков содержат порционный стерильный гель. Специалисты уже по достоинству оценили наборы для чреспищеводной эхокардиографии и для лапароскопического УЗ датчика. Таким образом, наша продукция помогает специалистам качественно оказывать медицинскую помощь, особенно при подготовке к экстренным операциям, при наличии у пациента отягощенного инфекционного фона и при использовании сложного высокотехнологичного оборудования, обеспечивая заботу о безопасности персонала, долгую работу оборудования и безопасную эпидсреду для пациента.

ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ФЛЕБЭКТОМИИ

Прядко С.И., Малинин А.А., Дюржанов А.А.

Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева, г. Москва

Рецидив варикозной болезни после хирургической флебэктомии в большинстве случаев требует повторного лечения. Изучению причин рецидива варикозной болезни посвящено немало работ, вместе с тем в каждой из них, как правило, ведущая роль приписывается одному из факторов.

Цель. Определить приоритет ультразвуковых методов диагностики, показания и выбор метода лечения рецидива варикозного расширения вен.

В отделении хирургии венозной патологии НЦ ССХ с 2004 по 2014 гг. пролечено 117 больных с рецидивом варикозной болезни, 98 из них, оперированы. Возраст больных 18-78 лет (средний возраст $46,4 \pm 3,2$ лет).

Резидуальный варикоз отмечен во всех случаях. Культя большой (БПВ) или малой (МПВ) подкожных вен причина рецидива у 72 больных (18 случаев осложненная ТЭЛА). 45 пациентов – некомпетентные перфоранты. У 42% пациентов имелись различные изменения кожи, которые являются составляющей синдрома ХВН и требуют индивидуальной тактики лечения. При этом, у всех больных был выявлен один или одновременно несколько симптомов трофических расстройств, из которых основными являлись: липодерматосклероз – 5, белая атрофия кожи – 9, экзема – 5, лимфангиопатия – 8, индуративный целлюлит – 19, гиперпигментация на голени – 21, открытые венозные трофические язвы – 11 пациентов. У 32 пациентов наблюдались различной степени отеки нижних конечностей. Сроки существования трофических изменений при ХВН носили переменный характер и колебались от 18 до 45 лет.

Оперативное лечение включало: классическую флебэктомию, кроссэктомию и склерооблитерацию различными формами склерозантов, над и подфасциальную перевязку перфорантных вен из мини доступов после ультразвукового картирования. При выраженном индуративном и склеротическом процессе в мягких тканях голени в план операции помимо устранения венозных рефлюксов включали паратибиальную фасциотомию в нижней трети голени длиной до 10 см., которая выполнена у 11 пациентов.

Результаты. У всех оперированных пациентов в послеоперационном периоде была отмечена положительная динамика, которая клинически проявлялась в значительном уменьшении трофических расстройств, отека конечности, заживлении язв. Использование паратибиальной фасциотомии при белой атрофии кожи позволило у 4 больных значительно уменьшить ее проявления, а у других 5 пациентов практически устранить кожные изменения.

Рецидив заболевания обусловлен, прежде всего, тактико-техническими факторами. Выбор метода лечения рецидива варикозной болезни диктуется, прежде всего, стремлением минимизировать развитие грозных осложнений, таких, как тромбоз культы и глубоких вен, ТЭЛА и трофических язв, но безусловно с учетом жалоб больного и на основании результатов инструментальных методов диагностики. Неадекватное выполнение флебэктомии с сохранением культы и некомпетентных перфорантных вен – основная причина резидуального варикоза и тромбоэмболических осложнений. Ультразвуковое дуплексное сканирование – основной метод верификации рецидивов и осложнений варикозной болезни после различных методов ее лечения. Открытое хирургическое вмешательство единственный способ устранения культы магистральной вены, как источника осложнений.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИКИ ФЛЕБЭКТОМИИ ПРИ СОЧЕТАННОМ ВАРИКОЗНОМ ПОРАЖЕНИИ БПВ И ВЕНЫ ДЖИАКОМИНИ.

Прядко С.И., Малинин А.А., Дюржанов А.А.

Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева, г. Москва

Сочетанное варикозное поражение БПВ и крупных её притоков, в том числе вены Джиакomini создает технические трудности при флебэктомии в результате их противоположной локализации.

Целью работы явилось усовершенствование методики одновременной флебэктомии БПВ и вены Джиакomini.

Материалы и методы. С 2004 по 2012 гг. по поводу варикозной болезни пролечено 1278(100%) больных. Из них у 28(2,2%) имелось одновременное варикозное расширение БПВ и МПВ вены, которые были соединены между собой веной Джиакomini. Эти больные были разделены на две группы. В первой группе, состоящей из 18(64,3%) больных операция проводилась стандартным методом раздельной флебэктомии БПВ, МПВ и вены Джиакomini. Последняя удалялась различными способами: по методике Нарата из отдельных разрезов или с использованием метода минифлебэктомии.

Во второй группе, которая состояла из 10(35,7%) больных, использовался метод двухзондовой одномоментной флебэктомии БПВ и вены Джиакomini.

Нами предложен усовершенствованный метод одновременной флебэктомии БПВ и вены Джиакomini. Суть метода заключается в использовании принципа двухзондовой флебэктомии. Вначале проводилась флебэктомия МПВ с кроссэктомией сафено-поплитеального соустья. При его выделении также выделялась и пересекалась вена Джиакomini. Затем производилась кроссэктомия сафено-фemorального соустья и выделение истоков БПВ. В проксимальные отделы БПВ и вены Джиакomini, вводился зонд Бэкокка. Оба зонда выходили из пересеченного конца БПВ. После чего проводили поочередную дозированную тракцию зондов до полного удаления обеих вен.

Оценка результатов лечения проводилась анализу продолжительности операции, техническим сложностям удаления вены Джиакomini и послеоперационным осложнениям.

При сравнительном анализе продолжительности операции выявлено, что в первой группе она составила $98,3 \pm 12,8$ мин., а во второй группе $67,5 \pm 8,2$ мин. В первой группе для удаления вены Джиакomini требовались несколько отдельных разрезов, а истечение крови в этот период приводило к дополнительной потере крови. Расположение вены по внутреннезадней поверхности бедра создавало определенные технические трудности при её удалении из отдельных разрезов, а использование специальных крючков для минифлебэктомии значительно увеличивало время операции. У 3 (16,7%) больных первой группы развилась послеоперационная лимфорей в результате повреждения лимфатических сосудов и у 5(27,8%) имелась инфильтрация и уплотнение в области удаления вены Джиакomini. Во второй группе осложнений не отмечено.

Метод двухзондовой одномоментной флебэктомии БПВ и вены Джиакomini позволяет в 1,5 раза сократить продолжительность операции, исключить технические трудности удаления вены Джиакomini и избежать послеоперационных осложнений в виду малой травматичности операции.

ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В УСЛОВИЯХ СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА

Руденко Н.А.

ГБУ «Курганская областная клиническая больница», г. Курган

Актуальность. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) является третьей после инфаркта миокарда и инсульта причиной внезапной смерти больных. У большинства пациентов как непосредственный, так и отдаленный исход заболевания определяется своевременностью и адекватностью диагностики и лечения. ТЭЛА является причиной 10% смертей в стационарах, а показатели смертности в течение 3 лет после первого эпизода тромбоэмболии составляют от 19 до 30%. Чтобы сократить смертность, связанную с ТЭЛА, необходима быстрая диагностика и соответствующее лечение, т.к. 11% пациентов умирают в течение первого часа, другие 13% умирают позже. Среди тех пациентов, которые переживают первый инцидент ТЭЛА, 30% подвержены рецидивированию, из них 18% – с летальным исходом. Вместе с тем даже массивное эмболическое поражение легочной артерии у 40-70% прижизненно не диагностируется. Данный факт объясняется трудностью клинической и инструментальной диагностики ТЭЛА. Мы разделяем «агрессивный» эндоваскулярный подход к диагностике, лечению и профилактике ТЭЛА: проведение ангиопульмонографии, при доказанной ТЭЛА проведение селективного тромболитика с одномоментной имплантацией кава-фильтра по показаниям.

Материал и методы. С января 2014 г. по декабрь 2014 год в ГБУ Курганской областной клинической больницы было проведено 36 случаев рентгенэндоваскулярного лечения ТЭЛА. Средний возраст пациентов $39,4 \pm 4,3$ лет. 26 женщин, 10 мужчин. Среднее давление в ЛА перед процедурой – $66,2 \pm 5,3$ мм. рт. ст.

Селективный тромболитис проводился введением пулолазы-20 актилизе-16. 26 пациентам в ходе операции был имплантирован кава-фильтр в нижнюю полую вену для профилактики рецидива ТЭЛА по показаниям.

Положительный результат лечения был достигнут у 35 больных. Положительный результат был оценен по клинической картине пациентов и по данным повторной ангиопульмонографии после проведения тромболитиса. У 35 пациентов на 1-2 сутки проводимая методика позволила частично восстановить кровоток в ЛА, стабилизировать состояние больных.

Среднее давление в ЛА после проведенной процедуры снизилось в среднем с 66 мм.рт.ст. до 35 мм.рт.ст. В ближайшие сроки (от 1 до 2 месяцев) обследовано 20 больных. Пройодимость НПВ сохранена у всех больных, признаков рецидива ТЭЛА обнаружено не было.

Заключение. В условиях сосудистого центра на базе Курганской Областной Клинической Больницы в круглосуточном режиме проводится лечение пациентов с ТЭЛА. Рентгенэндоваскулярная катетерная техника позволяет поставить точный диагноз и немедленно перейти от диагностической манипуляции к лечебной.

ВАРИАНТЫ ТРОМБОЛИЗИСА В ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Сонькин И.Н., Крылов Д.В., Ремизов А.С., Мельник В.Ю.

НУЗ Дорожная клиническая больница ОАО «РЖД», г. Санкт-Петербург

В последнее десятилетие эндоваскулярные методы лечения варикозной болезни вошли в повседневную практику флеболога. До недавнего времени радиочастотная облитерация не могла быть рекомендована как методика выбора при лечении рецидива варикозной болезни. Причиной этого были особенности конструкции электрода с длиной рабочей части 7 см. Появление новых девайсов позволило решить эту проблему. Катетеры с длинной рабочей части 3 см обеспечили возможность облитерации коротких сегментов резидуальных вен. Катетер-стиллет позволяет обрабатывать приустьевые притоки и перфорантные вены.

Материалы и методы. В нашей работе мы приводим анализ результатов обследования и лечения 37 пациентов с рецидивом варикозной болезни вен нижних конечностей, которым была выполнена радиочастотная облитерация несостоятельных подкожных стволов, варикозных притоков, перфорантных вен. Предоперационное ультразвуковое обследование показало, что наиболее часто выявляемым патологическим объектом были перфорантные вены (37). Культи большой подкожной вены (БПВ) выявлена в 12 случаях, малой подкожной (МПВ) в 6. Добавочная подкожная вена (ДПКВ) являлась причиной рецидива на 13 конечностях, вена Джакомини – у 6 пациентов. Процедура радиочастотной облитерации проводилась по стандартной методике. Ультразвуковой контроль процедуры осуществлялся оперирующим ангиохирургом. Контрольные осмотры и ультразвуковое дуплексное сканирование проводилось на 3, 7, 30-е сутки и через 2 месяца после процедуры.

Результаты. Исследование, выполняемое на 3-е сутки, показало отсутствие кровотока в 100% ДПКВ и рецидивных стволов БПВ, 94% перфорантов. После повторной процедуры была достигнута окклюзия 100% перфорантов. Динамическое УЗДС на 7, 30-е сутки и через 2 месяца после процедуры отметило окклюзию всех обработанных вен. Значимых осложнений, таких как тромбоз глубоких вен, ТЭЛА, образование артериовенозной фистулы не было зарегистрировано

Выводы. Внедрение в практику новых девайсов позволяет применять радиочастотную облитерацию при всех формах рецидива варикозной болезни. Проведенный анализ доказал, что РЧО является высокоэффективным методом облитерации коротких сегментов вен, а также перфорантных вен, что является определяющим в лечении рецидивов варикозной болезни

Литература. 1. Labropoulos N et al. Development of reflux in the perforator veins in limbs with primary venous disease. J Vasc Surg. 2006 Mar;43(3):558-62

2. Kianifard B et al. Randomized clinical trial of the effect of adding subfascial endoscopic perforator surgery to standard great saphenous vein stripping. Br J Surg. 2007 Sep;94(9):1075-80.

3. van Rij AM et al. A prospective study of the fate of venous leg perforators after varicose vein surgery. J Vasc Surg. 2005 Dec;42(6):1156-62.

4. Rutherford EE et al. Incompetent perforating veins are associated with recurrent varicose veins. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2001 May;21(5):458-60.

5. Stuart WP et al. Saphenous surgery does not correct perforator incompetence in the presence of deep venous reflux. J Vasc Surg. 1998 Nov;28(5):834-8.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКИХ АНЕВРИЗМ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ЕЁ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ

Султаналиев Т.А., Жумадилов А.Ш., Сагандыков И.Н., Сулейменов С.С.,
Парманов А.Т., Иманбаев М.Н.

г. Астана, Казахстан

Аневризма экстракраниального отдела ВСА – довольно редкое заболевание. В среднем доля этого заболевания составляет 0,4-4% от всех периферических аневризм. Нами приведены результаты хирургической коррекции 27 пациентов с патологической извитостью внутренней сонной артерии (ПИВСА), которым проведено 34 операций и 2 случая хирургического лечения мешотчатых аневризм внутренней сонной артерии при её патологической извитости. Мужчин 11 (40,7%), женщин 16 (59,3%). С аневризмой ВСА в проксимальном сегменте 1 мужчина и 1 женщина. Асимптомное течение ПИВСА наблюдалось в 8 (29,63%) случаях, а у 19 (70,37%) имелась хроническая сосудисто-мозговая недостаточность различной степени. Характер, локализация, форма и сторона поражения ВСА трактовалась по результатам дуплексного сканирования и ангиографии, а также интраоперационной визуализации. У 12 больных с «С»-, «S»-образным изгибами, с кинкигом – 3 и койлингом в 4 случаях. В анамнезе отмечались переходящие нарушения мозгового кровообращения(14), инсульт(5). Выраженная патологическая извитость артерий выявлена так же у обоих пациентов дистальнее аневризматического расшире-

ния. Размеры мешотчатых аневризм в обоих случаях более 25 мм в диаметре, клинически проявляющимися выраженной гипертонией, болью в шейной области слева и дисфагией. Выполнено 34 реконструктивных операций при ПИВСА. В 26 случаях (76,5%) произведено пересечение и редрессация ВСА с широкой реимплантацией в старое устье за счет продолженного разреза по ВСА и ОСА. Резекцию с анастомозом сделано 17,6%, резекция ВСА, аутовенозное протезирование – 2,9%, артериолиз – 2,9%. При аневризме ВСА с её кинкингом произведены 2 операции с иссечением гигантских мешотчатых аневризм и анастомозом ВСА «конец в конец» с устранением патологической извитости. Время пережатия ВСА в двух случаях составило 11 и 19 минут соответственно с положительным клиническим эффектом. При операциях с ПИВСА положительный клинический результат операций достигнут в 91,2% случаях. Спектр кровотока по ВСА до операции был турбулентный, после – ламинарный. В сроки наблюдения 21 больного до 3-х лет в 80,95% отмечалась положительная динамика неврологического статуса. Неврологический дефицит в раннем послеоперационном периоде зависел от времени пережатия сонных артерий, формирования анастомозов после резекции. В нашем случае тромбоз реконструированной ВСА (5,8%) не зависел от формы патологической извитости. Нарушения мозгового кровообращения в 3 (8,8%) случаях – у асимптомных больных – носили транзиторный характер и в 2 (5,8%) завершились ишемическим инсультом, один из которых стал причиной смерти пациента. Показатель «инсульт + летальность от инсульта» составил 2,9%. Причинами неврологических осложнений были гемостазиологические нарушения, нестабильность гемодинамики и неадекватная редрессация ВСА.

В заключении, хирургическая коррекция ПИВСА является эффективным методом профилактики нарушений мозгового кровообращения и устранения сосудисто-мозговой недостаточности, что подтверждают полученные нами непосредственные и отдаленные результаты операций у пациентов с данным заболеванием. При аневризме ВСА с её патологической извитостью рациональным является – иссечение аневризмы с анастомозом ВСА «конец в конец», так как данная методика оперативного лечения позволяет максимально сократить время пережатия ВСА, избежать летального исхода и такого грозного и инвалидизирующего осложнения, как инсульт.

ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ КОЛЛАГЕНА VI ТИПА В СТЕНКЕ ПОВЕРХНОСТНЫХ И ГЛУБОКИХ ВЕН ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Сушков С.А., Самсонова И.В, Голышевич М.М.

УО «Витебский государственный медицинский университет», г. Витебск, Беларусь

Цель. Изучить содержание коллагена VI типа в стенке большой подкожной и задних большеберцовых венах при варикозной болезни нижних конечностей.

Материал и методы. Материалом для исследования являлись участки большой подкожной и задних большеберцовых вен 18 пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей, которым была выполнена флебэктомия и резекция задних большеберцовых вен. Женщин было 4, мужчин – 14. По клиническим классам в соответствии с классификацией CE-AP все оперированные распределились следующим образом: клинический класс C 3 – 8, C 4 – 10 случаев. У всех пациентов при проведении ультразвукового исследования глубоких вен была выявлена несостоятельность клапанов задних большеберцовых вен, что и явилось, в соответствии с принятой в клинике концепцией, основанием для выполнения коррекции кровотока в глубоких венах голени. Для гистологического исследования забирались участки задних большеберцовых вен, резецированные на протяжении 1-1,5 см позади медиальной лодыжки, а также дистальный (на уровне медиальной лодыжки) участок большой подкожной вены, удаляемой при выполнении флебэктомии. В качестве контроля были использованы по 7 образцов большой подкожной и задних большеберцовых вен, полученных в Витебском областном клиническом патологоанатомическом бюро от умерших, у которых не было варикозной болезни. Использовали следующие методы окраски: гематоксилином и эозином, по методу ванн Гизон, иммуногистохимическая с использованием моноклональных антител к коллагену VI типа. С помощью световой микроскопии при увеличении $\times 100$, $\times 200$, $\times 400$, $\times 630$ оценивали гистомор-

фологические изменения в исследуемых фрагментах большой подкожной вены и задних большеберцовых вен, а также характер экспрессии VI типа по отношению к основным структурным компонентам венозной стенки. При статистической обработке применены непараметрические методы. Рассчитывались медиана, нижний и верхний квартиль, достоверность различий оценивалась с использованием критерия Манна-Уитни.

Результаты. При исследовании характера экспрессии коллагена VI типа в образцах большой подкожной вены положительно проэкспрессировавшие коллагеновые волокна определялись во всех слоях сосудистой стенки, как при варикозной болезни, так и в контрольных образцах. Проведенная морфометрическая оценка выраженности экспрессии маркера показала довольно высокую степень экспрессии коллагена VI типа в образцах большой подкожной вены с варикозной трансформацией. Суммарная площадь положительно проэкспрессировавшего коллагена VI типа составляла 0,006037 (0,004729; 0,007869) мкм². В контрольной группе экспрессия коллагена VI типа была достоверно ниже – 0,003538 (0,002516; 0,004647) (p=0,000005). Исследование характера экспрессии коллагена VI типа в образцах задних большеберцовых вен показало, что положительно проэкспрессировавшие коллагеновые волокна также определялись во всех слоях сосудистой стенки и при варикозной болезни, и в контрольной группе. В образцах задних большеберцовых вен при варикозной болезни, как и в варикозно трансформированных поверхностных венах, установлено повышенное содержание положительно проэкспрессировавших коллагеновых волокон VI типа – 0,004395 (0,002775; 0,006437) мкм², по сравнению с группой контроля 0,003259 (0,002634; 0,0044197) мкм² (p=0,011988).

Заключение. Проведенные исследования показали, что при варикозной болезни отмечается увеличение содержания коллагена VI типа, как в стенке большой подкожной вены, так и в стенке задних большеберцовых вен. Можно предположить, что эти изменения лежат в основе изменений упруго-эластичных свойств не только поверхностных, но и глубоких вен, и играют существенную роль в нарушении венозного оттока и развитии хронической венозной недостаточности.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА КЛАПАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ГЛУБОКИХ ВЕН ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Сушков С.А., Самсонова И.В., Голышевич М.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет», г. Витебск, Беларусь

Цель. Изучить экспрессию кластера дифференцировки CD34 – эндотелиального маркера воспаления, являющегося лигандом для L-селектина нейтрофилов – в стенке вен пациентов, страдающих варикозной болезнью вен нижних конечностей.

Материал и методы. В исследование было включено 18 пациентов, которые были оперированы по поводу варикозной болезни нижних конечностей (женщин – 4, мужчин – 14). Распределение по клиническим классам (CEAP) было следующим: С 3 – 8 человек, С 4 – 10. В дооперационном периоде у всех пациентов была диагностирована недостаточность клапанов глубоких вен, поэтому им с целью коррекции кровотока вместе с флебэктомией производилась резекция задних большеберцовых вен позади медиальной лодыжки. Для проведения исследования забирались участки резецированных задних большеберцовых вен и дистальный фрагмент (на уровне медиальной лодыжки) большой подкожной вены, удаляемой при выполнении флебэктомии. Контрольную группу составили по 7 образцов большой подкожной вены и задних большеберцовых вен без патологии, полученных от умерших, не страдавших варикозной болезнью нижних конечностей.

Готовились серийные срезы, которые окрашивались общегистологическими и иммуногистохимическими методами с использованием моноклональных антител к кластеру дифференцировки CD34. С помощью световой микроскопии при увеличении $\times 200$ оценивали степень экспрессии CD34 в стенках вен полученных образцов. При проведении морфометрических исследований использовали компьютерную систему анализа изображений, при этом количественно оценивали интенсивность иммуногистохимического окрашивания препаратов. Стати-

стическая обработка проводилась с использованием непараметрических методов. Данные представлены в виде – медиана (нижний квартиль; верхний квартиль) Достоверность различий в сравниваемых выборках оценивалась с использованием критерия Манна-Уитни.

Результаты. Площадь экспрессии кластера дифференцировки CD34 в образцах большой подкожной вены, взятых у пациентов, страдающих варикозной болезнью составила – 0,01110 (0,005650; 0,015900) мкм², что было существенно выше, чем в контрольных образцах – 0,00500 (0,003900; 0,006700) (p=0,000009).

При исследовании характера экспрессии CD34 в образцах задних большеберцовых вен установлено, что суммарная площадь экспрессии при варикозной болезни составила 0,008228 (0,005792; 0,010172) мкм². В контрольных образцах она была значительно меньше 0,003436 (0,002451; 0,005752) (p=0,00001). Сравнение площадей экспрессии кластера дифференцировки CD34 в образцах большой подкожной вены и задних большеберцовых вен, взятых у пациентов, страдающих варикозной болезнью, показало, что экспрессия достоверно выше в большой подкожной вене (p=0,023811).

Таким образом, иммуногистохимическое исследование кластера дифференцировки CD34 показало, что в стенках задних большеберцовых вен пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей, имеющих недостаточность глубоких вен, изменялась степень его экспрессии в эндотелиальной выстилке по сравнению с контрольной группой.

Заключение. При варикозной болезни поверхностных вен в патологический процесс вовлекаются глубокие вены. Изменения глубоких вен являются следствием лейкоцитарной агрессии, о чем свидетельствует изменение экспрессии на поверхности эндотелиальных клеток CD34. Следует полагать, выявленные изменения лежат в основе дальнейшего прогрессирования изменений клапанов и стенки глубоких вен при варикозной болезни.

ПРИМЕНЕНИЕ КОРРИГИРУЮЩИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Сушков С.А., Скоморощенко В.А.

УО «Витебский государственный медицинский университет», г. Витебск, Беларусь

Цель. Оценить результаты применения различных вариантов корригирующих вмешательств у пациентов с хронической венозной недостаточностью.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов оперативного лечения 709 пациентов с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей. Кроме удаления поверхностных вен применялись стриппинг с аутовенозной окклюзией, корригирующие вмешательства на глубоких венах, эндоскопические вмешательства на перфорантных венах, пластика язв.

Результаты. У 426 пациентов одновременно с удалением поверхностных вен выполнены корригирующие вмешательства на глубоких венах (ЭВК – 76, вмешательства на задних большеберцовых венах – 394). У 44 из них коррекция производилась одновременно на двух уровнях (бедренная и задние большеберцовые вены). Обследование в отдаленные сроки пациентов, у которых до операции выявлена недостаточность глубоких вен, показало, что наилучшие результаты отмечаются у оперированных, которым проводилась коррекция кровотока в глубоких венах. Причем у данной категории пациентов наиболее эффективны вмешательства на задних большеберцовых венах. Выполнение экстравазальной коррекции клапанов глубоких вен мало оправдано, т.к. на поздних стадиях заболевания в венозной стенке развиваются выраженные атрофические и склеротические изменения.

119 пациентам (121 конечность) выполнена эндоскопическая диссекция перфорантных вен (ЭДПВ). В 97 случаях она выполнялась в сочетании с вмешательствами на поверхностных, глубоких венах. 72 пациентам одновременно с ЭДПВ произведено удаление поверхностных вен, 25 выполнен средний стриппинг большой подкожной вены, причем у 20 он дополнен аутовенозной окклюзией, а в 3 лазерной облитерацией ствола большой подкожной вены на голени. 41 пациенту при выявлении недостаточности глубоких вен произведены вмешательства на зад-

них большеберцовых венах. В 104 случаях ЭДПВ была выполнена в классическом варианте в медиальном миофасциальном ложе голени. При локализации трофических нарушений на передне-латеральной поверхности голени в 13 случаях выполнена ЭДПВ в медиальном и переднем миофасциальном ложах голени, у 4 пациентов только в переднем ложе. При обширных трофических язвах в 12 случаях произведена аутодермопластика. В 24 случаях при наличии выраженной сопутствующей патологии и распространенных трофических нарушений выполнена изолированная ЭДПВ. 9 пациентам через 3-6 месяцев после ЭДПВ вторым этапом было выполнено оперативное вмешательство на поверхностных венах. При анализе отдаленных результатов установлено, что рецидив трофической язвы развился у 7,7% оперированных. Результаты как «хорошие» и «удовлетворительные» были признаны у 82,9% обследованных.

Выводы

1. Объем оперативного вмешательства у пациентов с варикозной болезнью должен избираться индивидуально с учетом выявленных нарушений венозной гемодинамики не только в поверхностных, перфорантных, но и глубоких венах.

2. При выраженных трофических расстройствах, а также у пациентов с сопутствующей патологией, оправдано применение многоэтапных оперативных вмешательств.

ВЫСОКОИНТЕНСИВНОЕ ЛАЗЕРНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ С АУТОМИЕЛОТЕРАПИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

**Фокин А.А.*, Панов И.О., Кузьминых Д.Г., Корчагин С.Н., Кононенко Д.А.,
Уткаева И.А., Жукова Н.В.**

**Кафедра хирургии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования, Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск
БУ ХМАО-Югры «Няганская окружная больница», г. Нягань*

Одной из наиболее частых причин снижения качества жизни человека и смертности являются сердечно-сосудистые заболевания. Не малая часть их – хронические заболевания артерий нижних конечностей, которыми страдает около 2-3% населения земного шара и заболеваемость с возрастом экспоненциально растет. В распоряжении ангиохирурга множество методов лечения, зависящих от состояния пациента, степени поражения артерий, технической и кадровой оснащенности учреждения. Прямую реваскуляризацию можно назвать основой хирургического лечения, но у ряда пациентов это невозможно или прогнозируемо неэффективно. Имеется много способов улучшения коллатерального кровообращения (аутогемоинфильтрация, остеотомии и остеотрепанации, электростимуляция надкостницы, лазерная перфорация, различные модификации воздействия на симпатические ганглии, клеточная и генная терапии), что уже свидетельствует об отсутствии «золотого стандарта» лечения данной категории больных.

Необходимо разработать безопасную, экономически выгодную, эффективную технологию получения и доставки, определенных клеток костного мозга, в комплексе с высокоинтенсивным лазерным воздействием на ишемизированные ткани, а также механизмы оценки их лечебного действия, позволяющие получить достоверные данные, подтверждающие эффективность этого метода и улучшить результаты лечения пациентов с хронической артериальной недостаточностью нижних конечностей, при невозможности выполнения прямой реваскуляризации.

Суть метода заключается в использовании плазмы собственного красного костного мозга в сочетании с высокоинтенсивным лазерным излучением.

С 2008 по 2013г. в окружном центре сосудистой хирургии Няганской окружной больницы выполнено 740 операций лазерной перфорации тканей нижних конечностей у 237 пациентов, 562 из которых с фракционной аутомиелотерапией (ФАМТ), 178 операций без ФАМТ выполнены пациентам с трофическими нарушениями (4ст. ишемии по классификации А.В. Покровского). Возраст больных от 35 до 83 лет. Из них мужчин – 200 (84,4%), женщин – 37 (15,6%). Причиной заболевания у 228 (96,2%) больных являлся облитерирующий атеросклероз,

у 9 (3,8%) – тромбангиит. Диагноз был подтвержден данными дуплексного сканирования артерий, спиральной компьютерной томографии и ангиографии. Уровень окклюзии составлял: подвздошные артерии – 14 (5,9%), бедренные артерии – 161 (67,9%), берцовые артерии – 62 (26,2%). По стадии ишемии больные распределялись следующим образом: 2Б ст. – 110 (46,4%), 3 ст. – 98 (41,4%), 4 ст. – 29 (12,2%).

Об эффективности лечения судили по клиническим данным и биопсии мышечной ткани до воздействия, через месяц и через шесть месяцев после операции. Через месяц число артериол (по сравнению с исходным) увеличилось в 2,1 раза, венул – 1,7, капилляров – 1,3. Через 6 месяцев: артериол – 5,4, венул – 3,6, капилляров – 6,8.

Улучшение состояния конечности в послеоперационном периоде отмечали все пациенты, что выражалось в уменьшении боли в покое и при ходьбе. Через месяц (т.е. до начала второй операции) отмечается появление еще одной клинической группы – пациенты с 2А степенью ишемии – 65 (28,6%), 2Б ст. – 83 (36,6%), 3 ст. – 64 (28,2%), 4 ст. – 15 (6,6%). Через шесть месяцев группа с 2А ст. ишемии увеличилась почти вдвое – 116 (51,1%), 2Б ст. – 74 (32,6%), 3 ст. – 26 (11,5%), 4 ст. – 11 (4,8%). Ампутация нижней конечности выполнена в 10 случаях (голень-2, бедро-8). У 8 пациентов с ампутацией одной из сопутствующих патологий был сахарный диабет. Но, несмотря на большее количество ампутаций в группе с сахарным диабетом (101 пациент(42,6%)), она заслуживает особого внимания, так как наиболее положительный эффект наблюдался у данной категории пациентов с исходной 2Б ст. ишемии. В этой группе уже через месяц дистанция безболевого ходьбы увеличилась в 2,7 раза, а через шесть месяцев в 3,4.

Представленный опыт применения данной методики непрямого ревазуляризации позволяет высказаться об его эффективности. Малотравматичность, быстрое восстановление пациентов после операции, снижение койко-дня, возможность выполнения в амбулаторных условиях, расширяют перспективы лечения ишемических состояний нижних конечностей у более соматически осложненных пациентов.

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ

Фокин А.А., Манойлов А.Е., Ионин А.П., Глазырин С.А., Сощенко Д.Г., Тимонина В.М., Байгутлина Л.Ш., Ефимова Н.М., Соколова Н.И., Рузаев И.А.

ЮУГМУ, ГБУЗ ОКБ 3, НУЗ «Дорожная клиническая больница», г. Челябинск

Коронароангиография (КАГ) в настоящее время становится основным и доступным методом диагностики состояния коронарных артерий (КА). КАГ позволяет выбрать оптимальный метод лечения: медикаментозный или ревазуляризацию миокарда. Ведущей задачей катеризации сердца является в первую очередь идентификация пациентов с обструктивными поражениями эпикардиальных артерий (стеноз 50% и более любого сосуда >1,5 мм в диаметре), которые могут быть избавлены от симптомов путем коронарной ревазуляризации. Вторая задача КАГ – уточнение диагноза коронарной болезни сердца (КБС) в случаях недостаточной информативности неинвазивных методов обследования. Распространенность необструктивной КБС среди больных с острыми коронарными синдромами варьирует от 9,1% до 14%, причем в половине случаев у данных лиц нормальные ангиограммы (0% стенозов) (Ferrari et al 2014). Выявляемость обструктивной КБС при плановой КАГ варьирует от 23 до 100% в различных центрах (Douglas et al 2011), причины этой вариабельности изучаются во всем мире.

