РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО АНГИОЛОГОВ И СОСУДИСТЫХ ХИРУРГОВ

XLI Международная конференция
«СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ БУДУЩЕГО»

11–14 июня 2026 года, Казань

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО АНГИОЛОГОВ И СОСУДИСТЫХ ХИРУРГОВ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО АНГИОЛОГОВ И СОСУДИСТЫХ ХИРУРГОВ
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ХИРУРГОВ
АССОЦИАЦИЯ ФЛЕБОЛОГОВ РОССИИ (АФР)
ФГБОУ ДПО РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ МЗ РФ
МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР., Г. КАЗАНЬ
ФГБОУ ВО КАЗАНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ ФГАОУ ВО «КАЗАНСКИЙ (ПРИВОЛЖСКИЙ) ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
ГАУЗ БОЛЬНИЦА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИМ. Р.С. АКЧУРИНА, Г. НАБ. ЧЕЛНЫ
ГАУЗ «ГКБ №7 ИМ. М.Н. САДЫКОВА», Г. КАЗАНЬ

МАТЕРИАЛЫ

XLI Международная конференция «СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ БУДУЩЕГО»

11–14 июня 2026 года, Казань

4. В первые четыре месяца вероятность инфицирования текстильных сосудов среди пациентов, страдающих от гнойных поражений тканей нижних конечностей, возрастает более чем втрое (коэффициент 3,9), если сравнивать их с теми, кто таких процессов не имеет ($p<0,05$).
5. Риск развития поздней инфекции (после 4 месяцев) текстильных сосудистых протезов составила 2,27%. Статистически значимой разницы в риске инфицирования по сравнению с пациентами без гнойно-некротических поражений не выявлено ($p>0,05$).

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЛИМФАТИЧЕСКИХ МАЛЬФОРМАЦИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ У ДЕТЕЙ

ДОСМУХАМЕДОВА Л.В.[1,2], КУЧКАРОВА Р.Р.[2]

1 - Клиника «Hayat Medical Centre», Ташкент, Республика Узбекистан

2 - Ташкентский государственный медицинский институт, Ташкент, Республика Узбекистан

Цель. Улучшение результатов диагностики и лечения детей с лимфатическими мальформациями.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты детского возраста, получившие амбулаторное и стационарное лечение в течение последних 5 лет с лимфатическими мальформациями (ЛМ). Из 35 пациентов – у 25 детей диагностированы микро – и макрокистозные формы ЛМ, а у 10 человек ЛМ были сочетаны с венозной мальформацией. Возраст пациентов представлен широко - от 1 месяца жизни до 16 лет. Самые младшие пациенты – это дети с крупными кистами, которые визуализировались уже с рождения и даже еще раньше – на пренатальном скрининге плода. Обобщающими примерами более позднего обращения наших пациентов являются показательные случаи, когда, ЛМ продолжительное время не вызывает клинических проявлений из-за небольшого объема и расположения в толще мягких тканей вдали от функционально активных зон и случаи мелкокистозного поражения в области слизистых оболочек наружных половых органов, когда незначительная лимфорея воспринималась как физиологический процесс. В нашем наблюдении у 16-ти летнего молодого человека бессимптомная крупнокистозная ЛМ бедренной области впервые обнаружена в 14 лет на медицинском осмотре, была открыто прооперирована, но полностью не была удалена, появился болевой синдром, далее пациент успешно нами пролечен 1 сеансом склеротерапии. Второй пример, девушка обратилась в возрасте 15 лет со значительной лимфореей из наружных половых органов, которая поначалу не воспринималась как патология, так как наблюдалось незначительное мокнутие. Надо отметить, что у мальчиков подобные симптомы обращают на себя внимание раньше, в нашем наблюдении у 6-ти летнего мальчика лимфорея крайней плоти была отчетливой и явилась причиной первичного обращения. 7 детей поступили уже после проведенного оперативного вмешательства по поводу «лимфангиомы», в результате которого был достигнут положительный клинический ответ; одного ребенка с мелкокистозной формой ЛМ лечили на протяжении 6 месяцев консервативно как «гемангиому» и только 1 мальчик получил до нас адекватное лечение методом склеротерапии препаратом ОК 432, отмечая, что после 1 сеанса было заметное уменьшение кисты, а после второго – нет. Диагноз ставился на основании осмотра и по данным УЗИ, мы считаем, что всем детям необходимо проводить МРТ для визуализации общей картины: общего объема поражения, размеров кист, их содержимого, связи с близлежащими органами и системами, топографии региональных сосудов.

