

УПРАВЛЕНИЕ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Волынская

больница

медицинский вестник №32 / 2025

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
ОНЛАЙН-КОНФЕРЕНЦИИ
(29.11.2024 г.)

**ИННОВАЦИОННЫЕ
ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ
В ЛЕЧЕНИИ СОСУДИСТЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ**

ПРЕЗИДИУМ КОНФЕРЕНЦИИ

ПЕРВЫЕ ЛИЦА



**Бояринцев
Валерий Владимирович**

Заместитель начальника Главного медицинского управления УДП РФ, заведующий кафедрой скорой медицинской помощи, неотложной и экстремальной медицины ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УДП РФ, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, заслуженный деятель науки РФ.



**Журавлёв
Сергей Викторович**

Главный врач ФГБУ «Клиническая больница №1» УДП РФ, доцент кафедры скорой медицинской помощи, неотложной и экстремальной медицины ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УДП РФ, к.м.н., заслуженный врач РФ.



**Калиниченко
Александр Юрьевич**

Заместитель главного врача по медицинской части ФГБУ «Клиническая больница №1» УДП РФ, к.м.н.

**СМОТРИТЕ
ВИДЕОЗАПИСЬ
ТРАНСЛЯЦИИ**



ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Хронические заболевания вен (ХЗВ) на сегодняшний день являются одной из самых распространённых патологий в мире, представляя важную медико-социальную проблему. По официальным данным Министерства Здравоохранения РФ заболеваемость нозологической единицей «Варикозное расширение вен нижних конечностей» (I83.9) в 2011-12 годах прогрессивно увеличивалась и составляла 84,8 и 86,1 случаев на 1000 человек в год соответственно.

Сегодня в арсенале средств лечения варикозной болезни нижних конечностей существует большое количество инвазивных и неинвазивных методов, в той или иной степени доказавших свою клиническую эффективность. С учетом хронического, неуклонно прогрессирующего характера течения заболевания, основными точками приложения всех методов лечения ХЗВ считаются качество жизни пациента и степень выраженности патологии. Общепризнанными инструментами для оценки тяжести заболевания являются: клинический класс

ке продемонстрировали чёткую корреляцию друг с другом. В то же время, на сегодняшний день отсутствуют валидированные инструментальные критерии оценки степени тяжести ХЗВ и варикозной болезни.

Ведущим методом инструментальной диагностики ХЗВ, определяющим лечебную тактику, является ультразвуковое ангиосканирование с изучением показателей регионарной венозной гемодинамики методом цветового картирования кровотока и анализа доплерографического спектра. Принятыми диагностическими критериями патологии подкожных вен, в частности большой подкожной вены, определяющими показание к инвазивному лечению, являются диаметр сосуда и наличие признаков клапанной недостаточности, к которым, в свою очередь, относится регистрация ретроградного тока крови продолжительностью более 0,5 секунд в вертикальном положении тела при проведении пробы Вальсальвы и/или компрессионных проб.



Баринов Виктор Евгеньевич
Заведующий отделением сосудистой и эндокринной хирургии ФГБУ «Клиническая больница №1» УДП РФ, профессор кафедры хирургии с курсом эндоскопии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УДП РФ, д.м.н.

своей клинической эффективности. В связи с тем, что данное хроническое заболевание носит неуклонно прогрессирующий характер течения, выбор методов лечения ХЗВ осуществляется с учетом качества жизни пациента и степени выраженности патологии.

К основным целям лечения варикозной болезни, помимо достижения косметического эффекта, относятся: регресс клинических симптомов хронической венозной недостаточности, снижение риска развития тромбоза поверхностных вен и снижение риска прогрессирования ХВН. При различных формах варикозной болезни основным методом лечения является хирургический метод. В задачи данного вида лечения входят устранение вертикального и горизонтального патологического рефлюкса,

«Варикозная болезнь является хроническим, медленно прогрессирующим заболеванием. Основой его возникновения считается наследственно обусловленная слабость каркаса венозной стенки. Однако варикозная болезнь не относится к заболеваниям генетического характера. На ее развитие влияет нездоровый образ жизни и воздействие негативных факторов окружающей среды».