Цели исследования. Настоящее исследование выполнено с целью оценить результативность экстренной и плановой КАГ у больных, госпитализированных в два регионарных сосудистых центра г. Челябинска с жалобами на боль в груди ишемического генеза.

Сосудистый центр	Всего КАГ (% экстренно)	ОПКА (% от всего КАГ)	Стент. экстренно (% от ОПКА)	НПКА (норма %)
МБУЗ ОКБ 3	2680 (47%)	1301(50%)	581 (45%)	1379 (30%)
НУЗ «ДКБ»	2165 (34%)	1164 (54%)	429 (37%)	1001(15%)

Результаты представлены в таблице. Проанализированы протоколы КАГ двух сосудистых центров, сравнимых по частоте elective диагностической катетеризации сердца. За 2014 год КАГ подвергнуто 2680 пациентов, поступивших в областную клиническую больницу №3 (ОКБ 3) г. Челябинска и 2165, госпитализированных в НУЗ «Дорожная клиническая больница» (ДКБ). У пациентов ОКБ 3 критические сужения КА (стеноз > 50%) отмечены в 50% случаев (n=1301), у пациентов ДКБ – в 54% (n= 1164). В группе больных с обструктивными поражениями КА (ОПКА) в ОКБ3 экстренной ревакуляризации (стентированию) подвергнуто 581 человек (44%), в ДКБ – 429 (37%). По данным специалистов ангиографического отделения ОКБ 3 необструктивные поражения КА (НПКА) выявлены у 1379, из них 30% расценены как нормальные КА. Некритические сужения КА выявлены у 1001 пациентов ДКБ, из которых 15% были расценены как нормальные ангиограммы.

Выводы. Согласно полученным результатам в обоих сосудистых центрах существует резерв для улучшения диагностики и лечения (стентирования) обструктивной КБС. В соответствии с нормативными документами (стандартами) отбору пациентов для плановой катетеризации сердца, будет способствовать повышение назначения проб с физической нагрузкой, доступность таких неинвазивных методов оценки кровотока миокарда как стресс-эхокардиографию, радионуклидные методы и сканирование миокарда. Указанные методы неинвазивной визуализации кровоснабжения сердца помогут врачам уточнить характер ишемии миокарда на фоне нормальных КА, часто связанную с поражением микроваскулярного русла.

СУДЬБА БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Фокина А.А.¹, Мудрякова М.В.¹, Дегтярёв М.С.²

1 – ГБОУ ВПО ЮГМУ Минздрава России,

2 – ГБУЗ ОКБ 3, г. Челябинск

Актуальность. По данным различных авторов до 50% ишемических инсультов обусловлены тромбоблитерирующими поражениями экстра-интракраниальной локализации. Эти локализации занимают третье место среди всех причин, приводящих к летальному исходу, составляя 12-18% всех причин смерти. Окклюзия внутренней сонной артерии (ВСА) приводит к развитию инсульта с частотой до 40% в течение 1-ого года после окклюзии, а затем с частотой 7% в год. Основное значение в снижении заболеваемости, смертности и инвалидизации вследствие ишемического инсульта принадлежит первичной и вторичной профилактике путём хирургического лечения экстракраниальных поражений брахиоцефальных артерий. Тактика хирургического лечения у пациентов с гемодинамически значимыми стенозами ВСА при её контралатеральной окклюзии в настоящее время остаётся актуальной проблемой, в связи с высокой частотой развития острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу. Наиболее распространённым подходом является реконструкция ВСА на стороне стеноза, что снижает частоту ОНМК как на стороне стеноза, так и на стороне окклюзии.

Некоторые авторы эту группу пациентов относят к группе «высокого риска», публикуя результаты, где окклюзия контралатеральной ВСА является предиктором плохих результатов и частых периоперационных осложнений. Одновременно, по данным других авторов, полученные результаты каротидной эндартерэктомии (КЭА) у больных с окклюзией противоположной ВСА, достоверно не различаются от контрольной групп – с проходимой контралатеральной ВСА.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения с учётом полученной информации в профилактике ишемического инсульта у пациентов с окклюзией ВСА в отдалённом периоде наблюдения.

Материалы и методы. За период с 2007 по 2014г. в отделении сосудистой хирургии ОКБ №3 было пролечено 480 больных с поражением брахиоцефальных артерий. Число пациентов с окклюзией ВСА на одной стороне и стенозом на другой составило 79 (16%). Средний возраст больных составил 68 ± 3 года. 1-ю группу пациентов составили те, кто лечился консерва-

тивно – 31 (39%). Во 2-ю группу вошли пациенты, которым было выполнено КЭА на стороне окклюзии – 14 (17.7%), и в 3-ю группу вошли те, кому было выполнено вмешательство на стороне, противоположной окклюзии ВСА – 34 (43%). Все пациенты в стационаре или на догоспитальном этапе проходили обследование, включающее: сбор анамнеза, объективный осмотр, общеклинические исследования, оценка неврологического статуса, оценка кардиального статуса, цветное дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, компьютерно-томографическое (КТ) или магнитно-резонансное (МРТ) исследование головного мозга, дополнительные инструментальные и лабораторные методы диагностики сопутствующей патологии. В исследование были включены пациенты с симптомными и асимптомными окклюзиями ВСА на одной стороне и гемодинамически значимыми стенозами на противоположной. При определении риска хирургического вмешательства учитывали наличие следующих факторов: 1) возраст > 70 лет, 2) ишемическая болезнь сердца III-IV ФК, 3) гемодинамически значимый стеноз контралатеральной сонной артерии, 4) сахарный диабет, 5) предшествующая лучевая терапия или операция на области шеи, 6) заболевание почек. Таким образом, выделяли симптомных и асимптомных пациентов высокого и низкого риска хирургического вмешательства.

Результаты и обсуждение. Пациенты с окклюзией контралатеральной ВСА были изначально тяжёлые по степени сосудисто-мозговой недостаточности, так как 74,5% имели неврологический дефицит, при том, что 68% перенесли стойкие или преходящие нарушения мозгового кровообращения, и только четверть пациентов были клинически асимптомны. По данным КТ или МРТ в 15% случаев очаговых изменений не было выявлено, и чаще поражалась гемисфера окклюзированной ВСА (70%, чем стенозированной (30%). Прослежены результаты лечения через 7 лет после консервативного лечения у 31 пациентов (39%) и результаты КЭА у пациентов 2-й (17,7%) и 3-й (43%) групп. В этот период в 1-й группе отмечено развитие двух летальных исходов вследствие инфаркта миокарда, 8 – вследствие ишемического инсульта. Во 2-й группе у двоих пациентов отмечается летальный исход вследствие сопутствующих онкологических заболеваний; 3 пациента перенесли нелетальный инфаркт миокарда; инсультов в данной группе больных за весь промежуток времени не отмечалось. В 3-й группе отмечается летальный исход вследствие инфаркта миокарда у 3-х пациентов; нелетальный ишемический инсульт – у двух пациентов (5,8%). У всех оперированных больных степень рестенозов не превышала 20% от общего просвета артерии в зоне операции.

Заключение. 1. Судьба и прогноз, трудоспособность и качество жизни больных с атеросклеротической окклюзией внутренней сонной артерии зависят от возраста, пола и степени стеноза на противоположной стороне. Грозным осложнением окклюзии ВСА является повторный инсульт, прогноз которого более неблагоприятен, чем при первичном инсульте.

2. Пациенты с окклюзией ВСА и наличием стеноза контралатеральной ВСА являются высокой группой риска возникновения ОНМК и нуждаются в более тщательном обследовании.

3. Каротидная эндартерэктомия у больных с контралатеральной окклюзией ВСА является эффективным методом хирургического лечения.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫХ МНОГОСОСУДИСТЫХ ПОРАЖЕНИЙ ВЕТВЕЙ ДУГИ АОРТЫ

**Фокин А.А., Серажитдинов А.Ш., Владимирский В.В., Надвиков А.И.,
Гасников А.В., Рудакова И.Ю., Михеев А.Л.**

*ГОУ ВПО Южно-Уральский государственный медицинский университет
ГБУЗ Челябинская областная клиническая больница, г. Челябинск*

Актуальность. До настоящего времени нет единого подхода к лечению больных с многососудистыми поражениями ветвей дуги аорты (ВДА). Так же не разработаны рекомендации по данной теме.

Цель. На основе анализа собственных и мировых результатов хирургического лечения мультивазальных поражений ВДА разработать тактику хирургического лечения.

Материалы и методы. Осуществлен поиск литературы на базе электронной библиотеки PubMed. Годы публикаций от 1990 до 2013 гг. Ключевые слова включали: «сонная артерия», «ветви дуги аорты», «мультивазальное поражение ветвей дуги аорты», «одномоментные операции на ветвях дуги аорты», «общая сонная артерия», «брахиоцефальный ствол», «подключичная артерия», «гибридные операции» и др. Ключевым при отборе статей являлось наличие данных о больных с многососудистым поражением ВДА. Изучено 36 статей с общим количеством 3817 пациентов.

В нашем центре с марта 2007 по декабрь 2012 года прооперировано 807 пациентов с поражениями брахиоцефальных артерий. Из них, у 35 имелось сочетанное поражение бифуркации общей сонной артерии (ОСА) и устьевые поражения ВДА на одной стороне. 29 пациентов мужского пола и 6 женского. Возраст больных от 49 до 75 лет (средний возраст 60 лет). Всем 35 пациентам были выполнены одномоментные операции включающие пластику устьевого поражения ВДА и каротидную эндартерэктомию (КЭАЭ). При этом, 7 пациентам первым этапом выполнялась КЭАЭ на контрлатеральной стороне. Было выполнено: сонно-подключичное шунтирование – 16 пациентов; подключично-сонная транспозиция 13 пациентов; сонно-подключичная транспозиция – 4 пациента, подключично-сонное шунтирование – 1 пациент; протезирование брахиоцефального ствола – 1 пациент. Из них 12 под регионарной анестезией шейного сплетения, 23 под общей анестезией. Все КЭАЭ выполнялись по эверсионной методике. Первым этапом выполнялась пластика устьевого поражения ВДА, вторым этапом – КЭАЭ.

Результаты. Анализ показал, что среди мультивазальных поражений ВДА можно выделить несколько типов: 1 тип – поражения, включающие одно из устьев ВДА и бифуркацию ОСА на одной стороне – 451 пациент (87,2%); 2а тип – на разных сторонах – 35 пациентов (6,8%); 2б тип – поражения, включающие одно из устьев ВДА и бифуркацию ОСА с обеих сторон – 16 случаев (3,1%); 3 тип – поражения включающие более одного из устьев ВДА и бифуркацию ОСА с одной стороны – 2 случая (0,2%); 4 тип – множественное поражение ВДА (более трех) – 13 случаев (2,5%). При этом показано, что однозначной тактикой лечения больных, относящихся к первой группе, является одномоментная коррекция. Таким образом, было выполнено 431 операция. Из них открытых операций - 267 (62%), гибридных вмешательств – 152 (35,3%), эндоваскулярных методик – 12 (2,8%). В раннем послеоперационном периоде среди открытых операций острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) зарегистрированы в 4 случаях (1,5%), смерть в 3 случаях (1,1%). Среди гибридных и эндоваскулярных ни одного случая ОНМК, ИМ или смерти не было зарегистрировано. В отдаленном периоде, который составлял от 1 до 212 месяцев, лишь 2 ОНМК были связаны с симультанной открытой операцией. Среди гибридных вмешательств зарегистрировано 2 ОНМК в отдаленном периоде, и 17 смертей. Все 17 смертей описаны в одном исследовании в течение 36 месяцев наблюдения. Столь высокую смертность авторы связывают, в основном, с прогрессированием генерализованного атеросклероза. Среди причин названы ИМ (14 случаев), злокачественные новообразования (2 случая), ТЭЛА (1 случай). В остальных исследованиях не зарегистрировано ни одного случая смерти в течение наблюдения.

Среди больных, оперированных в нашем центре, распределение в зависимости от типа поражения было следующим: 1 тип – 15 пациентов (44,1%); 2а тип – 2 пациента (5,9%); 2б тип – 13 пациентов (38,2%); 3 тип – 2 пациента (5,9%); 4 тип – 3 пациента (8,8%). В ближайшем послеоперационном периоде не зарегистрировано ни одного случая смерти или ИМ. У одного пациента клиника ОНМК на стороне операции, и у еще одного на противоположной стороне. У 4 больных отмечались явления левосторонней плексопатии, купировавшиеся после консервативного лечения. Гематома мягких тканей шеи на стороне операции у 3 пациентов, лишь в одном случае потребовавшее повторной операции. Один случай лимфорреи на стороне операции потребовавший оперативного лечения. Инфекционные осложнения не наблюдались. В отдаленном периоде на данном этапе исследования отслежены результаты у 22 больных. Срок наблюдения составил от 3 до 116 месяцев (средний 26,1 мес). Один случай смерти (2,8%) у больного с генерализованным атеросклерозом через 1 год после операции. Причиной смерти являлось прогрессирование атеросклероза, развитие критической ишемии нижних конечностей на фоне синдрома Лериша. ИМ в одном случае (2,8%). ОНМК в вертебра-базилярном бассейне у 1 пациента. У 1 пациента после ранее выполненной сонно-подключичной транспозиции слева выявлен тромбоз ОСА и ВСА на стороне операции, без развития неврологического дефицита, на сроке

116 месяцев. Однако, данный пациент перенес ОНМК в контрлатеральном бассейне (правая СМА), что потребовало выполнение КЭАЭ справа в отдаленном периоде. Ипсилатеральных ОНМК в отдаленном периоде не наблюдалось. У 1 пациента тромбоз сонно-подключичного шунта слева на сроке 25 месяцев. В дальнейшем пациенту выполнялось резонно-подключичное протезирование с реимплантацией позвоночной артерии. У одного больного после ранее выполненной эверсионной КЭАЭ и сонно-подключичной транспозиции слева выявлен рестеноз до 80% в области бифуркации ОСА на сроке 11 месяцев, без развития неврологического дефицита. Таким образом, осложнения связанные с зоной операции выявлено у 3 пациентов (8,6%).

Заключение: Среди экстракраниальных мультивазальных поражений ВДА можно выделить несколько типов: 1 тип – поражения, включающие одно из устьев ВДА и бифуркацию ОСА на одной стороне; 2а тип – на разных сторонах; 2б тип – поражения, включающие одно из устьев ВДА и бифуркацию ОСА с обеих сторон; 3 тип – поражения включающие более одного из устьев ВДА и бифуркацию ОСА с одной стороны; 4 тип - множественное поражение ВДА (более трех).

Считаем оптимальной следующую тактику. При первом типе поражения – симультанная операция. При 2а типе – этапная операция, с выполнением КЭАЭ первым этапом. При 2б типе – этапная операция с выполнением КЭАЭ на контрлатеральной от многоуровневого поражения стороне первым этапом, а симультанная операция - вторым. При 3 типе симультанная коррекция первым этапом, контрлатеральное устьевое поражение – вторым. При четвертом – индивидуализированный подход.

ЦЕННОСТЬ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ОКСИМЕТРИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА СОННЫХ АРТЕРИЯХ

Фокин А.А., Борсук Д.А., Панов И.О.

Кафедра хирургии ФДПО ГОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава РФ, г. Челябинск

Показания к временному внутрипросветному шунтированию при операциях на сонных артериях являются предметом дискуссии уже много лет. С этой целью широко используются измерение ретроградного давления из внутренней сонной артерии, электроэнцефалография, соматосенсорные вызванные потенциалы, транскраниальная доплерография, регионарная анестезия с прямой оценкой неврологического статуса пациента. Однако в последнее время для оценки компенсации мозгового кровотока все большую популярность набирает церебральная оксиметрия (ЦО). В то же время, работы по изучению ее эффективности и безопасности носят единичный характер.

Цель исследования: оценка эффективности и безопасности применения церебральной оксиметрии при операциях на сонных артериях.