Размеры кист варьировали широко от 0,1см до 20,1см в диаметре, кисты до 1 см в диаметре отмечены у 25,7% детей, у превалирующего большинства были кисты диаметром более 1см – 74,3%. По локализации ЛМ наблюдались в ротовой полости (в толще языка, слизистых губ, щек, подъязычной области), в щечной области, на шее, в плечевой, аксиллярной, паховой, бедренной областях, области туловища, в зоне половых органов и малого таза.

Мы использовали 2 способа лечения ЛМ: склеротерапию кист и консервативное лечение рапамицином. В качестве склерозанта для ЛМ у детей мы выбрали блеомицин ввиду его хороших склерозирующих характеристик и невыраженной местной воспалительной реакции, что обязательно нужно учитывать при работе в таких сложных зонах как, например, язык или половые органы, где постоперационный отек может вызвать более тяжелые нарушения, чем само наличие мальформации. Методом склерозирования получили лечение 57,1% детей, потребовалось от 1 до 5 сеансов. Визуализация упрощается при использовании УЗИ навигации, расчет дозы составляет 0,5мг/кг. Эластическая компрессия накладывалась при локализации в области конечностей. Двум детям первично проведено склерозирование для лечения крупного скопления небольших кист в щечной области и для купирования лимфореи в области половых органов, далее было назначена системная терапия рапамицином. Старт терапии рапамицином первично у 37,2 % был обоснован значительной распространенностью процесса, сложной анатомической локализацией (весь язык, продолжение процесса в глубокие отделы шеи и средостение, необоснованностью склеротерапии в плане лечения из-за неопределенного количества сеансов или технической сложности). Несмотря на имеющиеся в описании побочные и нежелательные эффекты, на практике кроме эпизодов стоматита у 4 детей мы не отметили других медицинских проблем, тем не менее знать и учитывать их нужно. Препарат назначался в виде сиропа и таблеток натощак через 12ч под прикрытием бисептола для профилактики пневмоцистной пневмонии. Уровень рапамицина в крови поддерживался в пределах 6-20 нг/мл.

Результаты. В превалирующем большинстве случаев проведенной склеротерапии (у 20 из 22 детей) достигнут положительный результат в виде регрессии полостей, а остаточная фиброзная ткань, избыток кожи со-временем сокращаются. В ряде случаев остаются бессимптомные остаточные полости менее 1см в диаметре, которые также имеют тенденцию к регрессии. У 2х детей выбранный по-началу метод склерозирования нес другие задачи – уменьшить патологический объем в эстетических целях, купировать потерю лимфы. 15 детей получили лечение терапией рапамицином, на фоне которого наблюдается регрессирование патологической ткани. Процесс идет с различной скоростью и нет достоверных факторов того, удастся ли получить полную регрессию и за какой срок.

Обсуждение. Наше исследование показало, что крупные кисты ЛМ мягких тканей, локализованные в местах, доступных к выполнению процедуры успешно лечатся только склеротерапией за 1-5 сеансов, при этом наш препарат выбора в детской практике – блеомицин. У детей с мелкокистозной формой ЛМ метод склерозирования можно применять как первый этап комплексного лечения для уменьшения объема ЛМ, для купирования лимфореи. Поиск путей помощи детям с ЛМ критических локализаций на сегодняшний день продолжается, так как нет надежного и безопасного пути решения этой задачи. В нашем наблюдении наилучшие результаты получены в лечении мелкокистозных форм, когда получен полный регресс без рецидива в течении1 года (наблюдение продолжается), и обнадеживающие результаты при лечении с раннего возраста детей с обширными поражениями, окутывающими дыхательные пути и прорастающими в средостение на фоне приема рапамицина.