по международной классификации CEAP, балльная оценка тяжести ХЗВ по шкале VCSS и оценка качества жизни по опроснику CIVIQ-2 или VEINES QoL/Sym, которые при клинической оцен-

Существует большое количество инвазивных и неинвазивных методов лечения варикозной болезни нижних конечностей. Все эти методы характеризуются той или иной степенью доказательности

- **Эндовазальная лазерная коагуляция** (810-1064 нм, 1470-1560 нм; Tulp, NeverTouch, Radial, 2Ring)
- **Радиочастотная облитерация** (VNUS Closure, EVRF, RFITT)
- **Облитерация паром** (SVS)

TT



- **Механохимическая облитерация** (ClariVein, Flebogrif)
- **Клеевая облитерация** (Venaseal, VariClose)
- **Разновидности склерооблитерации** (пенная, катетерная, VBAS др.)

NTNT



Основа лечения – устранение рефлюкса в стволе.

а также устранение варикозных вен. Методы эндоваскулярного хирургического лечения делятся на два основных вида: термальные и нетермальные флэбэктомии. Эндовенозная термооблитерация включает в себя лазерную абляцию и радиочастотную облитерацию вен. К нетермальным видам относятся клеевая облитерация и склерозирование вен.

Данные методы, направленные на устранение патологического вертикального рефлюкса, рекомендуются в качестве наиболее предпочтительных методов в сравнении со склерооблитерацией.

Для пациентов с рецидивом варикозного расширения вен нижних конечностей рекомендуется использование пенной склеротерапии. Склерооблитерация применима не только для устранения рецидивных варикозно измененных вен, но и для устранения патологических рефлюксов из глубоких вен в поверхностные. Однако чрезмерная извитость рецидивных вен, отсутствие необходимого оборудования и врачебного опыта не всегда позволяет применить методы термооблитерации для устранения патологических рефлюксов. Склерооблитерация отличается большей легкостью в исполнении и возможностью проведения поэтапной коррекции. Данное вмешательство может применяться как самостоятельный метод лечения

рецидива, так и в сочетании с «открытой» хирургией или термооблитерацией.

Склеротерапия представляет собой безопасный метод лечения, который характеризуется минимальным количеством противопоказаний. Данный метод обычно не требует предварительного проведения дополнительных диагностических мероприятий. Следует подчеркнуть, что при подготовке к выполнению склеротерапии и после ее проведения необходимо помнить об определенных правилах. Так, пенная склеротерапия опасна для лиц с наличием врожденных пороков сердца, сопровождающихся шунтированием крови «справаналево» (например, открытое овальное окно в межпредсердной перегородке). В указанных случаях нельзя говорить об однозначности противопоказаний к повторной склеротерапии. Однако,

медицинский компрессионный трикотаж, режим использования которого зависит от формы поражения и вида склеротерапии. Компрессия будет необходима круглосуточно или в ежедневном режиме в соответствии с установленным врачом временем. В целях уменьшения выраженности побочных реакций склеротерапии рекомендован прием флеботропных или антитромботических (сулодексид) препаратов в стандартных дозировках, которые назначаются лечащим врачом. Для достижения устойчивого результата лечения лечащий врач может рекомендовать пациенту исключить: подъем и ношение тяжестей в быту; силовую физическую нагрузку (тренажеры с отягощениями); принятие любых тепловых и солнечных процедур (горячие ванны, бани, сауны, открытый пляж и солярий); использование «разогревающих» мазей и компрессов; выполнение массажа ног.

Исходя из всего выше сказанного следует подчеркнуть, что варикозная болезнь является хроническим, медленно прогрессирующим заболеванием. Основой его возникновения считается наследственно обусловленная слабость каркаса венозной стенки. Однако, варикозная болезнь не относится к заболеваниям генетического характера. На ее развитие влияет нездоровый образ жизни и воздействие негативных факторов окружающей среды.

«Склеротерапия представляет собой безопасный метод лечения, который характеризуется минимальным количеством противопоказаний».

лечащий врач должен принять во внимание данные особенно состояния больного. Кроме того, перед выполнением склеротерапии необходимо уточнить у пациента, какие антикоагулянты или антитромбоцитарные препараты он принимал/принимает. После завершения процедуры пациенту сразу надевается

На современном этапе использование эндоваскулярных технологий таких как эндовазальная лазерная абляция, радиочастотная коагуляция вен, клеевая облитерация стволов большой или малой подкожных вен является золотым стандартом в лечении варикозной болезни вен нижних конечностей. ■



ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ В ПРЕДОТВРАЩЕНИИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО РИСКА



Варданян Аршак Варданович
Профессор кафедры хирургии
Российской медицинской академии
непрерывного профессионального
образования (ФГБОУ ДПО РМАНПО)
Минздрава России, д.м.н.

Цель. Оценить возможности
и результаты лечебных рентге-
ноэндоваскулярных методик
в предотвращении тромбоэмбо-
лии легочных артерий (ТЭЛА).