Материал и методы: в исследование включено 70 пациентов, оперированных на сонных артериях с 2013 по 2014 год, из которых мужчин было 56, женщин 14. Средний возраст больных составил 55 лет. Все пациенты были оперированы по поводу гемодинамически значимых стенозов внутренних сонных артерий. Выполнено 47 эверсионных каротидных эндартерэктомий (КЭАЭ) и 23 классических КЭАЭ с пластикой артериотомического отверстия заплатой. Во всех случаях использовали интраоперационный мониторинг церебральной оксиметрии на аппарате INVOS (COVIDIEN). Среднее время пережатия сонных артерий составило 20 минут. Исходные значения ЦО составили в среднем 68%, после пережатия сонной артерий – 59%. При снижении ЦО на стороне операции ниже 40% или на 20% от исходного уровня, необходима установка временного внутрипросветного шунта. В нашей группе пациентов такие показатели были отмечены у 7 пациентов (10%), 4 из которых имели окклюзию контрлатеральной внутренней сонной артерии. После установки шунта у всех пациентов отмечался возврат показателей ЦО к исходным значениям.

Результаты: в послеоперационном периоде отмечен только один случай острого неврологического дефицита, купированного в течение суток, без развития очаговых ишемических изменений мозга по данным компьютерной томографии. Данный случай отмечен у пациента, которому при КЭАЭ устанавливался временный внутрипросветный шунт.

Выводы: в нашем исследовании ЦО доказала свою эффективность и безопасность. Это информативный, неинвазивный и удобный в применении метод, который может быть рекомендован в качестве единственного инструмента церебрального нейромониторинга при операциях на сонных артериях.

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ АБДОМИНАЛЬНОЙ АОРТЫ КАК ПРОФИЛАКТИКА НЕОТЛОЖНЫХ И КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ: БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

**Фокин А.А., Владимирский В.В., Жабреев А.В., Барышников А.А.,
Кочнева В.Д., Черноусов В.В.**

*ГБУЗ «Челябинская Областная Клиническая Больница», г. Челябинск
ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
г. Челябинск*

Актуальность. Аневризмы интрависцерального отдела аорты являются довольно распространенным заболеванием, которое в прогностическом плане достаточно опасно, так как представляет непосредственную угрозу для жизни пациентов. Эндопротезирование в сравнении с открытой реконструкцией снижает риск оперативных вмешательств, следовательно, уменьшается летальность. Эндопротезирование на сегодняшний день является одним из признанных методов лечения больных с аневризмами брюшной аорты.

Цель исследования: оценить непосредственные и ближайшие (до 30 суток) результаты эндоваскулярных реконструкций при аневризмах брюшной аорты и подвздошных артерий и изучить эффективность и безопасность применения стент-графтов Ella (Чехия).

Материалы и методы: за период с августа 2013 года по декабрь 2014 года нами были выполнены эндоваскулярные реконструкции при аневризмах брюшной аорты и подвздошных артерий у 26 пациентов. Бифуркационные эндопротезы были имплантированы 24 пациентам с аневризмами абдоминальной аорты и подвздошных артерий, 1 больному был имплантирован конический стент-графт в левую подвздошную артерию, 1 пациенту линейный стент-графт. Протезирование общей бедренной артерии выполнялось 2 пациентам при выраженном кальцинозе артерии. Возраст больных варьировал от 55 до 76 лет, средний возраст пациентов составил $68 \pm 5,7$ года. Из 26 прооперированных нами больных 25 мужчин и 1 женщина. У 24 пациентов в анамнезе была ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз у 8 больных, гипертоническая болезнь у 23, облитерирующий атеросклероз у 10, операции на сердце в анамнезе у 7, нарушение ритма сердца у 6, каротидная эндартерэктомия в анамнезе у 4, хроническая обструктивная болезнь легких у 5, сахарный диабет 2 типа у 6, панкреатит у 1, рак почки у 1 пациента. Индивидуальные расчеты выполнялись по данным КТ-ангиографии. Диаметр аневризматического мешка по данным КТ-ангиографии варьировал от 50 до 104 мм и в среднем составил $61,3 \pm 1,4$ мм. Распространение аневризматического поражения на наружные подвздошные артерии было отмечено у 6 пациентов, в данных случаях протезами накрывались устья внутренних подвздошных артерий. Вмешательство выполнялось под спинальной и эпидуральной анестезией. Количество контрастного вещества (ультравист 300) для всех пациентов в среднем составило 150 мл. Интраоперационная гепаринизация осуществлялась в дозе 7500 Ед. Больным перед операцией назначались антибиотики, для профилактики септических осложнений. После операции все пациенты находились под наблюдением в палате реанимации 1 сутки, затем переводились в отделение сосудистой хирургии, а в дальнейшем находились на амбулаторном лечении.

Результаты: Технический успех был достигнут во всех вмешательствах. В ближайшие сроки (до 30 суток) после эндопротезирования аневризм брюшной аорты не отмечалось летальных исходов, дыхательных и кардиальных осложнений.

Выводы: непосредственные и ближайшие результаты операции эндопротезирования брюшного отдела аорты и подвздошных артерий у 26 пациентов подтвердили безопасность и хорошую переносимость используемых бифуркационных стент-графтов. Эндоваскулярное лечение является методом выбора для пациентов высокого риска. Пациенты после протезирова-

ния аневризмы по эндоваскулярной методике должны находиться под диспансерным наблюдением с регулярным обследованием и контролем за возможными осложнениями.

БОКОВАЯ АНГИОПЛАСТИКА ИНФРАИНГВИНАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ. БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.

Хорев Н.Г., Беллер А.В., Конькова В.О., Белокрылова Ю.Г.

*НУЗ Отделенческая клиническая больница ст. Барнаул ОАО «РЖД», г. Барнаул
ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул*

Цель. Обосновать возможность восстановления кровотока по поверхностной бедренной артерии (ПБА) путем использования предложенной операции – боковая ангиопластика и представить ближайшие клинические результаты этой хирургической процедуры.

Материалы и методы. Некоторые больные с перемежающейся хромотой и подавляющее число пациентов с «критической ишемией» требуют восстановления артериального кровотока в сегменте ПБА с применением различных хирургических технологий. Оклюзионно-стенотический процесс у 40-75% больных локализуется в артериях инфраингвинального сегмента. Локализация поражения в этом сегменте артериального русла часто приводит к развитию тяжелых форм ишемии, вызывает потерю конечности и стойкую или временную утрату трудоспособности. В это ретроспективное исследование (2004-2014 гг.) включено 142 больных, которые разделены на 2 группы. Критериями включения в исследование были больные с поражением ПБА типами А, В, С по TASC-11, степенью артериальной недостаточности по Фонтейну-Покровскому IБ, III, IV. Операция заключалась в проведении открытой эндартерэктомии из ПБА в месте установленного гемодинамически значимого стеноза или окклюзии и боковой ангиопластики. Оценка ближайшей клинической эффективности поведена в сроки до 30 суток с инструментальным подтверждением проходимости и послеоперационных осложнений (тромбоз, кровотечение, большая ампутация). Статистический анализ проводился с использованием параметрического критерия Стьюдента. Разница частот встречаемости признака в группах оценивали с помощью Хи-квадрата.

Результаты: Пациенты разбиты на группы в зависимости от вида проведенного лечения. В I группу (основная, n=51) вошли больные с боковой ангиопластикой, а во II группу (контрольная, n=91) – пациенты с проксимальным бедренно-подколенным аутовенозным шунтированием. В обеих группах преобладали мужчины - 82,6% в основной группе и 94,5% в контрольной (p>0,05). Средний возраст больных в I группе – 60,4 ± 2,69 лет, во II группе – 62,0 ± 1,64 лет (p>0,05). Средняя длительность заболевания в I группе - 3,17 ± 0,86 лет, во II группе - 3,63 ± 0,85 года (p>0,05). В группе больных с ангиопластикой чаще установлен сахарный диабет 2 типа (13,7%, p<0,05) по сравнению с группой больных, которым проведено бедренно-подколенное шунтирование (4,4). Степень ишемии IБ, III и IV ст. была соответственно у 62,8%, 29,4% и 7,8% больных в I группе и у 63,7%, 23,1% и 13,2% больных II группы (p>0,05). Тип инфраингвинального поражения А, В, С был соответственно у 56,9%, 33,3% и 9,8% больных в основной группе и у 78,0%, 15,% и 6,6% больных в контрольной группе (p>0,05). Таким образом, обе группы сопоставимы по основным клиническим характеристикам. Боковая ангиопластика с использованием аутовенозной заплаты проведена у 78,4% больных. Боковая ангиопластика с использованием синтетического или биологического материал проведена соответственно у 11,8% и 7,8% больных. Краевой шов наложен лишь у 1 пациента (2,0%).

Результаты. В сроке до 30 суток в первой группе зафиксировано 5 (9,8%), а во второй – 6 (7,0%) острых тромбозов (p>0,05). Число кровотечений и ампутаций было соответственно 2 (3,9%) и 1 (1,9%) в основной и 2 (2,2%) и 2 (2,2%) в контрольной группе, что так же не имело статистически значимых различий (p>0,05).

Выводы: По ближайшим результатам операция боковой ангиопластики сопоставима с результатами «золотого стандарта» реконструкции артерий инфраингвинального сегмента – бедренно-подколенного аутовенозного шунтирования. С учетом локального воздействия боковая ангиопластика может быть альтернативой интервенционным процедурам в этом сегменте.

МИНИИНВАЗИВНЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА: НАШ ОПЫТ

Чернов И.И., Козьмин Д.Ю., Уртаев Р.А., Кондратьев Д.А., Тарасов Д.Г.

*ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения
России, г. Астрахань*

Цель: Оценка непосредственных результатов операций на митральном клапане с использованием миниторакоскопической техники.

Материалы и методы: С февраля 2011 года по сентябрь 2014 года в ФЦССХ (г. Астрахань) было выполнено 186 операций на митральном клапане с использованием миниторакоскопической техники. Среди оперированных 77 мужчин и 109 женщин. Средний возраст пациентов составил $49,0 \pm 11,1$ лет, средний индекс массы тела – $23,0 \pm 10$. Средняя ФВ ЛЖ – $56,4 \pm 6,5\%$. Большинство больных исходно находились во II (39%) и III (57%) ФК сердечной недостаточности по NYHA. Более 1/2 больных имели ревматический генез порока сердца и более 1/3 пациентов – проявления синдрома соединительнотканной дисплазии, инфекционный эндокардит с поражением МК встретился в 4% случаев. По характеру поражения МК преобладала недостаточность (55,9%), стеноз МК выявлен в 16,7% случаев, сочетанный порок МК – в 27,4% случаев. Трикуспидальная регургитация 2+ и более отмечена в 23,7% случаев.

Во всех случаях интраоперационно выполнялась ЧПЭхоКГ. Доступ к сердцу осуществлялся из правосторонней боковой миниторакотомии в IV межреберье. Средняя длина кожного составила $6,3 \pm 1,7$ см. Через отдельные проколы (2) вводились видеокамера и зажим Chitwood для пережатия аорты. Использовался набор для миниинвазивной хирургии «Valve XS» фирмы «Aescular». Операции выполнялись в условиях ИК с нормотермической перфузией и кардиopleгией раствором «Кустодиол». Подключение АИК выполнялось через бедренные сосуды. Виды оперативного вмешательства на МК: реконструкция МК – 85, протезирование МК – 101, в т.ч. с пластикой ТК – 13, + РЧА при ФП – 4. Среднее время ИК составило $123,8 \pm 43$ минут, среднее время окклюзии аорты – $78,8 \pm 28,1$ минут.

Результаты. Частота конверсии составила 3,2%, основной причиной послужило кровотечение. В целом неосложненный послеоперационный период наблюдался у 89,8% больных. Госпитальная летальность составила 2,2% (4/186). Причинами летального исхода в двух случаях острая сердечная недостаточность, в 1 случае – полиорганная недостаточность и разрыв задней стенки левого желудочка с фатальным кровотечением у 1 больного.

Заключение. Операции на митральном клапане из миниторакотомного доступа обеспечивают хорошую визуализацию и позволяют выполнить широкий спектр манипуляций на митральном клапане с хорошими непосредственными результатами. Данные операции являются перспективными и могут выполняться с высокой долей эффективности и надежности.

7-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ

Чупин А.В., Колосов Р.В., Дерябин С.В., Нищенко А.В.

ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, г. Москва

Цель – оценить ближайшие и отдаленные результаты эндоваскулярного лечения аневризм брюшной аорты у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией.

Материалы и методы: с декабря 2007 по декабрь 2014 года в ФГБУ ФНКЦ ФМБА России проведено 72 операции эндопротезирования аневризм брюшной аорты у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией и высоким риском открытого оперативного лечения

Средний возраст больных составил $72,2 \pm 1,2$ лет (от 57 до 86 лет). Более 60 % пациентов были старше 70 лет. Основным противопоказанием открытой операции была сопутствующая сердечно-легочная патология. У всех пациентов в анамнезе была ишемическая болезнь сердца,

постинфарктный кардиосклероз у 35% пациентов, аритмия у 27%, стенокардия напряжения 3 функционального класса у 18% больных, ХОБЛ более 15%, ожирение 13,5%.

Всем пациентам до операции были выполнены компьютерная томография (КТ), ультразвуковое дуплексное сканирование (ДС) брюшной аорты, подвздошных артерий и артерий нижних конечностей, на основании которых произведен отбор этих больных на эндоваскулярную операцию. Всем больным выполнено бифуркационное эндопротезирование аневризмы брюшной аорты: у 54 больных имплантирован стент-графт Gore-Excluder (фирма Гортекс), у 13 - Endurant II (Медтроник) и у 5 больных Анаконда (Васкутек).

Результаты. После эндопротезирования аневризмы брюшной аорты не отмечено кардиальных и дыхательных осложнений в ближайшие сроки после операции. Эндолик 1 типа выявлен у 4 пациентов, эндолик 2 типа у 2 – пациентов. Эндолик 1-го типа устранен интраоперационно. При динамическом наблюдении эндолика 2 типа не выявлено. При динамическом наблюдении (1, 6, 12 месяцев после операции) пациентов при компьютерной томографии осложнений (миграции эндопротеза, увеличение диаметра аневризмы, эндоликов I типа) не отмечено. Таким образом, эндопротезирование аневризмы брюшной аорты является методом выбора для пациентов группы высокого риска.

Обсуждение. В настоящее время эндопротезирование аневризмы инфраренального отдела брюшной аорты у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией является методом выбора. Проводится оценка ближайших и отдаленных результатов операций, что целесообразно провести на большем числе пациентов.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Шалашов А.Г., Корымасов Е.А., Казанцев А.В., Водопьянова Н.В.

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,
ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина», г. Самара*

Актуальность: Лечение декомпенсированной стадии варикозной болезни вен нижних конечностей до настоящего времени является актуальной проблемой в современной ангиологии, в связи с большим распространением заболевания среди взрослого населения. Одним из тяжелых осложнений этого заболевания являются трофические язвы голени. Хирургическое лечение является основной в лечении данной патологии, однако у части больных выполнение операции не возможно (тяжелая сопутствующая патология, отказ больного от операции), актуальным является поиск альтернативных методов лечения у данной группы больных.

Цель исследования: оценить возможности консервативного лечения больных с трофическими язвами на фоне варикозной болезни.

Методы исследования: В условиях поликлиники Самарской областной клинической больницы им. В.Д. Середавина пролечено 19 больных с трофическими язвами на фоне варикозной болезни вен нижних конечностей. По международной классификации CEAP эти больные соответствовали С6 S классу. Мужчин было 5, женщин – 14. Средний возраст составил – 57,3±10,6 года. Длительность заболевания варьировала от 3 до 15 лет. Трофические язвы находились в II-III стадии раневого процесса, площадь язвенного дефекта составила 0,5-5 см², наиболее частая локализация – медиальная поверхность нижней трети голени. У 10 больных были противопоказания к хирургическому лечению ввиду наличия тяжелой сопутствующей патологии, 9 больных отказались от оперативного лечения. Всем больным проводилось общеклиническое обследование, исследование системы гемостаза и ультразвуковое исследование на аппарате “Acuson 128 XP/4”. Определялось наличие горизонтального и вертикального венозных рефлюксов, проходимость глубоких вен.

Основными компонентами консервативного лечения были: применение компрессионного трикотажа III степени компрессии, флеботропный препарат (микронизированная флавоноидная фракция), раневые покрытия.

Результаты и обсуждение: Средний срок лечения составил $34 \pm 6,5$ дня. У всех больных отмечена положительная динамика течения раневого процесса, трофические язвы эпителизовались. Период наблюдения составил 2 года, рецидива трофической язвы не было ни у одного больного. После эпителизации трофической язвы, больным рекомендовали компрессионную терапию III степени компрессии и флеботропную терапию курсами.

