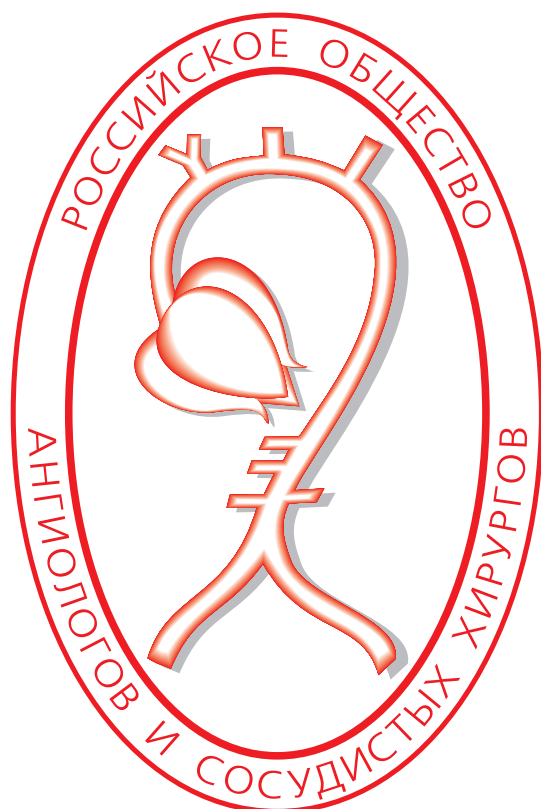


АНГИОЛОГИЯ И СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ

МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
ПО СОСУДИСТОЙ И
РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ
ХИРУРГИИ



*Angiology
and Vascular Surgery*

XXXVIII

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

Том 29

2/2023

(приложение)

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО АНГИОЛОГОВ И СОСУДИСТЫХ ХИРУРГОВ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ХИРУРГОВ
АССОЦИАЦИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ХИРУРГОВ РОССИИ
РОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО СПЕЦИАЛИСТОВ
ПО РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ
АССОЦИАЦИЯ ФЛЕБОЛОГОВ РОССИИ
НАЦИОНАЛЬНАЯ КОЛЛЕГИЯ ФЛЕБОЛОГОВ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
КАРДИОЛОГИИ имени Е.И. ЧАЗОВА МИНЗДРАВА РФ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ХИРУРГИИ имени А. В. ВИШНЕВСКОГО МИНЗДРАВА РФ

МАТЕРИАЛЫ

МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО СОСУДИСТОЙ И РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ

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

23–25 июня 2023 года, Москва

КОМБИНИРОВАННАЯ СКЛЕРОТЕРАПИЯ И ЧРЕСКОЖНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИЙ И РЕТИКУЛЯРНЫХ ВЕН	
<i>Манджикян О.П., Данелян Б.А.</i>	198
РАЗРЫВ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЗАКРЫТОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ	
<i>Мануковский В.А., Тулупов А.Н., Демко А.Е., Кандыба Д.В., Платонов С.А., Киселев М.А., Гаврищук Я.В., Колчанов Е.А.</i>	199
КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	
<i>Матмуротов К.Ж., Саитов Д.Н., Рузматов П.Ю., Рузметов Б.А., Рахимов Д.Ж.</i>	200
КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	
<i>Матмуротов К.Ж., Рузматов П.Ю., Рузметов Б.А., Якубов И.И.</i>	201
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНЫХ АНТИМИКОТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА	
<i>Матмуротов К.Ж., Саттаров И.С., Рузматов П.Ю., Рузметов Б.А., Саитов Д.Н.</i>	203
КАРОТИДАЯ ЭНДАРТЕРАКТОМИЯ ПО ТЕХНОЛОГИИ «DON'T TOUCH GLOMUS»	
<i>Матусевич В.В., Куценко А.В.</i>	204
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ БЕДРЕННО-ТИБИАЛЬНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ	
<i>Матюшкин А.В., Тищенко И.С., Мустафин А.Х.</i>	205
РОЛЬ ВНУТРИПРОСВЕТНЫХ ТРОМБОМАСС В ФОРМИРОВАНИИ МЕХАНОБИОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ АНЕВРИЗМАТИЧЕСКИ ИЗМЕНЕННОЙ СТЕНКИ БРЮШНОЙ АОРТЫ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	
<i>Маус М.С., Волкова И.И., Липовка А.И., Паришин Д.В., Карпенко А.А.</i>	206
РОЛЬ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В РАЗВИТИИ, ТЕЧЕНИИ И ИСХОДАХ ЭМБОЛОГЕННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ АОРТЫ И АРТЕРИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ	
<i>Мельников М.В., Сотников А.В., Кисиль Ю.В., Кожевников Д.С., Пышный М.В.</i>	207
СТРУКТУРА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ЦЕНТРЕ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ	
<i>Мельцова А.Ж., Димов И.Д.</i>	208
12-ЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ИШЕМИЕЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	
<i>Михайлов И.П., Козловский Б.В., Арустамян В.А.</i>	210
ВОЗВРАТНЫЕ ТЕЛЕАНГИОЭКТАЗИИ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ И ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ТРОМБОФЛЕБИТОМ	
<i>Мурасов Т.М., Казбулатов С.С., Тимербулатов М.В.</i>	211
ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	
<i>Мутаев М.М., Щеголев А.А., Папоян С.А., Васильев М.В., Мутаев Р.М., Васильев А.С.</i>	212

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНЫХ АНТИМИКОТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Матмуратов К.Ж., Саттаров И.С., Рузматов П.Ю., Рузметов Б.А., Саитов Д.Н.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучение эффективности местных противогрибковых препаратов при лечении венозных трофических язв у больных с ХВН на фоне сахарного диабета.

Материалы и методы. Проанализировано результаты стационарного и амбулаторного лечения 42 больных с венозными трофическими ранами, которые лечились в Республиканском Центре Гнойной Хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета МЗ РУз в 2020–2023 гг.

Всем больным применялось противогрибковый препарат местного назначения (нитрофунгин, тербизил и т.д.). Изначально противогрибковые препараты применены эмпирически до получения ответа микологических исследований. Пациенты вместе с основным препаратом (мирамистин мазь, нитацид мазь, диоксизоль и т.д.) для заживления ран применяли противогрибковые препараты.

Все пациенты из анамнеза имели ХВН и долгое время лечились и наблюдались в других лечебных учреждениях. Из 42 пациентов только 7 (16,7%) были первичными. По сроку заболевания болеют минимум 3 месяца, а максимум 11 лет. Из сопутствующих заболеваний больные имели сахарный диабет (7), ИБС (13) и ожирение (16). В исследуемой группе преобладали мужчины (29).

При осмотре у пациентов чаще всего вокруг ран отмечалось гипергрануляция и мацерация кожи с местными признаками аллергического раздражения. У 5 (11,9%) больных из 42 рана было покрыта некротическим струпом. А также в 6 (14,2%) случаях наблюдалось симметричность трофических язв, т.е. на обеих конечностях.

Наряду с общепризнанными клинико-лабораторными методами обследования больных с ГНПС, с целью оценки эффективности проводимой терапии нами проводились следующие методы исследования:

- микологические исследования отделяемого из раны (микроскопия, посев на среды);
- бактериологические исследования раневого экссудата (бактериоскопия, бактериологические посевы в аэробных и анаэробных условиях);

После получения ответов микологических исследований использованы препараты по чувствительности грибковых инвазий.

Следует отметить, что в 36 (86%) случаях из 42 в мазке полученных от трофических язв обнаружены грибковые возбудители. При микологии чаще всего высевались кандиды, реже аспириллы и фузарии. При этом в основном возбудители были чувствительны к итраконазолу и тербинафину.