Материал и методы

С января 2018 по октябрь 2024 гг.
проведен анализ результатов ле-

чения у 137 больных высокого ри-
ска (по шкале Каприни) с эмболо-
опасным тромбозом глубоких вен
(ТГВ), находящихся на лечении
в отделении сосудистой хирургии
ММНKC им. С.П. Боткина с ис-
пользованием эндоваскулярных
технологий. Возраст пациентов
варьировал от 21 до 91 года (сред-
ний возраст $68,6 \pm 0,5$). Количество
мужчин и женщин: 57 (42%) и 80
(58,3%) соответственно.

У 53 (38,6%) больных с венозными
тромбоэмболическими осложне-
ниями (ВТЭО) диагностирова-
но онкологическое заболевание,
а у 25 (18,2%) больных ТГВ разви-
лся вследствие переломов костей
нижней конечности. Идиопати-
ческий илиофemorальный тром-
боз выявлен у 51 (37,2%) больных,
а ретромбоз — у 2 (1,5%) больных.

Всем больным с диагностирован-
ным эмболоопасным тромбозом
в системе нижней полой вены на-
значалась антикоагулянтная те-
рапия НМГ, либо прямыми ораль-
ными антикоагулянтами (ПОАК).

Результаты исследования

При УЗДС системы нижней по-
лой вены (НПВ) у 53 (38,9%)

больных выявлен илиофemor-
альный тромбоз с призна-
ками флотации. У 4 (2,9%)
больных выявлен ТГВ с локали-
зацией в общей подвздошной
вене (ОПВ) с флотирующей ча-
стью тромба в НПВ выше уров-
ня впадения почечных вен,
произведено эндоваскулярное
фрагментирование венозно-
го тромба с использованием
устройства для эндоваскуляр-
ной тромбэктомии «ТРЭКС»
и последующей имплантацией
кава-фильтра.

Всем 137 пациентам импланти-
рованы кава-фильтры, при этом
у пациентов с онкологическим
заболеванием имплантировали
постоянный кава-фильтр. У 45
(32,8%) больных впоследствии
кава-фильтры были удалены.
Все пациенты были выписаны
из стационара на 5–7 сутки.

Заключение

Использование миниинвазив-
ных эндоваскулярных лечебных
технологий при эмболоопасном
ТГВ позволяют избежать откры-
той тромбэктомии в условиях
искусственного кровообраще-
ния. ■



СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКИМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ПЕРЕД ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА



Давтян Арман Генрикович
Заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики, лечения и хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции ФГБУ «Клиническая больница № 1» УДП РФ.



Около половины пациентов с критическим аортальным стенозом старше 70 лет страдают от ишемической болезни сердца (ИБС). Определённую сложность представляет выбор тактики у пациентов с критическим аортальным стенозом: тяжёлый аортальный стеноз требует безотлагательного протезирования клапана, а проведение баллонной ангиопластики и стентирование коронарных артерий повышает риски кровотечения за счёт двойной или тройной дезагрегантной терапии.

Целью исследования стало изучение оптимальной тактики ведения пациентов с ИБС и критическим стенозом аортального клапана.