Выводы. Малотравматичным и основным способом лечения ЛМ признана склеротерапия, а поиск препаратов для нее остается весьма актуальной задачей. До сих пор трудной задачей является лечение детей с ЛМ критических локализаций, где на сегодняшний день лучшие результаты получены при применении рапамицина, хотя и препарат назначается не по прямым показаниям и имеет побочные действия на растущий организм.

ПОЭТАПНАЯ ГИБРИДНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОМБИНИРОВАННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА СОННЫХ, КОРОНАРНЫХ И ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЯХ

ДУБАЕВ А.А., АСКЕРХАНОВ Г.Р., КАНДАУРОВ А.Э.

Медицинский центр им. Р.П. Аскерханова, Махачкала, Россия

Цель. Представить клинический случай успешной поэтапной гибридной реваскуляризации у пациента с гемодинамически значимым поражением сонных, коронарных и почечных артерий.

Материал и методы. Пациент 62 года с симптомным стенозом левой внутренней сонной артерии (ВСА) >80%, стенозом проксимального сегмента передней нисходящей артерии (ПНА) >95% и стенозом устья левой почечной артерии (ЛПА) >80% с вазоренальной гипертензией. Междисциплинарным консилиумом выбрана стратегия поэтапной реваскуляризации: 1-й этап — каротидная эндартерэктомия (КЭЭ); 2-й этап (через 4 недели) — чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) со стентированием ПНА; 3-й этап (через 4 недели) — стентирование ЛПА.

Результаты. Все вмешательства выполнены технически успешно, интра- и ранние послеоперационные осложнения отсутствовали. В течение 6 месяцев наблюдения отмечена полная регрессия транзиторных ишемических атак, улучшение толерантности к физической нагрузке (стенокардия с III до I функционального класса), стабилизация артериального давления на фоне снижения количества антигипертензивных препаратов с четырёх до двух. Скорость клубочковой фильтрации улучшилась с 45 до 50 мл/мин/1,73 м². Поэтапная гибридная реваскуляризация с приоритизацией симптомного каротидного поражения является безопасной и клинически эффективной стратегией у пациентов с мультифокальным атеросклерозом.

Выводы. Индивидуализированный подход к последовательности вмешательств позволяет минимизировать риски инсульта, инфаркта миокарда и контраст-индуцированной нефропатии.

ЭНДОВЕНЭКТОМИЯ КАК ВАРИАНТ ОТКРЫТОЙ ВЕНОЗНОЙ ТРОМБЭКТОМИИ, ВЫПОЛНЯЕМЫЙ В ОТСРОЧЕННЫЙ ПЕРИОД В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

ЕВСЕЕВА В.В., ИГНАТЬЕВ И.М.

ГАУЗ «Межрегиональный клинико-диагностический центр», Казань, Россия

Введение. В отличие от антикоагулянтной терапии, являющейся стандартным методом лечения тромбоза глубоких вен, открытая тромбэктомия способствует максимально возможно полной элиминации тромботических масс из венозного русла, а соответственно, является перспективным методом лечения в отношении предотвращения развития тяжелых форм посттромботической болезни (ПТБ). Несоответствие степени организации тромботических масс анамнестическим данным, является ограничивающим фактором при определении показаний к выполнению

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ АНЕВРИЗМЫ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПОСЛЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ
ДАЛИНИН В.В., ТРАВИН Н.О., КРАЙНЮКОВ П.Е., БОРИСОВ И.А., САЛИМОВ Д.Ш. **124**