Выводы: Комплексная терапия трофических язв на фоне варикозной болезни с применением компрессионного трикотажа III степени компрессии, флеботропных препаратов и раневых покрытий позволяет добиться стойкой ремиссии заболевания. Консервативная терапия может быть альтернативой хирургического лечения у больных с тяжелой сопутствующей патологией и при отказе больного от оперативного лечения.

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Шахнович Р.М.

Институт клинической кардиологии имени А.Л. Мясникова РКНПК, г. Москва

Атеросклероз, лежащий в основе ишемической болезни сердца (ИБС), не является линейно прогрессирующим, стабильным процессом. Для атеросклероза коронарных артерий характерна смена фаз стабильного течения и обострения болезни. Клиническое обострение ИБС принято называть острым коронарным синдромом (ОКС). ОКС наряду с другими сосудистыми катастрофами является ведущей причиной инвалидизации и смертности в большинстве развитых стран. В настоящее время мы являемся свидетелями явного прогресса в диагностике и лечении ОКС. Появились новые медикаментозные и инвазивные подходы. Значительно повысился процент восстановления коронарного кровотока с помощью высокотехнологичных методик. Это привело к существенному улучшению результатов лечения. Здесь, к сожалению, нужно констатировать, что на фоне мировых успехов уровень помощи больным с ОКС в России оставляет желать лучшего. Очевидно, что основная причина низкого уровня медицинской помощи больным с ОКС связана с недостаточным материальным обеспечением. Вместе с тем, даже при существующих возможностях повышение профессионального уровня врачей, безусловно, положительно скажется на результатах лечения. Лекция посвящена подробному анализу возможностей современной медикаментозной терапии после перенесенного ОКС, полностью построена на принципах доказательной медицины. По каждому существенному вопросу приведены основные исследования, практические выводы основаны на экспертном заключении ведущих международных и российских кардиологических сообществ.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ И СНИЖЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ

Шестакова М.В., Кокоришвили М.А., Алехин Д.И., Кочетков И.В.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск

Цель работы: Оценить особенности клинических и МР-проявлений дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) при хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материалы и методы: Обследовано 157 пациентов в возрасте 55-72 лет с клиническими проявлениями ХСН. Группу контроля составили 32 пациента без признаков ХСН. Всем больным было выполнено нейропсихологическое обследование, основанное на 30 минутном комплексе тестов, рекомендованном NINDS-Canadian Stroke Standards [1,5], эхокардиографическое исследование на аппарате "Logic-5 XP" (GE) с определением фракции выброса (ФВ) левого желудочка по Simpson, индекса локальной гипокинезии левого желудочка, времени изоволюмического расслабления ЛЖ (ВИВР ЛЖ), времени замедления кровотока раннего диастоли-

ческого наполнения ДТ, соотношение скоростей раннего диастолического наполнения и наполнения в систолу предсердий A\Е, УЗДС сосудов шеи и головного мозга. 40 пациентам с ХСН проводилась МРТ головного мозга на аппарате Achieva 1.5T 16ch (Philips) с определением выраженности перивентрикулярного и субкортикального лейкоареоза (ЛА) с помощью New Fazekas rating scale (LADIS ARWMC Scale), атрофии медиальных отделов височной доли с помощью Scheltens Scale, оценки индекса центральных отделов боковых желудочков и подсчет количества постинсультных кистозно-глиозных изменений[3,4,6]. В зависимости от ФВ пациенты с ХСН были разделены на две подгруппы. ХСН с низкой ФВ (сниженной систолической функцией) диагностировалась при ФВ < 45 %, ХСН с сохраненной ФВ (сохраненной систолической функцией) – при ФВ > 45 %.

Результаты. Исследование церебральной гемодинамики показало, что пациенты с ХСН с низкой ФВ отличаются симметричным снижением линейной скорости кровотока в средне-мозговых артериях (ЛСК СМА) в сравнении с группой с сохраненной ФВ. ЛСК ЛСМА у больных с ФВ ЛЖ < 45 % составила $67,74 \pm 20,35$ см/с, в сравнении с группой с ФВ ЛЖ > 45% - $74,60 \pm 27,62$ см/с ($p < 0,05$), в ПСМА ЛСК $64,47 \pm 20,0$ см/с, в сравнении с группой с ФВ ЛЖ > 45% $77,07 \pm 21,62$ см/с ($p < 0,05$). Замедление ЛСК ассоциируется в большей степени со снижением ФВ ЛЖ ($p < 0,05$), увеличением зоны гипокинезии ($p < 0,07$), стенозами прецеребральных артерий ($p < 0,05$), чем с показателями оценки диастолической функции.

По результатам МР-исследования больных с ХСН были выявлены церебральная атрофия, ЛА, постинсультные кистозно-глиозные изменения. Наиболее часто встречался перивентрикулярный ЛА в виде «шапочек» около рогов боковых желудочков и тонких линий вдоль желудочков (1 и 2 ст. согласно Fazekas rating scale), единичные очаги субкортикального ЛА размером 10-20 мм или очаги объединенные «мостиком» – 2 ст. по Fazekas rating scale. Наибольшее число очагов локализовалось в лобных и теменных долях. Атрофия височной доли в 74% случаях соответствовала легкой и в 18% средней степени согласно Scheltens Scale. Была отмечена зависимость количества очагов ЛА от ФВ ЛЖ в лобных долях, левых височной и теменной, правой затылочной ($p < 0,05$), левой теменной доле ($p < 0,001$), а также выраженности перивентрикулярного ЛА ($p < 0,05$) и атрофии медиальных отделов височной доли ($p < 0,06$) от ФВ ЛЖ.

Когнитивные нарушения были выявлены в 92,85% в группе с низкой ФВ и 73,98% – с сохраненной ФВ. У большинства больных имелось нарушение нескольких когнитивных функций, с доминированием того или иного типа расстройств. Наиболее распространенным оказался комбинированный тип – 45,24 % в группе с низкой ФВ и 49,32 % в группе с сохраненной ФВ. Вторым по частоте у пациентов с низкой ФВ был лобно-дизрегуляторный вариант 36,90%, у пациентов с сохраненной ФВ – амнестический - 15,06%. При лобно-дизрегуляторных и комбинированных когнитивных нарушениях отмечалась более низкая приверженность к лечению.

Была отмечена взаимосвязь ухудшения беглости речи со снижением ФВ ЛЖ (семантическая и фонематическая беглость речи $p < 0,05$) и замедлением ВИВР, ухудшение (фонематической беглость речи - $p < 0,05$). Ухудшение психомоторной скорости и зрительно-пространственных функций ассоциировалось с увеличением степени стеноза сонных артерий ($p < 0,05$). Снижение памяти в большей степени зависело от ФВ ЛЖ ($p < 0,001$), чем от стенозов прецеребральных артерий ($p < 0,05$) и ухудшения диастолической функции ($p < 0,05$).

Выводы. Клиническая картина ДЭ проявляется уже на ранних стадиях ХСН, когда систолическая функция остается сохранной. Для пациентов с ХСН характерны нейровизуализационные признаки ДЭ с преобладанием перивентрикулярного и субкортикального ЛА лобных долей над атрофическими изменениями, постинсультные кистозно-глиозные изменения различной локализации. Наиболее чувствительными при прогнозировании развития когнитивных нарушений являются показатели систолической функции сердца (ФВ ЛЖ и в меньшей степени локальный индекс гипокинезии), наличие атеросклеротического поражения прецеребральных артерий. Появление и прогрессирование комплекса когнитивных расстройств лобно-дизрегуляторного типа ассоциируется с низкой приверженностью к лечению.

Литература:

1. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. / М.: Изд-во МГУ. 1973. 234 с.
2. Национальные Рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр).// Сердечная недостаточность. 2013. Том 14. № 7(81). С. 379-472.

3. Сопоставление клинических и МРТ-данных при дисциркуляторной энцефалопатии. Сообщение 2. Когнитивные нарушения/ Н.Н. Яхно, И.В. Дамулин, О.С. Левин// Неврологический журнал. 2004. № 3. с.10-19.

4. Impact of white matter hypertensities scoring method on correlation with clinical data: the LADIS study./ Elisabeth C.W., Van Straaten et al.// Stroke. March 2006. 37. p. 836-40.

5. National Institute of Neurological Disorders and Stroke—Canadian Stroke Network Vascular Cognitive Impairment Harmonization Standards Vladimir Hachinski, Costantino Iadecola, Ron C. Petersen, Monique M. Breteler, David L. Nyenhuis, Sandra E. Black, William J. Powers, Charles DeCarli, Jose G. // Stroke. 2006. № 37. с. 2220-2241.

6. Periventricular lesions in the white matter on MRI in the elderly./ Van Swieten J. C., van den Hout J. H., van Ketel B. A. // Brain. 1991. Vol. 114. Pt. 2. P. 761—774.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 1560 НМ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В СИСТЕМЕ МАЛОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ

Янушко В.А.¹, Роговой Н.А.², Турлюк Д.В.¹, Климчук И.П.²,
Калинин С.С.², Комиссаров В.В.²

1 – РНПЦ «Кардиология» г. Минск, Республика Беларусь,
2 – УЗ «4-я ГКБ им.Н.Е.Савченко» г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Анатомия вен подколенной ямки отличается значительной вариабельностью, что и является причиной осложнений во время хирургических вмешательств, выполняемых в этой зоне. Это объясняется разнообразием вариантов топографии малой подкожной вены (МПВ), непостоянством уровня расположения сафено-поплитеального соустья (СПС). Сафенопоплитеальный рефлюкс выявляется у 20-25% пациентов с варикозной болезнью. Частота случаев повреждения сосудов и нервов намного выше при удалении МПВ, чем во время операций на большой подкожной вене (БПВ).

Цель. 1. Изучить отдаленные результаты традиционной комбинированной флебэктомии при варикозной болезни нижних конечностей в системе малой подкожной вены. 2. Возможности эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК) с длиной волны 1560нм в комплексном лечении варикозной болезни нижних конечностей в системе малой подкожной вены.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения варикозной болезни нижних конечностей в системе МПВ на базе отделения сосудистой хирургии «УЗ 4 ГКБ им.Н.Е.Савченко» г. Минска за 2009-2010гг. и проспективный анализ ЭВЛК МПВ за 2014 год. За период с 2009 по 2010 годы выполнено 205 традиционной флебэктомий МПВ. Возраст пациентов варьировал от 18 до 73 лет. Мужчин было 105(51,2%), женщин – 100 (48,8%). За 2014 год выполнено 84 ЭВЛК МПВ, 3 - вены Giasomini. Диаметр МПВ 0,65 см (0,2-1,7), вены Giasomini 0,6 (0,4-0,8). Средняя длительность операции 38 мин (27-65). Все ЭВЛК выполняли при визуализации процесса воздействия с помощью интраоперационного УЗИ.

Результаты и обсуждение. Установлено, что при «классической» флебэктомии у 17,6% пациентов кроссэктомия МПВ выполнена с оставлением культи 17-30мм. У 23,5% МПВ удалена до подколенной складки, но далее продолжалась на бедро как проксимальная ветвь или вена Giasomini с рефлюксом по последней. У 23,6% МПВ удалена до с/3 голени, у 5,9% до в/3 голени. У 29,4% пациентов МПВ удалена на всем протяжении. При ЭВЛК МПВ, вены Giasomini – коагулированы на всем протяжении, не зависимо от анатомических особенностей.

Выводы

1. Результаты традиционного хирургического лечения варикозной болезни в системе МПВ являются неудовлетворительными.

2. Отсутствует метод хирургического удаления вены Giasomini, который удовлетворял бы современным требованиям.

3. ЭВЛК МПВ и вены Giacomini с обязательным интраоперационным УЗИ контролем является эффективным и безопасным методом лечения варикозной болезни нижних конечностей в системе малой подкожной вены с высоким клиническим и косметическим результатом.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ФЛЕБОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Янушко В.А., Сушков С.А., Небылицин Ю.С., Климчук И.П., Турлюк Д.В.

*ГУ РНПЦ «Кардиология», УО «Витебский государственный медицинский университет»,
г. Минск, г. Витебск, Беларусь*

Цель. Оценка уровня оказания помощи пациентам с заболеваниями вен нижних конечностей в Республике Беларусь.

Материал и методы. Для определения основных тенденций, складывающихся в Беларуси, при оказании помощи пациентам страдающим заболеваниями венозной системы изучены статистические показатели хирургической службы республики. Проанализированы также результаты анкетирования хирургов из разных регионов и представляющих как стационарные, так и амбулаторные учреждения.

Результаты. Проведенный анализ показал, что во многих клиниках Республики Беларусь накоплен большой опыт оказания помощи пациентам с заболеваниями вен нижних конечностей, внедряются и продолжают разрабатываться новые методы диагностики и лечения. Современные миниинвазивные технологии стали доступными для населения во всех регионах республики. Отмечается существенное повышение профессионального уровня в данном разделе как ангиохирургов, так и хирургов общего профиля. Постоянно растет количество оперативных вмешательств с применением эндоваскулярной лазерной абляции. Широко применяются склеротерапия. Увеличивается количество пластических операций при трофических язвах, стали доступны биотехнологические методики с использованием мезенхимальных стволовых клеток. В то же время приходится констатировать, что наличие большого количества пациентов с ХЗВ требует существенного увеличения объема оказываемой помощи. Остаются актуальными вопросы внедрения и использования в практической деятельности единых классификаций заболеваний, разработки современных стандартов диагностики и лечения патологии венозной системы, широкого внедрения малоинвазивных технологий оперативного лечения, широкого внедрения методов эндоваскулярной профилактики тромбоза легочной артерии, широкого внедрения реконструктивных и эндоваскулярных вмешательств при ПТБ, широкого внедрения в клиническую практику стационарзамещающих технологий, улучшения диспансеризации пациентов с ХЗВ, разработки и внедрения системы реабилитации.

Заключение. В последние годы в республике достигнуты существенные успехи в развитии флебологической помощи населению. С целью дальнейшего совершенствования данного направления необходимо продолжить открытие региональных флебологических центров и отделений, а также активизировать работу по переподготовке кадров по данной тематике в учреждениях образования осуществляющих последипломное обучение. Сосредоточение в региональных центрах современного оборудования и высококвалифицированных кадров позволит не только улучшить результаты лечения, но и более рационально использовать финансовые ресурсы здравоохранения.

ОСТРЫЙ ФЛЕБОТРОМБОЗ, ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ФЛОТАЦИИ И ФЛЕГМАЗИИ

Янушко В.А.,¹ Турлюк Д.В.¹, Климчук И.П.², Хрыщанович В.Я.^{2,3}, Калинин С.С.², Комиссаров В.В.²

*1 – Республиканский научно-практический центр «Кардиология»,
2 – УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко»²,
3 – УО «Белорусский государственный медицинский университет»,³
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Эмболоопасный флеботромбоз в системе нижней полой вены и осложненный острой венозной недостаточностью является серьезной проблемой современной сосудистой хирургии. Несмотря на значительное количество публикаций, научно обоснованных руководств и внедрение в клиническую практику современных методов лечения, проблема предупреждения ТЭЛА и снижение частоты и тяжести посттромботической болезни остается до конца не решенной. В частности, вопросы связанные с показаниями системному тромболитису, наиболее приемлемым режимом антикоагулянтной терапии, а также улучшение методов хирургического лечения, остаются до конца неопределенными.

Цель. Провести анализ частоты осложнения флеботромбоза в системе нижней полой вены, осложненного эмболоопасной флотацией и острой венозной недостаточностью, провести анализ эффективности хирургического лечения для предупреждения ТЭЛА и системного тромболитизиса при венозной флегмазии.

Материалы и методы. Проведен анализ 176 случаев заболевания тромбоза глубоких вен (ТГВ) в отделении сосудистой хирургии УЗ «4-я ГКБ им. Н.Е. Савченко» в 2013-2014гг. и в отделении осложненной сосудистой хирургии УЗ «4-я ГКБ им. Н.Е. Савченко» в 2014г. Из 176 пациентов, проходивших лечение 4 ГКБ им. Н.Е. Савченко 55% были мужчины, 45% – женщины. В возрасте < 40 лет были 16% пациентов, 41-50 лет – 21%, 51-60 лет – 30%, 61-70 лет – 10%, старше 70 лет – 23%. У 27% пациентов был диагностирован ТГВ с флотацией тромба, у 3% пациентов ТГВ был осложнен венозной флегмазией. В 70% случаев было проведено консервативное лечение, в 25% – хирургическое и консервативное лечение, в 2% выполнена имплантация кава-фильтра, в 3% – системный тромболитизис. В 22 случаях выполнено лигирование вены, в 20 – тромбэктомия с лигированием вены, в 2 случаях – пликация вены.