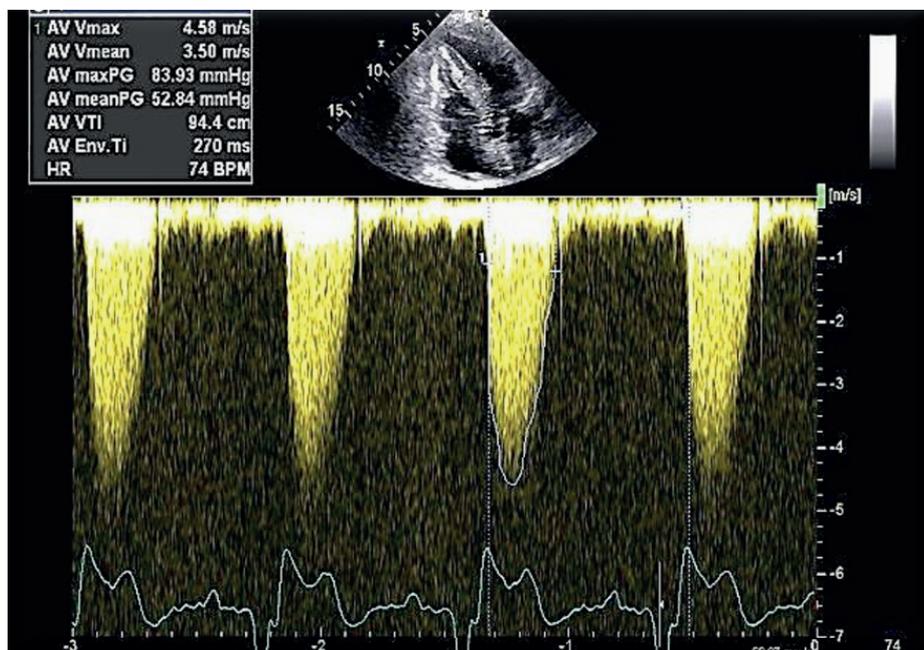
Материалы и методы

Для решения поставленной задачи исследованы 32 пациента с ишемической болезнью сердца, направленных для выполнения транскатетерной имплантации

аортального клапана (ТИАК). В первую группу включили 10 человек, имеющих коронарный атеросклероз с сужением более 70% от просвета артерии на момент проведения ТИАК. Вторую группу составили 22 пациента со стентированием коронарных артерий в срок более 3 месяцев до оперативного вмешательства. Всем пациентам выполнено протезирование аортального клапана.

Результаты

Проведены контрольные послеоперационные лабораторные и инструментальные измерения у пациентов обеих групп. Отмечается эффективность проведённого вмешательства у всех больных (снижение максимального градиента давления с ~ 80,18 до 17,60 мм рт.ст., увеличение фракции выброса с ~ 58,75% до 60,65%, снижение СДЛА с ~ 39,34 до 36,65 мм рт.ст., увеличение скорости клубочковой фильтрации с 60,37 до 64,37 мл/мин/1,73/м²). Отдель-

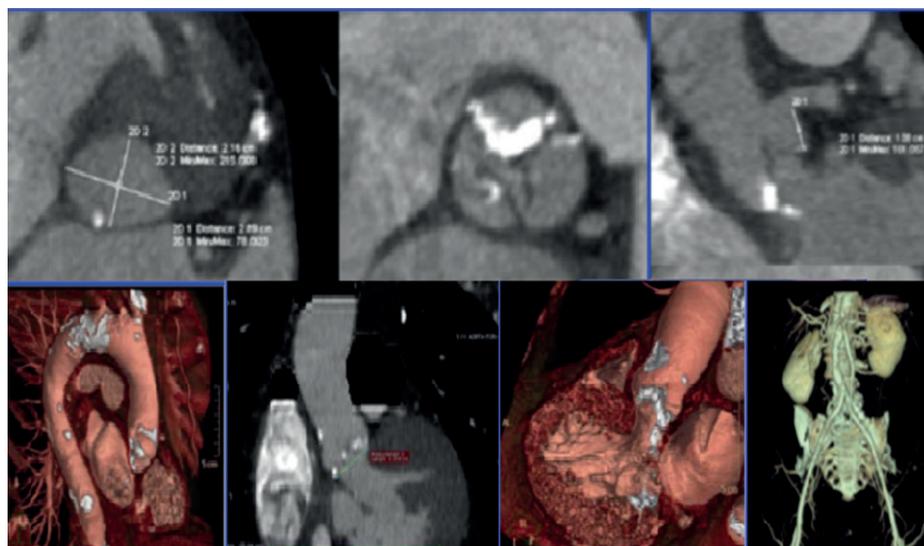


но отмечено, что достоверных различий в послеоперационных показателях у пациентов обеих групп не было. Однако, при рассмотрении частоты неблагоприятных эффектов отмечено, что несмотря на отсутствие достоверных различий по общему количеству осложнений (острая почечная недостаточность: 10% vs 9%, установка электрокардиостимулятора 10% vs 6%, фибрилляция предсердий 10% vs 15%) количество возникших блокад достоверно больше в группе с гемодинамически значимыми стенозами коронарных артерий (атриовентрикулярная блокада зафиксиро-

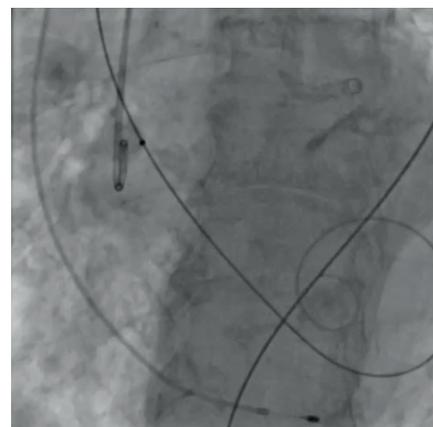
вана у 60% группы 1 и у 22,7% пациентов второй группы, блокада правой ножки пучка Гиса зафиксирована у 15% группы 1 и не зарегистрирована у пациентов второй группы).