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОРАЖЕНИЕМ ДИСТАЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА
ДЕМИДОВА О.А., ГОЛУХОВА Е.З., БОКЕРИЯ Л.А., АРАКЕЛЯН В.С., ПАПИТАШВИЛИ В.Г. **125**

РЕЗУЛЬТАТЫ УСТРАНЕНИЯ ГОРИЗОНТАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА У ПАЦИЕНТОВ С ТРОФИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ КОЖИ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ
ДЕРБИЛОВА В.П., ЦАТИНЯН Б.Г., ТЕРЕНТЬЕВ Д.А., МАЙОРОВ Н.В. **127**

ИНФИЦИРОВАНИЕ ТЕКСТИЛЬНЫХ ПРОТЕЗОВ ПОСЛЕ АОРТО-ПОДВЗДОШНО-БЕДРЕННЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБЛИТЕЛИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: РИСК, СРОКИ, ЛОКАЛИЗАЦИЯ
ДОРОШКО Е.Ю., КАПЛАН М.Л. **128**

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЛИМФАТИЧЕСКИХ МАЛЬФОРМАЦИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ У ДЕТЕЙ
ДОСМУХАМЕДОВА Л.В., КУЧКАРОВА Р.Р. **130**

ПОЭТАПНАЯ ГИБРИДНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОМБИНИРОВАННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА СОННЫХ, КОРОНАРНЫХ И ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЯХ
ДУБАЕВ А.А., АСКЕРХАНОВ Г.Р., КАНДАУРОВ А.Э. **132**

ЭНДОВЕНЭКТОМИЯ КАК ВАРИАНТ ОТКРЫТОЙ ВЕНОЗНОЙ ТРОМБЭКТОМИИ, ВЫПОЛНЯЕМЫЙ В ОТСРОЧЕННЫЙ ПЕРИОД В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
ЕВСЕЕВА В.В., ИГНАТЬЕВ И.М. **132**

ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС И ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ: ДИНАМИКА МАРКЕРОВ И СВЯЗЬ С ТРОМБОЗОМ СОСУДИСТОГО ДОСТУПА
ЕГОРОВ А.А. **134**

ОККЛЮЗИОННО-СТЕНОТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ ФИСТУЛ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК: ТРОМБЭКТОМИЯ, БАЛЛОННАЯ АНГИОПЛАСТИКА ИЛИ ГИБРИДНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ?
ЕРМОЛЕНКО В.В., ЖОЛКОВСКИЙ А.В., БУХАНЦЕВ Д.А., ГАРЕЕВ Р.Р., ДЕМЬЯНЕНКО М.В., ДЕГТЯРЕВА А.Е., ЕРМОЛЕНКО А.С. **135**

НАСОСНАЯ ФУНКЦИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОГО РУСЛА КЛЮЧ К УСПЕХУ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ЛИМФЕДЕМЫ
ЕРОФЕЕВ Н.П., БУБНОВА Н.А., КАНИНА Л.Я., МАХИН Ю.Ю., ВОЛКОВ А.А. **137**

РЕКОНСТРУКЦИИ МЕЗЕНТЕРИКОПОРТАЛЬНЫХ ВЕН ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ
ЕФАНОВ М.Г., КОРОЛЕВА А.А., ТАРАКАНОВ П.В., ХАРАЗОВ А.Ф., БАСИРОВА Н.М., КОЛОВЕРТНОВ Б.Ю., АЛИХАНОВ Р.Б. **139**

РЕЗУЛЬТАТЫ 14-ЛЕТНЕГО ОПЫТА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ КОМПАНИИ МЕДТРОНИК И МЕДИЦИНСКОГО СООБЩЕСТВА В ЭНДОВАСКУЛЯРНОМ ЛЕЧЕНИИ АОРТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ В ПРИВОЛЖСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ (ПФО)
ЖЕРНАКОВА И.В. **140**