Результаты и обсуждение. В результате анализа был подтвержден высокий процент осложнения венозного тромбоза в системе нижней полой вены эмболоопасной флотацией тромба, при этом хирургическое лечение остается надежным методом предупреждения ТЭЛА. Необходимо отметить, что лигирование вены в проксимальном отделе нижней конечности в послеоперационном периоде с высокой частотой приводит к возникновению посттромботической болезни (ПТБ). В связи с этим необходимо усовершенствовать методы хирургического лечения для снижения частоты и тяжести ПТБ в послеоперационном периоде. У пациентов с флеботромбозом, осложненным венозной флегмазией, применялся системный тромболитизис. Стоит отметить, что в 4 случаях из пяти проявление симптомов заболевания, таких как болевой синдром, выраженный отек, гиперемия кожных покровов, снизилось непосредственно после проведения процедуры системного тромболитизиса, а при выполнении ультразвукового исследования вен ног на следующий день после процедуры тромболитизиса наблюдалось снижение распространения тромбоза и наличие реканализации тромба во всех 5 случаях.

Выводы. Лигирование глубоких вен при эмболоопасном ТГВ нижних конечностей является надежным методом предупреждения ТЭЛА, но с высокой частотой вызывает ПТБ в послеоперационном периоде, что наталкивает на совершенствование методов хирургического лечения ТГВ. Системный тромболитизис остается актуальным и надежным методом лечения распространенного ТГВ нижних конечностей с острой венозной недостаточностью.

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ КОНКУРИРУЮЩЕМ ПОРАЖЕНИИ НЕ-
СКОЛЬКИХ АРТЕРИАЛЬНЫХ БАССЕЙНОВ**

Янушко В.А., Исачкин Д.В., Турлюк Д.В.

РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь

Цель работы: определить оптимальную тактику лечения пациентов с конкурирующим сочетанным поражением каротидных артерий, артерий нижних конечностей и сердечной патологией.

Материалы и методы: в РНПЦ «Кардиология» с 2006 по 2014 гг. прооперировано 34 пациента с сочетанным поражением артерий нижних конечностей, сонных и коронарных артерий. Средний возраст больных составил 62,3±8,3 лет.

Распределение пациентов по характеру патологии было следующим:

Патология сердца			Патология брахиоце- фальных артерий		Поражение артерий нижних конечно- стей		Сопутствующая па- тология		
ИБС СН ФК III+	ИМ	Поражение клапанов сердца	2-хстороннее поражение ВСА>75%	ХНМК IV ст.	IIб ст.	III+ ст.	Сахар. диабет	ХПН	АГ
26 77%	28 82%	4 12%	12 35%	5 15%	30 88%	4 12%	9 26%	7 21%	34 100%

Всем пациентам в предоперационном периоде выполнен полный комплекс лабораторно-инструментальных исследований.

30 (88%) пациентов с ХАН н/к 2б ст. были прооперированы в 2 этапа. 1-м этапом была выполнена операция аорто-коронарного шунтирования с каротидной эндартерэктомией на стороне большего поражения. 2-м этапом выполнялась реваскуляризирующая операция на артериях нижних конечностей (преимущественно бедренно-подколенное шунтирование).

4 (12%) пациента были прооперированы одномоментно. Им было выполнено следующее одномоментное хирургическое вмешательство: аорто-коронарное шунтирование на работающем сердце + каротидная эверсионная эндартерэктомия + бедренно-подколенное аутовенозное шунтирование по методике in situ.

Показанием к одномоментному хирургическому лечению считали высокой степени симптомные стенозы сонных артерий (ХНМК ≥III) и/или их двустороннее поражение в сочетании со стенокардией ≥ФК III + поражение артерий нижних конечностей в стадии критической ишемии. В этих случаях данная тактика позволяет избежать возможных сосудистых осложнений со стороны некоррегируемой зоны.

Эверсионная каротидная эндартерэктомия была выполнена у 30 (88%) пациентов, открытая каротидная эндартерэктомия с пластикой заплатой – у 4 (12%). В условиях временного шунта на сонных артериях операций не было.

Среднее количество шунтов при АКШ составило 2,6 (от 1 до 5). На работающем сердце было выполнено 11 (32%) операции. Помимо реваскуляризации миокарда 4 (1%) пациентам была выполнена пластика МК.

Результаты.

Послеоперационная летальность составила 2,9% (1 пациент). Летальности от ОНМК не было. Случаев тромбоза шунтов после операций на артериях нижних конечностей не было.

ОНМК развилось у 2 (5,8%) пациентов. У 1 развилась транзиторная ишемическая атака с последующим полным регрессом неврологической симптоматики, у 1 – нелетальный инфаркт головного мозга.

В раннем послеоперационном периоде осложнения отмечены у 11 (32%) пациентов: пароксизмы мерцательной аритмии – у 2 (6%); постперикардиотомный синдром, потребовавший

плевральных пункций – у 7 (20%); декомпенсация сахарного диабета – 1 (3%), диастаз грудины – 1 (3%).

Средний срок пребывания в стационаре после операции составил 11,5 суток.

После одномоментных операций на 3-х сосудистых бассейнах в раннем послеоперационном периоде не было случаев смерти, развития ИМ, ОНМК, тромбоза шунтов нижних конечностей.

Заключение:

1. Показатели летальности, частота развития ОНМК и других осложнений в послеоперационном периоде после одномоментных операций не превышают аналогичные показатели после этапных вмешательств.

2. У пациентов с клиникой конкурирующего поражения коронарных, каротидных артерий и артерий нижних конечностей возможно выполнение сложных одномоментных оперативных вмешательств, что позволяет избежать потенциальных осложнений со стороны некоррегируемого бассейна.

3. При двухстороннем поражении брахиоцефальных артерий и коронарных артерий, а также при сопутствующей ХАН нижних конечностей 2б ст. считаем обоснованным этапное оперативное лечение.

ЭНДВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Янушко В.А.¹, Климчук И.П.², Турлюк Д.В.¹, Роговой Н.А.², Соломевич С.И.²

1 – РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь

2 – УЗ «4-я ГКБ им.Н.Е.Савченко», г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. По данным ВОЗ варикозной болезнью страдает каждый третий взрослый человек планеты. В РБ насчитывается более 2 миллионов человек с варикозным расширением поверхностных вен. Трофические нарушения наблюдаются у 2% от общего количества населения.

Цель.

1. Проанализировать отличия эффектов воздействия на биоткань лазерного излучения (ЛИ) с длинами волн 1470 и 1560 нм с позиций их физических свойств.

2. Определить клиническое значение выявленных отличий на основе опыта применения указанных длин волн лазерного излучения при лечении варикозной болезни нижней конечности.

Материал и методы. Лазерные световоды с длиной волн 1470 и 1560 нм обладают следующими свойствами: эффективность утилизации энергии ЛИ – доля энергии ЛИ, поглощенного единицей объема поглощающей среды, в которой возникает первичный термический эффект. Эффективность утилизации энергии лазерного излучения на 1 мм водной среды: для 1470 нм – 93%; ЛИ 1560 нм – 64%. Объем эффективной утилизации энергии ЛИ (мм³) – объем поглощающей среды, в котором возникает первичный термический эффект: для 1470нм – 1,6мм³; ЛИ 1560нм – 5,8мм³. Целевая температура не зависит от типа передаваемой энергии. Целевой объем водной среды, превышающий объем эффективной утилизации нагревается за счет эффекта вторичной теплопроводности. Время нагрева в целевом объеме определяется временем вторичной теплопередачи. Таким образом, при целевых объемах среды существенно превышающих объемы эффективной утилизации: 1) достижение целевой температуры будет обеспечиваться вторичным тепловым эффектом для обоих видов ЛИ; 2) для нагрева равных целевых объемов необходимо сообщить одинаковые дозы энергии при равных параметрах мощности.

На базе отделения сосудистой хирургии «4 ГКБ им. Н.Е.Савченко» г.Минска за 2014 год было выполнено 319 процедур ЭВЛК с использованием световода с длиной волны 1560 нм. Из них 216 БПВ, 84 МПВ, 19 притоков. Диаметр БПВ 1,1 см (0,4-2,2), диаметр МПВ 0,65 см (0,2-1,7). Все ЭВЛК выполняли при визуализации процесса воздействия с помощью интрао-

перационного УЗИ. Количество осложнений составило 0,9% (3 случая). Из них: тромбоз глубоких вен ног – 1 случай, неадекватная коагуляция СФС – 2 случая.

Результаты и обсуждение. Динамика первичного нагрева ЛИ 1470 нм выше в 3.6 раза, чем ЛИ 1560 нм, за счет меньшего объема эффективной утилизации. Доза необходимой энергии у ЛИ 1560 нм на 10-12% выше, чем у ЛИ 1470 нм, за счет большего объема эффективной утилизации и феномена тепловой реабилитации. Феномен «залипания» световода в вене вследствие локальной карбонизации у ЛИ 1560 нм меньше, у ЛИ 1470 нм больше. Обращает на себя внимание тот факт, что при увеличении диаметра вены тепловой эффект определяется вторичной теплопроводностью и не зависит от вида ЛИ.

Выводы

1. На основании проведенного анализа и полученного опыта можно сделать вывод о клинической эквивалентности ЛИ 1470 и 1560 нм.

2. Различий между ЛИ 1470 и 1560 нм в ближайшем и отдаленном периоде наблюдений не выявлено.



ПОЧУВСТВУЙ БУДУЩЕЕ. НАЧНИ СЕЙЧАС

Новый взгляд на антиагреганты

 **БРИЛИНТА®**
тикагрелор таблетки

Информация для работников здравоохранения. Имеются противопоказания. Перед назначением препарата ознакомьтесь, пожалуйста, с полной инструкцией по медицинскому применению.

000 АстраЗенка Фармасьютикалз 125284, г. Москва, ул. Беговая 3, стр. 1. Тел. +7 (495) 799 56 99. Факс +7 (495) 799 56 98 www.astrazeneca.ru
BRI-285.601.011-11/08/2014

AstraZeneca 

Angioline

Interventional device

"Мы производим стенты с 2009 года. Мы делаем стентирование экономически доступным. На сегодняшний день имплантировано около 20 000 стентов в 50 клиниках более чем в 20 регионах России."

Андрей Кудряшов — основатель компании Angioline Interventional Device,
декабрь 2013 года.

Коронарный стент «Калипсо» из сплава Co-Cr собственного дизайна с лекарственным покрытием. По результатам испытаний превосходит западные аналоги по гибкости и радиальной устойчивости и входит в группу лучших по показателю посутонного выделения агента.
ISO 9001, ISO 13485

РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ КАРДИОЛОГИИ



Запросить результаты испытаний, информацию о продукции или образцы на апробацию вы можете по адресам:

630090, г. Новосибирск
ул. Инженерная, 18
тел./факс: +7 (383) 363-97-21, 363-97-62
e-mail: info@angioline.ru
или на сайте www.angioline.ru

109612, г. Москва
Новая площадь, 6
этаж 5, офис 16
тел. +7 (495) 995-06-88.

Cordis **ADROIT**[®] Проводниковый катетер – 6F



Самый большой внутренний диаметр* при оптимальной поддержке.
6F .072" ID **ADROIT**[®] проводниковый катетер

* по данным Кордис на 01.06.2014 среди проводниковых катетеров
Регистрационное удостоверение NoPЗН2014/1570
Товар сертифицирован. Для медицинских специалистов.

ЗАО «Фармацевтическое предприятие «Оболенское» (ФП «Оболенское»)

основано в сентябре 1994 г. на базе Государственного Научного Центра Прикладной Микробиологии.



Наша миссия заключается в том, чтобы своей деятельностью способствовать развенчанию мифа о превосходстве зарубежных фармацевтических продуктов над российскими.

Для нас важно быть инновационной и клиенто-ориентированной компанией, прозрачной и открытой для инвесторов, интересной и привлекательной для специалистов фармацевтического рынка.



В 2013 г. «ФП «Оболенское» успешно прошло два внешних аудита, подтверждающих соответствие качества выпускаемой продукции и системы менеджмента качества (СМК) требованиям международных стандартов GMPEU и ISO. Построение интегрированной системы управления качеством в соответствии с требованиями и условиями GMP и стандартами ISO объясняется активным развитием компании для увеличения выпуска лекарственных средств.

В конце 2013 г. на основе производственного предприятия «Оболенское» создан фармхолдинг «Алванса», основными акционерами которого в настоящее время являются «Газпромбанк» и инвестиционный фонд UFG Private Equity.

В апреле 2014 г. в состав Холдинга вошла компания ООО «Сегмента Фарм». Таким образом, ФП «Оболенское» расширяет свой ассортимент за счет препаратов, не ограниченных объемом собственного производства.

«Сегмента Фармацевтика» — перспективная компания с интересным портфелем инновационных лекарственных препаратов (Максилак®, Адекта®, Флорагин®, Эвакью®, Тромбовазим®), многие из которых не имеют аналогов на российском рынке.

В продуктовом портфеле объединенной компании насчитывается более 100 наименований лекарственных препаратов, которые отвечают всем современным стандартам качества, эффективности и безопасности: препараты для лечения сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний желудочно-кишечного тракта, противоаллергические, противовирусные средства, а так же препараты других клинических направлений. Следуя тенденциям потребительского спроса, ассортимент препаратов постоянно расширяется.

«ФП «Оболенское» выпускает и широкий спектр социально значимых лекарств. Бюджетный департамент предприятия осуществляет поставки во все регионы Российской Федерации по Региональным и Федеральным программам обязательного лекарственного обеспечения (ОНЛС), а также централизованным госпитальным закупкам.



Российский плоскопанельный ангиографический комплекс - доступное и универсальное решение для специализированных и многопрофильных медицинских организаций, которое позволяет закрыть большую часть потребностей ЛПУ в области стандартных рентгенохирургических процедур.

**IT решения****Возможности:**

- ✓ Ангиокардиографии (вентрикулография)
- ✓ Коронарография
- ✓ Ангиография сонных артерий
- ✓ Аортография
- ✓ Церебральная ангиография
- ✓ Ангиография сосудов грудной и брюшной областей, верхних и нижних конечностей
- ✓ Флебография
- ✓ Ангиопластика, стентирование, баллонная дилатация сосудов любой локализации, исключая сосуды головного мозга
- ✓ Установка кава-фильтров
- ✓ Шунтирование
- ✓ Интервенционная аритмология и электрофизиология
- ✓ Имплантация электрокардиостимулятора; имплантация кардиовертера/дефибриллятора; имплантация событийного монитора
- ✓ Электрофизиологическое исследование (ЭФИ) брадиаритмий с имплантацией любых типов электрокардиостимуляторов, кардиоресинхронизирующих устройств
- ✓ Имплантация окклюдера в ушко левого предсердия при постоянной форме фибрилляции предсердий для профилактики инсульта

- ✓ Ангиографическая система типа С-дуга с напольным креплением штатива
- ✓ Новейшая система визуализации на базе плоскопанельных детекторов, не уступающая по своим функциональным возможностям лучшим мировым аналогам
- ✓ Русскоязычный интерфейс консоли управления и ПО обработки изображений

www.electronray.com

IV Международный медицинский научно-практический Форум

**АНГИОЛОГИЯ: ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСУДОВ.
ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ КАРДИОЛОГИЯ**

V специализированная выставка «Уралмедфарм»

КАТАЛОГ УЧАСТНИКОВ

АЛФАВИТНЫЙ СПИСОК УЧАСТНИКОВ ФОРУМА

Aspen Health.....	137
Ethicon, ООО «Джонсон & Джонсон».....	137
Pfizer Н.С.Р. Corporation.....	138
www.med74.ru МЕДИЦИНСКИЙ ПОРТАЛ ЧЕЛЯБИНСКА	138
БАЙЕР, ЗАО	139
Гедеон Рихтер, ОАО	139
КОРДИС, ООО «Джонсон & Джонсон».....	139
КЛИНИКА СОВРЕМЕННОЙ ФЛЕБОЛОГИИ	141
КРКА ФАРМА, ООО.....	142
НаноМед, ООО.....	142
НОРК-МАРАШ, Медицинский Центр	143
«Оболенское» Фармацевтическое предприятие, ЗАО.....	145
«Сотекс» ФармФирма, ЗАО.....	145
«Техно-Ком» Инжиниринговая компания, ООО.....	146
«ФОТЭК», ЗАО.....	146
Эколаб, ЗАО.....	146
«Электрон» НИПК.....	147
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России (г. Челябинск)	149

ASPEN HEALTH

123317, Москва, БЦ «Империя Тауэр»
Пресненская наб. 6/2, 31 этаж
Телефон: +7 495 969 20 51; +7 495 969 20 52
Факс: +7 495 969 20 53
<http://www.aspenpharma.com>



Аспен-интернациональная компания, производящая оригинальные и генерические фармацевтические препараты. Аспен-компания с давней историей, которая берет свое начало более чем 160 лет назад. Сегодня компания уже поставляет свои продукты более чем в 150 стран мира. Новым этапом развития Аспен стал выход на фармацевтический рынок России и СНГ. Выход Аспен на Европейский рынок и в РФ был начат с приобретения портфеля препаратов компании ГлаксоСмитКляйн с производственными площадками в Германии, Франции, Нидерландах. Антитромботический портфель компании Аспен включает потенциальные и жизненно-необходимые препараты-Фраксипарин и Арикстра. Мы поставляем в Россию и СНГ препараты, произведенные в Европе.