Заключение

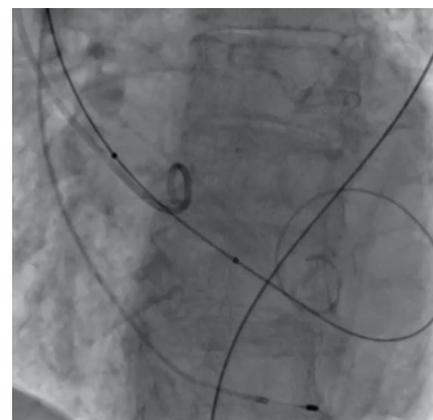
Показано преимущество стентирования гемодинамически суженных коронарных артерий в рамках предоперационной подготовки к ТИАК в срок более 3 месяцев, что позволяет снизить количество блокад с сохранением эффективности протезирования клапана. ■



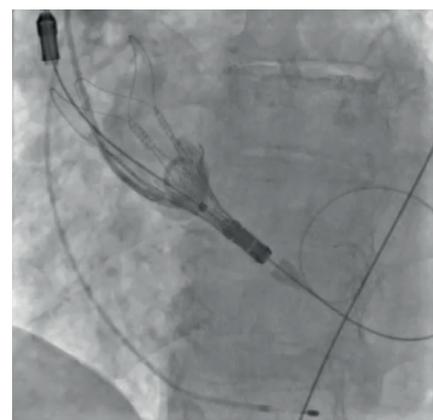
Предоперационная подготовка. Оценка зоны имплантации: размеры аортального кольца, кальциноз аорты, расстояние от кольца до устья КА. Оценка зоны доступа: извитость, кальциноз, диаметр зоны доступа.



Ангиография в проекции имплантации аортального клапана.



Выполнение преддилатации.



Раскрытие «короны».



Результат после имплантации аортального клапана.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ТАЗОВЫХ ВЕН



Панков Алексей Сергеевич
Врач отделения рентгенохирургических методов диагностики, лечения и хирургического ритма сердца и электрокардиостимуляции ФГБУ «Клиническая больница № 1» УДП РФ.

Цель: оценить эффективность эндоваскулярного лечения варикозного расширения тазовых вен.

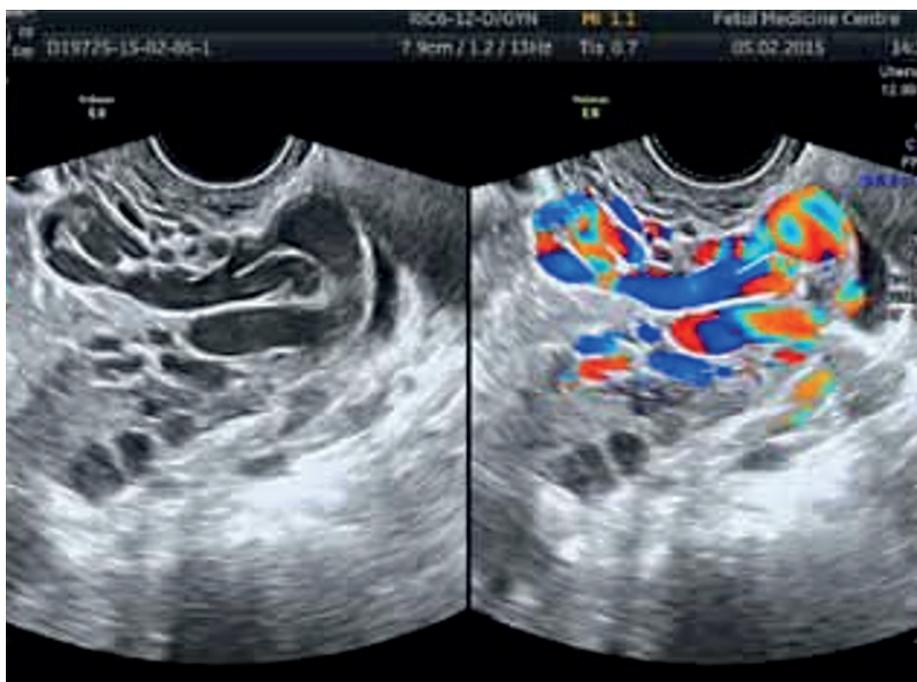
Методы

В статье отражены базовые сведения относительно эндоваскулярного лечения варикозного расширения тазовых вен. Примерно 20% лапароскопических операций в области малого таза у женщин выполняются по поводу хронической тазовой боли. Достаточно часто после этих операций боль сохраняется. По данным разных авторов, примерно в 30% случаев хроническая тазовая боль у женщин связана с венозным застоем. В статье показаны наиболее частые жалобы у женщин с тазовым вари-