Результаты. Микологическое исследование больных в стационарном лечении проводилось в динамике. Критериями эффективности местной противогрибковой терапии в исследуемой группе больных было уменьшение грибковой обсемененности на 3, 7 сутки в комплексе с клиническими и местными проявлениями. Анализ динамики изменения грибковой обсемененности при применении местных противогрибковых препаратов показал, что при этом на 3-и сутки грибки выявлялись в 27 (64,3%) случаев из 36 случаев. На 7-е сутки только у 3 (8,3%) грибковая инфекция продолжала выявляться из патологического очага.

В ходе анализа выявлено, что на фоне применения местных противогрибковых препаратов на третьи сутки отмечалось резкое уменьшение признаков местного раздражения и отеков.

Обсуждение: таким образом, представленные данные убедительно показывают на высокую роль грибковых инвазий в патогенезе трофических язв венозного генеза. Уместно отметить, что в 44,4% случаев имело место сочетание грибковых инвазий с аэробными и анаэробными микроорганизмами.

Выводы. В патогенезе трофических язв венозного генеза важную роль играет сочетание грибковых инвазий с бактериями, встречающееся в 44,4% случаев, причем общая частота выявления грибов из патологического очага у больных с трофическими язвами венозного генеза составляет 86%.

Адекватное местное лечение трофических язв венозного генеза позволяет к 3 суткам добиться двукратного снижения частоты выявления грибов, а на 7 суткам почти их элиминации из очага. Недоучет роли грибковой инвазии при комплексном лечении трофических язв венозного генеза на наш взгляд является одной из причин замедления репаративных процессов трофических язв и прогрессирования патологического процесса.

КАРОТИДАЯ ЭНДАРТЕРАКТОМИЯ ПО ТЕХНОЛОГИИ «DON'T TOUCH GLOMUS»

Матусевич В.В., Куценко А.В.

*ГБУЗ «Научно-исследовательский институт - Краевая клиническая больница №1
имени профессора С.В. Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского
края, Краснодар, Россия*

Введение. Оценка эффективности каротидной эндартерэктомии по технологии «don't touch glomus».

Материалы и методы. Проведен проспективный анализ лечения пациентов со стенозами внутренних сонных артерий (60-99%), и хронической сосудистой мозговой недостаточностью I-IV ст., а также оперативным лечением в анамнезе на контрлатеральной стороне. Пациенты были разделены на две группы: 1 группе пациентов оперативное лечение выполнялась по технологии «don't touch glomus» (n=50), 2 группе пациентов выполнялась эверсионная каротидная эндартерэктомия (n=50). Первой группе пациентов операция проводилась под эндотрахеальным наркозом, доступ к бифуркации сонных артерий выполнялся общепринятым методом. Бифуркация сонных артерий скелетизировалась не полностью, а именно: изначально выделялась общая сонная артерия, на 5–6 см проксимальнее от места предполагаемой бифуркации, затем выделялась наружная сонная артерия на небольшом участке, с целью пережатия и лигирования верхней щитовидной артерии, для повышения мобильности артерии, внутренняя сонная артерия выделялась непосредственно в том месте, где предполагается ее пережатие, от устья артерия не скелетизировалась, с целью максимального сохранения структур каротидного гломуса.

Результаты. В послеоперационном периоде у пациентов из 2 группы наблюдалась дисфония (n=3), гипертонический криз, без неврологического дефицита (n=2). В опытной группе пациентов осложнений не наблюдалось.

Обсуждение. Первой группе пациентов операция проводилась под эндотрахеальным наркозом, доступ к бифуркации сонных артерий выполнялся общепринятым методом. Бифуркация сонных артерий скелетизировалась не полностью, а именно: изначально выделялась общая сонная артерия, на 5-6 см проксимальнее от места предполагаемой бифуркации, затем выделялась наружная сонная артерия на небольшом участке, с целью пережатия и лигирования верхней щитовидной артерии, для повышения мобильности артерии, внутренняя сонная артерия выделялась непосредственно в том месте, где предполагается ее пережатие, от устья артерия не