ETHICON, ООО «Джонсон & Джонсон»

121614 г. Москва, ул. Крылатская, 17, корп. 3
Телефон: +7 (495) 580 77 77
Факс: +7 (495) 580 78 78
<http://www.jnj.ru>



Подразделение Ethicon компании ООО «Джонсон & Джонсон» – это известный во всем мире производитель шовных материалов и других инновационных решений для закрытия хирургических ран.

Основные продукты – современные хирургические шовные материалы, высокотехнологичные решения для герниопластики, кожные клеи и дренажи, которые применяются практически во всех областях открытой хирургии и эндохирургии.

Нерассасывающиеся синтетические нити, широко используются специалистами, в первую очередь, в сердечно-сосудистой и торакальной хирургии.

Особое место в портфеле Ethicon занимают продукты для сердечно-сосудистой хирургии. Шовные материалы PROLENE и ETHIBOND EXCEL выбираются при операциях АКШ и хирургии врожденных и приобретенных пороков сердца (в том числе замена клапанов сердца).

Закрытые дренажные системы BLAKE значительно снижают дискомфорт пациентов после кардиохирургических вмешательств. В 2012 году Ethicon представил инновационную разработку – хирургическую иглу Everpoint, созданную специально для использования в сердечно-сосудистой хирургии.

Рассасывающийся шовный материал Vicryl – это качественная универсальная нить с превосходными манипуляционными свойствами, повсеместно используемая гинекологами и общими хирургами.

Важным инструментом борьбы с послеоперационными осложнениями является семейство PLUS-нитей с антибактериальным покрытием Irgasare (Триклозан).

PFIZER H.C.P. CORPORATION

123317 Moscow Russia
10, Presnenskaya nab.
24 floor, BC "Naberezhnaya Tower" (Block C)
Телефон: +7 495 287 53 91
Факс: +7 495 287 52 39,
Http://www.pfizer.com



Компания Pfizer – лидер мирового фармацевтического рынка. Компания Pfizer направляет все свои усилия на то, чтобы развивать и совершенствовать систему медицинской помощи в мире, улучшать здоровье миллионов людей, обеспечивая их безопасными, эффективными инновационными лекарственными средствами. Сегодня компании принадлежит ведущий портфель инновационных препаратов для лечения и профилактики различных заболеваний. Pfizer занимает лидирующее положение в области разработки новых препаратов для лечения диабета, онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний.

Мы твердо уверены в том, что обеспечить гарантированный доступ населения к новейшим лекарственным средствам и качественной медицине можно только путем организации совместной работы со всеми звеньями системы здравоохранения – от пациентов до врачей, от местных учреждений здравоохранения до международных правительственных и неправительственных организаций.

www.med74.ru

МЕДИЦИНСКИЙ ПОРТАЛ ЧЕЛЯБИНСКА

454008 г. Челябинск, Комсомольский пр-т, 11, оф. 83
Телефон: (351) 270-42-25,
Факс: (351) 217-90-35
E-mail: info@med74.ru
<http://www.med74.ru>



Медицинский портал Med74.RU – информационно-справочный ресурс о медицине Челябинска. Более 6 лет портал является лидирующим по посещаемости среди медицинских ресурсов Челябинской области (до 10 000 уникальных посетителей/сутки).

Аудитория портала – люди, заботящиеся о своем здоровье, интересующиеся медициной. Посетители используют портал как справочную систему для ответа на вопрос «Куда пойти лечиться?». Основная информация портала – справочник медицинских учреждений, бесплатные консультации врачей, отзывы пациентов, прайс-листы клиник, статьи специалистов, новости, личные страницы врачей и многое другое.

С порталом Med74.RU работают ведущие клиники Челябинска, главные специалисты города и области. Нас знают врачи и пациенты! Присоединяйтесь!

БАЙЕР, ЗАО

107113, Москва, 3-я Рыбинская, д.18, строение 2
Телефон: +7 (495)231-12-00
Факс: +7 (495)231-12-02
E-mail: communications.russia@bayerhealthcare.com
<http://www.bayerhealthcare.ru>
<http://www.bayerpharma.ru>

Компания объединяет глобальную деятельность подразделений Pharmaceuticals (фармацевтические препараты), Consumer Care (препараты безрецептурного отпуска), Medical Care (лечение и экспресс-диагностика сахарного диабета + инъекционные системы) и Animal Health (здоровье животных). В компании Bayer HealthCare занято свыше 50 тысяч сотрудников по всему миру.

Цель Bayer HealthCare – создавать и производить инновационные препараты, способствующие улучшению здоровья людей и животных во всем мире. Продукты Bayer HealthCare улучшают здоровье и качество жизни, помогая диагностировать, предупреждать и лечить заболевания.

ГЕДЕОН РИХТЕР, ОАО

119049, г. Москва, 4-й Добрынинский переулок, д.8
Телефон: +7(495) 987-15-55
Факс: +7(495) 987-15-56
E-mail: centr@g-richter.ru
<http://www.g-richter.ru>



Компания «Геден Рихтер» входит в число крупнейших производителей лекарственных препаратов в Центральной и Восточной Европе. Компания занимается производством и маркетингом готовых продуктов, активных субстанций и промежуточных соединений, а также исследовательской деятельностью в сфере фармацевтических препаратов.

КОРДИС, ООО «Джонсон & Джонсон»

121614 г. Москва, ул. Крылатская, 17, корп. 3
Телефон: +7 (495) 580 77 77
Факс: +7 (495) 580 78 78
<http://www.cordis.com>



Корпорация Кордис, входящая в группу компаний Джонсон & Джонсон – один из мировых лидеров в разработке технологий и производстве продукции для рентгенэндоваскулярной хирургии. Благодаря инновационному подходу и научно-исследовательской деятельности корпорации Кордис интервенционные хирурги могут оказывать помощь миллионам пациентов, страдающим от сердечно-сосудистых заболеваний по всему миру. На протяжении более чем 50 лет существования корпорация Кордис постоянно ищет возможности для совершенствования продуктовой линейки, добавляя в нее устройства, которые смогут предложить новые решения для малоинвазивных вмешательств.

Продукция Кордис используется при рентгенэндоваскулярных методах диагностики и лечения ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда, заболеваний сонных и периферических артерий, а также венозной тромбоэмболии.

Среди основных продуктов можно выделить диагностические и интервенционные катетеры и проводники, устройства для закрытия места пункции, стенты для периферических артерий, баллонные катетеры, устройства для прохождения хронических окклюзий и венозные фильтры.

В ближайшее время на российском рынке будет представлено новое поколение гибких периферических артериальных и венозных стентов, баллонных катетеров для периферических сосудов, и стент-графт для лечения аневризм брюшной аорты.



КЛИНИКА
СОВРЕМЕННОЙ
ФЛЕБОЛОГИИ

КЛИНИКА СОВРЕМЕННОЙ ФЛЕБОЛОГИИ
г. Челябинск, ул. К. Маркса, 52
Web: www.лечимварикоз.рф
Тел.: (351) 777-999-2

Клиника современной флебологии является одним из ведущих венозных центров не только в Челябинске, но и далеко за его пределами. Мы используем самые передовые технологии в лечении хронических заболеваний вен нижних конечностей. Все методы, которые мы применяем, являются безопасной и эффективной альтернативой болезненной открытой операции и утверждены Российскими, Европейскими и Североамериканскими стандартами лечения пациентов с варикозным расширением вен. Эти методики уникальны тем, что выполняются амбулаторно, практически не требуют время на восстановление, являются безболезненными и не оставляют рубцов на Вашей коже.

Десять причин, почему пациенты предпочитают Клинику современной флебологии:

- здесь Вы получаете высококвалифицированную медицинскую помощь при всех формах заболеваний венозной системы – от ранних стадий до тяжелых трофических расстройств;
- каждому пациенту после лечения магистральных вен выдается документальная гарантия на результат;
- мы предлагаем широкий выбор вариантов лечения венозной системы, которые позволяют вернуться к нормальному образу жизни в кратчайшие сроки;
- наши пациенты лечатся без госпитализации в удобных и комфортных условиях;
- мы предоставляем диагностические и лечебные услуги с применением самого современного оборудования и техники;
- специально для Вас разрабатывается персональный план лечения, основанный на индивидуальном подходе;
- мы применяем только те методы, которые утверждены Российскими, Европейскими и Североамериканскими рекомендациями по лечению пациентов с заболеваниями вен, и в настоящее время признанными в качестве “золотого стандарта”;
- мы располагаемся в удобном месте в самом центре города, в 2-х минутах ходьбы от оперного театра;
- клиника современной флебологии является двуязычным объектом со свободным владением английским языком, что позволяет нам лечить пациентов не только из России, но и из других стран;
- мы не жалеем времени, чтобы выслушать каждого пациента и ответить на все интересующие вопросы. Наш преданный и дружелюбный персонал всегда рад Вам помочь!

Клиника современной флебологии постоянно стремится к совершенству! Пожалуйста, не стесняйтесь позвонить нам по телефону (351) 777-999-2, если захотите улучшить свое здоровье и внешний вид Ваших ног. Мы работаем для Вас!

КРКА ФАРМА, ООО

123022, Москва, ул.2-я Звенигородская, д.13, стр.41
Телефон: +7 (495) 981-10-95
Факс: +7 (495) 981-10-91
E-mail: info.ru@krka.biz
[http:// www.krka.ru](http://www.krka.ru)



История международной фармацевтической компании КРКА началась более 50 лет назад, когда в г. Ново Место была открыта небольшая аптечная лаборатория. Сегодня КРКА входит в число ведущих производителей дженериков в мире. Продукция компании представлена более чем в 70 странах.

Основное преимущество всей продукции компании КРКА – это высокое качество. Все препараты компании производятся с соблюдением строгих правил и требований, предъявляемых к производству лекарственных средств международными стандартами GMP. Ассортимент выпускаемых изделий включает рецептурные и безрецептурные препараты, ветеринарную продукцию, а также компания КРКА предоставляет услуги курортного лечения на территории Словении.

Более 40 лет компания КРКА поставяет свою продукцию в Россию, за эти годы продукция КРКА завоевала доверие потребителей и уважение партнеров.

НаноМед, ООО

440068, г. Пенза, ул. Центральная, 1
Телефон: 8412380959, 89272897449
Факс: 8412380663
E-mail: nanomed_penza@mail.ru
[http:// www.medeng.ru](http://www.medeng.ru)



ООО «НаноМед» входит в группу компаний ЗАО НПП «МедИнж». С 2010 г. серийно производятся коронарные стенты из кобальтохромового сплава и баллонные катетеры для ангиопластики коронарных артерий. Размерный ряд производимых изделий полностью охватывает диапазон диаметров и длин, необходимых для рентгенэндоваскулярных вмешательств на коронарных артериях. Дизайн стентов оптимизирован для артерий малого диаметра от 2 до 3 мм (полуоткрытая ячейка, толщина стенки стента 82 мкм) и артерий с диаметром от 3 до 4 мм (открытая ячейка, толщина стенки 95 мкм). Диапазон длин от 10 до 34 мм. Гибкость, проводимость и доставляемость стента - на уровне мировых аналогов. Система доставки – баллонный катетер, обладает улучшенными характеристиками скольжения проводника внутри катетера, а также различными характеристиками номинального давления. Модификация с жестким низкокомплайным баллоном позволяет проводить ангиопластику сложных кальцинированных поражений, а вариант с мягким баллоном – деликатные вмешательства, требующие большей гибкости и податливости системы доставки. Применение высококачественных европейских комплектующих, современных технологий и многоступенчатый контроль качества обеспечивает надежность и безопасность применения изделия.

В настоящее время разработаны и проходят клинические испытания стенты с антитромбогенным покрытием и с лекарственным антипролиферативным покрытием.

Линейку изделий для рентгенхирургии дополняют стенты для периферических артерий, саморасширяющиеся стенты и грудные и бифуркационные аортальные стент-графты.

НОРК-МАРАШ, Медицинский Центр

Республика Армения, г. Ереван, ул. А. Арменакяна, 13

Телефон: 65 09 71; 65 09 80

Факс: (37410) 65 38 69 или 65 05 60

E-mail: heart@nmms.am

http://www.nmms.am

Центр сердца – центр с сердцем

Клиника Сердца Медицинского Центра Норк Мараш была создана в 1993 году, благодаря совместным усилиям армянских и американских врачей, а также в сотрудничестве с Академическим Центром Альберта Старра (Портланд, США), Кардиологическим Центром «Секрет» (Спокейн, США), Детским Госпиталем «Рейнбоу» (Кливленд, США).

Лечебную работу подразделений кардиохирургического отделения возглавляет кардиохирург Г.С. Овакимян (Академический Центр Альберта Старра, Портланд, Орегон, США). Детскую кардиологическую клинику консультирует Г. Гарабемян (Центр Сердца Спокейна, Вашингтон, США).

Медицинский центр «Норк-Мараш» (МЦНМ) оказывает ургентную и плановую, амбулаторную и стационарную, а также диспансерную медицинскую помощь детям и взрослым, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Недавно нам исполнилось 20 лет

За эти годы сформировался полноценный, высококвалифицированный, многофункциональный, монопрофильный медицинский центр.

МЦНМ оснащен всей необходимой диагностической аппаратурой и полностью оборудован для выполнения операций на сердце всех степеней сложности.

Наряду с лечебно-диагностической здесь также осуществляется научная деятельность.

С первого дня существования Центра главным принципом работы его сотрудников стал командный подход. Благодаря согласованным действиям всех звеньев команды обеспечивается атмосфера, в которой весь многоэтапный лечебно-диагностический комплекс воспринимается пациентом как единый процесс. Залогом успешной деятельности Центра является высокий лечебно-диагностический уровень в сочетании с высококачественным сестринским уходом.

Персонал МЦНМ прилагает все усилия для обеспечения максимально благоприятных условий пациентам в течении всего периода их пребывания в больнице. В центре большое внимание уделяется психологическому состоянию больных. Мы всегда стараемся досконально разъяснять пациенту особенности его заболевания, методы предлагаемого лечения, ожидаемые результаты и возможный риск проводимых лечебных процедур.

В МЦНМ получили развитие «институт второго мнения», когда, по желанию пациента, в дополнение к заключению лечащего врача сотрудники центра способствуют реализации его права на консультацию независимого специалиста.

С целью улучшения результатов деятельности в МЦНМ осуществляется непрерывный контроль за качеством, руководствуясь стандартами Объединенной Комиссии по Международной Аккредитации (JCI) для больниц.

Результаты деятельности МЦНМ сопоставимы с показателями лучших клиник Северной Америки и Европы.

КЛИНИЧЕСКИЕ УСЛУГИ

Кардиохирургическая служба

В Центре выполняются кардиохирургические операции всех видов (за исключением трансплантации сердца) и всех степеней сложности без ограничений.

Наличие перманентной связи с ведущими медицинскими центрами США и Западной Европы и, в частности, с Академическим Центром Альберта Старра (Портленд, Орегон) позволяет своевременно внедрять новейшие достижения кардиохирургии.