козом, а также наиболее точные методы диагностики данной патологии. В качестве основных эмболизирующих агентов при лечении тазового варикоза эндоваскулярные хирурги используют этоксисклерол и спирали. Продемонстрированы примеры эмболизации и стентирования при тазовых болях у женщин с хорошим клиническим результатом.

В последнее время все чаще используется эндоваскулярное лечение варикозного расширения тазовых вен у мужчин. Урологи часто наблюдают пациентов, которые многие годы проходят курсы лечения от «абактериального хронического простатита», с тазовыми болями, отсутствием высева микробиоты и лечением

без эффекта. Показано, что у данных пациентов также необходимо исключить влияние тазового варикоза. Приведены клинические примеры успешного эндоваскулярного лечения тазового варикоза у мужчин. Один из пациентов, возраст 18 лет, жаловался на выраженные тазовые боли (8 баллов по шкале ВАШ), которые усиливались при мочеиспускании. По данным МРТ было выявлено варикозное расширение тазовых вен, а также компрессия левой общей подвздошной вены (синдром Мэя-Тернера). Первым этапом было выполнено стентирование сужения левой общей подвздошной вены, вторым этапом проведена эмболизация варикозно расширенных тазовых вен с помощью этоксисклерола и спиралей. Через 2 года после вмешательства пациент отмечает почти полное исчезновение тазовых болей и дизурии. Еще один пациент, возрастом 45 лет, жаловался на выраженные тазовые боли (7-8 баллов по шкале ВАШ) на протяжении 12 лет и азооспермию на протяжении 20 лет. Многократные курсы лечения у урологов эффекта не приносили. По данным МРТ были выяв-



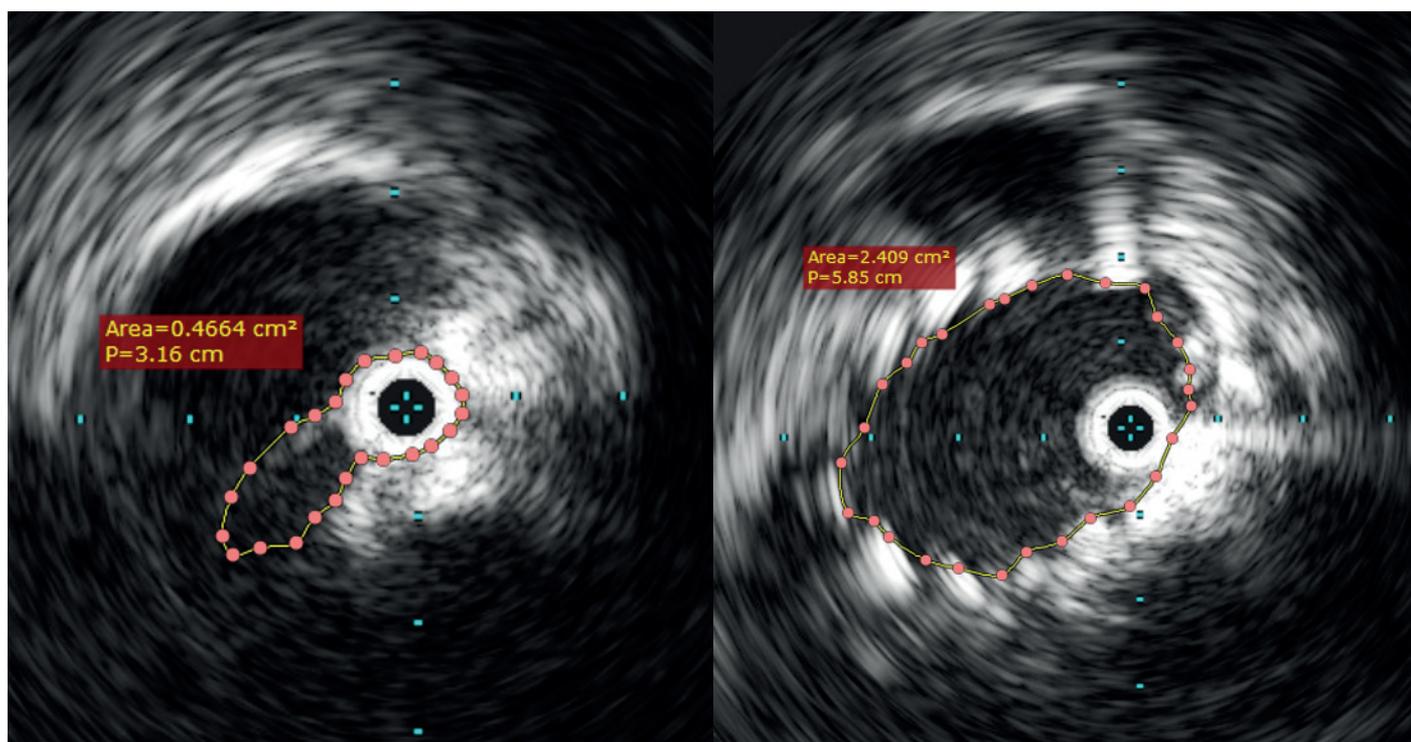
Трансабдоминальное и трансагинальное УЗИ – первичный метод диагностики тазового варикоза.