- Хирургическое лечение ИБС выполняется с применением и без применения искусственного кровообращения. При этом предпочтение отдается артериальной реваскуляризации.
- Хирургическая замена клапанов с помощью био- и механических протезов.

- Клапан сохраняющие пластические операции, включая операцию Тайрон-Дэйвида
- Операция Росса и ее модификации (МЦНМ является членом международного регистра, посвященного операции Росса)
- Оперированы все виды аневризм аорты
- Выполняются операции по ремоделированию левого желудочка
- Производится хирургическое восстановление синусового ритма у пациентов с мерцательной аритмией клапанного генеза
- Осуществляются операции без применения донорской крови, если этого требует вероисповедание пациента

Общая стратегия в хирургии врожденных пороков сердца направлена на возможно раннее вмешательство без повышения риска. Благодаря разумно агрессивному подходу недостаточный вес, ранний возраст, включая период новорожденности, и тяжесть состояния больного постепенно перестают быть противопоказаниями к радикальной коррекции пороков.

В Центре выполняются все виды коррекции врожденных пороков сердца, включая операции Норвуда, Фонтена, радикальной коррекции двойного отхождения сосудов от правого желудочка, прерванной дуги аорты, артериального переключения по Жатене, гибридные операции.

Сосудистая и эндоваскулярная хирургия

В центре выполняется:

- Лечение аневризм аорты
- Хирургия сонных артерий
- Процедуры при поражениях периферических артерий
- Минимально инвазивные внутрисосудистые вмешательства:
- Баллонная ангиопластика и стентирование периферических артерий
- Имплантация эндоваскулярных стент-графтов

К настоящему времени в кардиологических клиниках МЦНМ находятся под регулярным наблюдением около 30000 больных с заболеваниями сердца. Ежегодно регистрируются около 20 000 посещений, производятся около 900 кардиохирургических и 2000 эндоваскулярных вмешательств.

Кардиологическая служба

Возможности клиники позволяют проводить полноценную диагностику сердечно-сосудистых заболеваний, консервативную терапию и эндоваскулярные оперативные вмешательства:

- Катетеризация полостей сердца
- Селективная ангиография коронарных сосудов
- Баллонная вальвулопластика
- Баллонная ангиопластика и стентирование коронарных сосудов.

Детская кардиологическая клиника является единственным в республике специализированным медицинским учреждением для детей с патологией сердца.

Здесь осуществляются:

- Комплексная диагностика патологии сердца у детей, включая внутрисердечные исследования
- ЭхоКГ плода беременным с риском формирования у плода порока сердца
- Заочные консультации пациентов из ближнего и дальнего зарубежья
- Амбулаторное лечение и диспансерное наблюдение больных детей с патологией сердца
- Диагностика и лечение взрослых больных с врожденными пороками сердца
- Внутрисердечные интервенционные (лечебные) вмешательства
- Баллонная ангиопластика и вальвулотомия
- Создание межполостных сообщений
- Эмболизации
- Транскатетерное закрытие дефектов
- Имплантация стентов

Учебная деятельность

МЦНМ является учебной клинической базой Ереванского Государственного Медицинского Университета (ЕрГМУ). Здесь обучаются студенты-медики, проходят усовершенствование врачи первичного звена и врачи-специалисты. Осуществляется специализация – клиническая ординатура, а также действуют и собственные учебные программы (fellowship).

Благодаря высокому уровню медобслуживания в сочетании с низким процентом осложнений из года в год расширяется география и увеличивается число иностранных пациентов МЦНМ. Отдел международных связей организует социально – бытовое обслуживание иностранцев, включая консультации на расстоянии и согласование даты прибытия (по телефону, эл. почте, факсу), при необходимости – бронирование номеров в гостинице, транспортировку пациента из аэропорта, питание и пр.

При необходимости, специально обученные сиделки обеспечивают индивидуальный уход за больным.

«ОБОЛЕНСКОЕ» ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ, ЗАО

Телефон: +7 495 646 28 68

Факс: +7 495 646 28 68

E-mail: info@obolensk.ru

<http://www.obolensk.ru>



ЗАО «Фармацевтическое предприятие «Оболенское» основано в 1994 г. на базе Государственного Научного Центра Прикладной Микробиологии.

В продуктовом портфеле компании насчитывается более 100 наименований лекарственных средств, среди которых широкий спектр социально значимых препаратов. Приоритетное направление отдается сердечно-сосудистым, гастроэнтерологическим, эндокринологическим, противовирусным препаратам.

Производство ЗАО «ФП «Оболенское» соответствует всем требованиям ГОСТ Р 52249-2009 (GMP) «Правила производства и контроля качества лекарственных средств».

Системы менеджмента качества соответствуют требованиям международного стандарта ISO 9001:2008 и национального стандарта ГОСТ ISO 9001-2011.

«СОТЕКС» ФАРМФИРМА, ЗАО

115201, г. Москва, Каширское шоссе, д. 22, корп. 4

Телефон: (495) 231-15-12

Факс: (495) 231-15-12

E-mail: A_sushko@sotex.ru

<http://www.sotex.ru>



ЗАО ФармФирма Сотекс это динамично развивающийся производитель лекарственных средств. Завод Сотекс, располагающийся в Сергиево-Посадском районе Московской области, является одним из наиболее высокотехнологичных и инновационных российских фармацевтических предприятий, осуществляющий производство лекарственных препаратов в соответствии с требованиями Правил организации производства и контроля качества лекарственных средств (GMP EU). Производственный портфель компании развивается по трем направлениям: Производство высококачественных ликвидных МНН-дженериков, Производство на лицензионной основе препаратов брендов и бренд-дженериков ведущих мировых компаний (направление стартовало в 2006 г. с запуском производства препарата Актовегин по лицензии компании Никомед), Производство и продвижение собственных лекарственных препаратов с современными формулами, высокой эффективностью и безопасностью.

«ТЕХНО-КОМ» ИНЖИНИРИНГОВАЯ КОМПАНИЯ, ООО

454084, г. Челябинск, ул. Болейко, 4а, оф. 41
Телефон: (351) 264-20-68, 727-14-08, 727-14-68
E-mail: techno-kom@inbox.ru
<http://www.iktk.ru>, <http://dom-umnij.ru/>

Инжиниринговая компания «Техно-Ком» специализируется на комплексных поставках промышленного оборудования, лабораторного и электрооборудования, измерительных приборов, а также предлагает розничным клиентам современные решения для дома или квартиры: систему **Умный дом**, **Теплый пол Thermo (Швеция)** – *пожизненная гарантия*, **системы очистки воздуха Tion**. Мы делаем ваш дом интеллектуальным, уютным и удобным!

Наша компания имеет возможность предложить оптимальные ценовые варианты, удобные условия сотрудничества, а также полный комплекс услуг по сервисному, гарантийному и постгарантийному обслуживанию поставляемого оборудования.

«ФОТЭК», ЗАО

Республика Беларусь, 220138 г. Минск, переулок Липковский, дом 34, изолированное помещение №3, комн. №69
Телефон: +37517 385-19-22
Факс: +37517 385-19-23
E-mail: info@mediola.by
[Http://www.Mediola.by](http://www.Mediola.by)



Разработка и внедрение в практику комплексных решений по применению высокоэнергетических лазерных систем в хирургии.

ЭКОЛАБ, ЗАО

115114, г. Москва, ул. Летниковская, д.10, стр.4,
БЦ Святогор
Телефон: +7 (495) 980-72-80 (доб.7219)
Факс: +7 495 9807069
E-mail: Anna.latanova@ecolab.com
<http://ecolabhealthcare.ru/>



Компания Эколаб – международный лидер в области профессиональной гигиены. Отдел больничной гигиены и дезинфекции предлагает ЛПУ полный спектр моющих-чистящих и дезинфицирующих средств и оборудования, способных комплексно решать профессиональные проблемы:

- дезинфекция поверхностей;
- обработка изделий мед. назначения;
- кожные антисептики;
- локтевые дозаторы и другое оборудование;
- средства по уходу за кожей рук;
- средства для обработки инструментария мед. назначения.

НИПК «Электрон»

<http://www.electronxray.com>

omb@electronxray.com

Расположение головного офиса:

Санкт-Петербург, Волхонское шоссе, квартал 2, д. 4 Б

Контактный телефон: +7 (812) 325 02 02

Факс: +7 (812) 325-04-44

Почтовый адрес: 198188, г. Санкт-Петербург, а/я 12

НИПК «Электрон» – лидер российского рынка в разработке и производстве медицинского диагностического оборудования, комплексных и ИТ-решений для здравоохранения. Осуществляет поставки во все регионы России и СНГ, а также более чем в 30 стран мира.

Компания основана в 1989 г. (в 2014 г. отметила свой 25-летний юбилей) и на сегодняшний день является предприятием полного цикла, который включает в себя анализ потребностей рынка, научные, инженерно-конструкторские и ИТ-разработки, производство, продажи, обучение и сервисное обслуживание.

В компании внедрена система менеджмента качества, соответствующая международным стандартам ISO 9001, ISO 13485; продукция сертифицирована на соответствие требованиям Европейской директивы 93/42/ЕЕС (имеет маркировку CE), требованиям американского (FDA) и китайского (CFDA) законодательств.

В сфере **рентгенохирургии и интервенционной радиологии** компанией разработано доступное и универсальное решение для специализированных и многопрофильных медицинских организаций – **ангиографический комплекс**, оснащенный **системой визуализации на базе плоскочувствительных детекторов**, которая не уступает по своим функциональным возможностям лучшим мировым аналогам, существующим на сегодняшний день на рынке. Рентгенохирургический комплекс представляет собой стационарную ангиографическую систему типа С-дуга с напольным креплением штатива, полностью укомплектован и позволяет закрыть большую часть потребностей ЛПУ в области стандартных рентгенохирургических процедур.

Возможности ангиографического комплекса:

- Ангиокардиография (вентрикулография)
- Коронарография
- Ангиография сонных артерий
- Аортография
- Церебральная ангиография
- Ангиография сосудов грудной и брюшной областей, верхних и нижних конечностей
- Флебология
- Ангиопластика, стентирование, баллонная дилатация сосудов любой локализации, исключая сосуды головного мозга
- Установка кава-фильтров
- Шунтирование
- Интервенционная аритмология и электрофизиология;

- Имплантация двухкамерного/однокамерного/трехкамерного электрокардиостимулятора; имплантация кардиовертера/дефибриллятора; имплантация событийного монитора
- Электрофизиологическое исследование (ЭФИ) брадиаритмий с имплантацией любых типов электрокардиостимуляторов, кардиоресинхронизирующих устройств
- Имплантация окклюдеров в ушко левого предсердия при постоянной форме фибрилляции предсердий для профилактики инсульта

Еще одно решение, разработанное компанией с учетом специфики работы российских хирургов – универсальные **мобильные рентгенохирургические системы (СРТ)**, обеспечивающие высокое качество изображения и возможность широкого клинического применения: в сосудистой хирургии, торакальной и абдоминальной хирургии, ортопедии и травматологии, гинекологии и урологии. Рентгенохирургическая система, предназначенная для выполнения сосудистых процедур, оснащена специальными клиническими приложениями, расширяющими спектр диагностических возможностей, и позволяет проводить длительные и сложные эндоваскулярные вмешательства.

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии»
Минздрава России (г. Челябинск)



Проблема крайне высокой заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения (БСК) как в Российской Федерации, так и в Челябинской области, несмотря на положительные тенденции последних лет, является актуальной.

В связи с этим в рамках Национального проекта «Здоровье» был открыт Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии в Челябинске и начал свою медицинскую деятельность в декабре 2010 года. Он стал пятым центром, высоких технологий Российской Федерации. Получить помощь в ФГБУ «ФЦССХ»

Минздрава России (г. Челябинск) могут граждане всех регионов Российской Федерации.

Главный врач Центра Лукин О.П. - главный внештатный специалист сердечно-сосудистой хирургии МЗ ЧО, член Европейской ассоциации кардио-торакальных хирургов, к.м.н.

ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Челябинск) - это медицинское учреждение нового поколения, в котором объединены все аспекты высокотехнологичной медицинской помощи.

В Центре созданы максимально комфортные и безопасные условия для взрослых и маленьких пациентов. В кардиоцентре размещено 167 коек, включая 17 детских, расположенных на территории четырёх кардиохирургических отделений, и 40 коек в отделении анестезиологии и реанимации. Ежегодно проводится свыше 7000 оперативных вмешательств.



Главной целью для специалистов нашего Центра является улучшение здоровья и продление жизни пациентов, которые страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями, что достигается благодаря эффективному лечению и применению реабилитационных программ; разработке и внедрению в практику новых методов профилактики, диагностики и лечения болезней сердца; проведению научных исследований в области кардиологии и кардиохирургии.

Достичь этого можно только благодаря слаженной работе высококвалифицированных врачей (из них: 14 кандидатов и 3 докторов медицинских наук), которые профессионально делают свое дело. Современные медицинские технологии, применяемые в Центре, большой практический опыт и высокий профессионализм специалистов учреждения позволили добиться высоких качественных показателей в работе.

Открытие Форума-выставки:
11 марта 2015 г. в 10.00

Время работы:

11.03.2015 – с 10-00 до 18-00

12.03.2015 – с 10-00 до 17-30

13.03.2015 – с 10-00 до 17-00

По всем вопросам обращаться:



454091 г. Челябинск, ул. Российская, 279, офис. 712

Телефон: (351) 237-93-83, 237-17-55,

Факс: 268-92-68

E-mail: kvcural@mail.ru, kvc-umf@mail.ru

www.kvcural.tiu.ru

Адрес проведения:

**г. Челябинск
отель Radisson Blu, ул. Труда, 179**

IV Международный медицинский научно-практический Форум
«Ангиология: инновационные технологии в диагностике
и лечении заболеваний сосудов и сердца.
Интервенционная кардиология»

V специализированная выставка «УралМедФарм»

МАТЕРИАЛЫ ФОРУМА

ISBN 978-5-9906415-3-2

Подписано в печать 09.03.2015.
Формат 60 × 84 ¹/₈. Усл. печ. л. 16,74.
Бумага 80 г/м². Гарнитура Times New Roman суг.
Печать на ризографе. Тираж 200 экз. Заказ № 2256/15.

Издательство «ТИТУЛ»
454048, г. Челябинск, ул. Яблочкина, 23
Тел. (351) 215-04-15

Отпечатано в ПЦ «ПРИНТМЕД».
454092, г. Челябинск, ул. Яблочкина, 23
Тел. (351) 230-67-37
ginmed@mail.ru

МЕДИЦИНА УРАЛ

ИНФОРМАЦИОННЫЙ ЖУРНАЛ

прайс

ООО «Медицина-Урал»
г. Челябинск, ул. Дзержинского, 93б, ДЦ "Аврора", оф. 806
Телефон: (351) 231-74-68 Факс: (351) 239-02-17
E-mail: office@price-med.ru; reklama@price-med.ru.

WWW.PRICE-MED.RU

Информационная площадка, где освещаются современные тенденции и перспективы развития медицины, новинки оборудования, современные технологии и острые проблемы, существующие на сегодняшний день в этой сфере.

Журнал издается с 1998 года. • Выходит 1 раз в месяц. • Тираж 2000 экз.

Цель проекта

Содействие всестороннему развитию высококвалифицированной специализированной консультативно-диагностической и лечебной помощи населению в ЛПУ.

Содействие укреплению связей между медицинской наукой и практикой. Консолидация специалистов ЛПУ Уральского региона, развитие между ними сотрудничества, обмен опытом.

Миссия издания

Способствовать повышению качества медицинского обслуживания в Уральском регионе посредством предоставления информации.

Читательская аудитория

- Главные врачи/руководители, заведующие отделениями, главные медсестры лечебно-профилактических учреждений Уральского региона.
- Руководители и сотрудники управлений, отделов здравоохранения субъектов УрФО и муниципальных образований.
- Производители и поставщики товаров медицинского назначения.



Приглашаем вас стать участником нашего проекта!



ЕВРО-АЗИАТСКАЯ АССОЦИАЦИЯ
Ангиологов и Сосудистых Хирургов

www.eaavs.com

Контакты:

Адрес для корреспонденции:
Евро-Азиатская ассоциация ангиологов и сосудистых хирургов
454021, Россия, г. Челябинск,
Пр. Победы, 287, 3-й этаж, правое крыло,
отделение сосудистой хирургии.

Телефон: +7 963 0 777 333

Факс: +7 351 741 67 17

E-mail: secretariat@eaavs.com