лены сужения подвздошных вен справа и слева (двусторонний синдром Мэя-Тернера), по данным УЗИ мошонки – варикоцеле слева. Пациенту одновременно было выполнено стентирование сужений подвздошных вен справа и слева, а также эмболизация варикоцеле слева. Через год после вмешательства тазовые боли

исчезли, азооспермия осталась без изменений.

Выводы

Эндоваскулярные вмешательства при варикозном расширении тазовых вен является эффективным и безопасным методом лечения. ■



Данные ВСУЗИ до и после стентирования. До: площадь поперечного сечения в зоне компрессии левой ОПВ до стентирования - 47 кв.мм. После: площадь поперечного сечения в зоне компрессии левой ОПВ после стентирования - 241 кв.мм (в 5 раз больше).

КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИЙ И АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКИЙ ИШЕМИЧЕСКИЕ ИНСУЛЬТЫ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ, СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДА ИНВАЗИВНОЙ ТЕРАПИИ



**Молохоев
Евгений Борисович**

Врач отделения рентгенохирургических методов диагностики, лечения и хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции ФГБУ «Клиническая больница № 1» УДП РФ.

Цель: оптимизировать стратегию эндovasкулярных методов лечения острых кардиоэмболических и атеротромботических ишемических инсультов с окклюзией крупной церебральной артерии.

Методы

Работа представлена ретро- и проспективным когортным исследованием. Проанализирована тактика диагностики, методика эндovasкулярного лечения и прогноз исходов инсульта. По данным исследования, проведенного на базе ФГБУ «Клиническая больница № 1» УДП РФ, выполнен многомерный статистический анализ

клиникоинструментального обследования, лечения, ближайших и отдаленных исходов у 324 пациентов, пролеченных с 2010г по 2023г, включающих 191 эндovasкулярных вмешательства при остром ишемическом инсульте.

Результаты

Эндovasкулярные методы лечения у больных кардиоэмболическим и атеротромботическим ишемическим инсультом позволили в два раза снизить летальность в сравнении с медикаментозным лечением (с 36,1% до 14,3% ($p < 0,05$)), достигнуть регресса неврологического дефицита до 0–4 балла по шкале NIHSS у 65% больных, а так же увеличить долю больных с хорошим функциональным восстановлением (0–2 по модифицированной шкале Рэнкина) с 21,1% до 53,4% ($p < 0,05$).

Определена совокупность клинических прогностических признаков риска возможного благоприятного и неблагоприятного исхода после эндovasкулярного вмешательства: женский пол, пожилой возраст, ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения II–III функционального класса, повторный ишемический инсульт, периферический атеросклероз, частота сердечных сокращений после операции, тяжесть неврологического дефицита.

Из лабораторных и инструментальных данных на исход инсульта после операции влия-

ют: показатели коагулограммы (протромбиновый индекс, международное нормализованное отношение), окклюзия проксимального (экстракраниального) отдела внутренней сонной артерии, уровень коллатерального кровотока в ишемизированную зону мозга, геморрагическое пропитывание зоны инфаркта мозга, использование баллонного гайд-катетера и аспирационного катетера.

Разработаны решающие правила прогнозирования благоприятного и неблагоприятного исхода кардиоэмболического и атеротромботического инсультов, обладающие высокой чувствительностью и специфичностью.

Примененная прогностическая модель исхода инсульта оптимизировала и улучшила клиническую эффективность эндovasкулярных тромбэктомий. Летальность снижена с 15,9% до 14,3% ($p < 0,05$), улучшен функциональный исход (0–2 по модифицированной шкале Рэнкина) с 53,4% до 64,3% больных в сравнении с основной «группой 1» оперированных больных ($p < 0,05$).

Неврологический дефицит по шкале NIHSS при кардиоэмболическом подтипе инсульта на 7-е сутки после операции снижен с 14 [8; 19] до 4 [2; 12] баллов, при атеротромботическом — с 10 [6; 16] до 4 [2; 8] баллов.

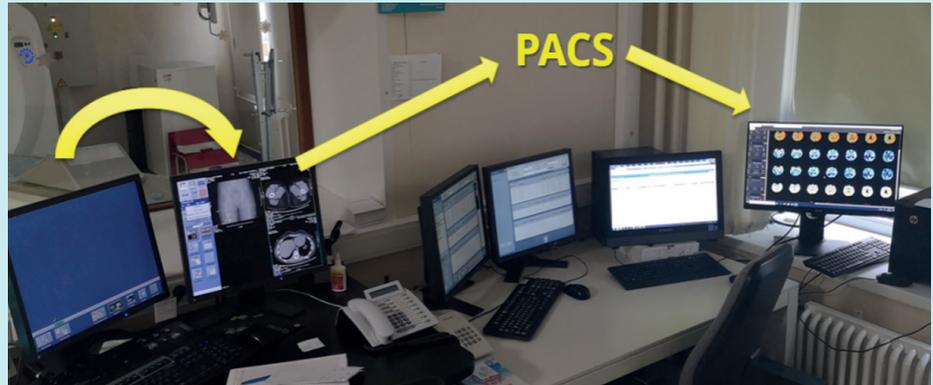
Эндovasкулярные вмешательства выполненные у больных,

поступивших в стационар в период 4,5–24 часа от начала инсульта и отобранных на операцию по результатам компьютерной или магнитно-резонансной томографий (перфузионных исследований) головы, позволяют снизить неврологический дефицит с 10 [7; 14] до 4 [2; 8] баллов по шкале NIHSS и улучшить функциональный исход (0–2 по модифицированной шкале Рэнкина) у 40% больных, что сопоставимо с группой оперированных больных, поступивших в стационар до 4,5 часа от начала инсульта.

Имплантация стентов в интра- и экстрацеребральные артерии при осложненной атеросклеротической бляшке или резистентных к эндовакулярным методам извлечения тромбов в острейшем периоде инсульта позволили достичь полной ревакуляризации мозга до mTICI 2b-3 в 92,9% случаев, без увеличения частоты симптомного внутричерепного кровоизлияния. Хорошая степень ревакуляризации мозга до mTICI 2b-3 достоверно ассоциирована с увеличением доли больных с хорошим функциональным восстановлением до 0 – 2 по модифицированной шкале Рэнкина, в сравнении с недостаточной степенью реканализации церебральной артерии до mTICI 0-2a (52%, против 22%; $p < 0,05$). Частота симптомного внутричерепного кровоизлияния после эндовакулярных вмешательств составила 4,2%.

Эндовакулярные тромбэктомии эффективны в лечении внутригоспитального ишемического инсульта с окклюзией крупного церебрального сосуда. Операции позволили снизить летальность до 14%, достигнуть регресса неврологического дефицита до 0–4 балла по шкале NIHSS у 60% больных, что сопоставимо с больными инсультом поступившим по каналу скорой медицинской помощи.

МЕТОДЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ



Кабинет компьютерной томографии.



Пультовая рентгеноперационная.



Рентгеноперационная.



Эндовакулярный инструментарий.

Комплекс эндovasкулярных и лечебно-реабилитационных мероприятий с применением прогностической модели исхода инсультов, обеспечил функциональное восстановление больных до mRS 0–2 в 67,9% случаев на 30-й день лечения, по сравнению с 21,1% в группе медикаментозного лечения ($p < 0,05$), а так же сократило в два раза сроки пребывания больных в блоке реанимации отделения нарушения мозгового кровообращения в «группе 2» с 19,0 [13,5; 26,5] до 10,5 [5,7; 14,0] койко-дней ($p = 0,01$).

Заключение

Эндovasкулярные методы лечения, в сравнении с медикаментозной терапией, эффективны в лечении острых ишемических инсультов, включая внутрисосудистые, с окклюзией крупной церебральной артерии

путём снижения летальности, достижения регресса неврологического дефицита и хорошего функционального восстановления.

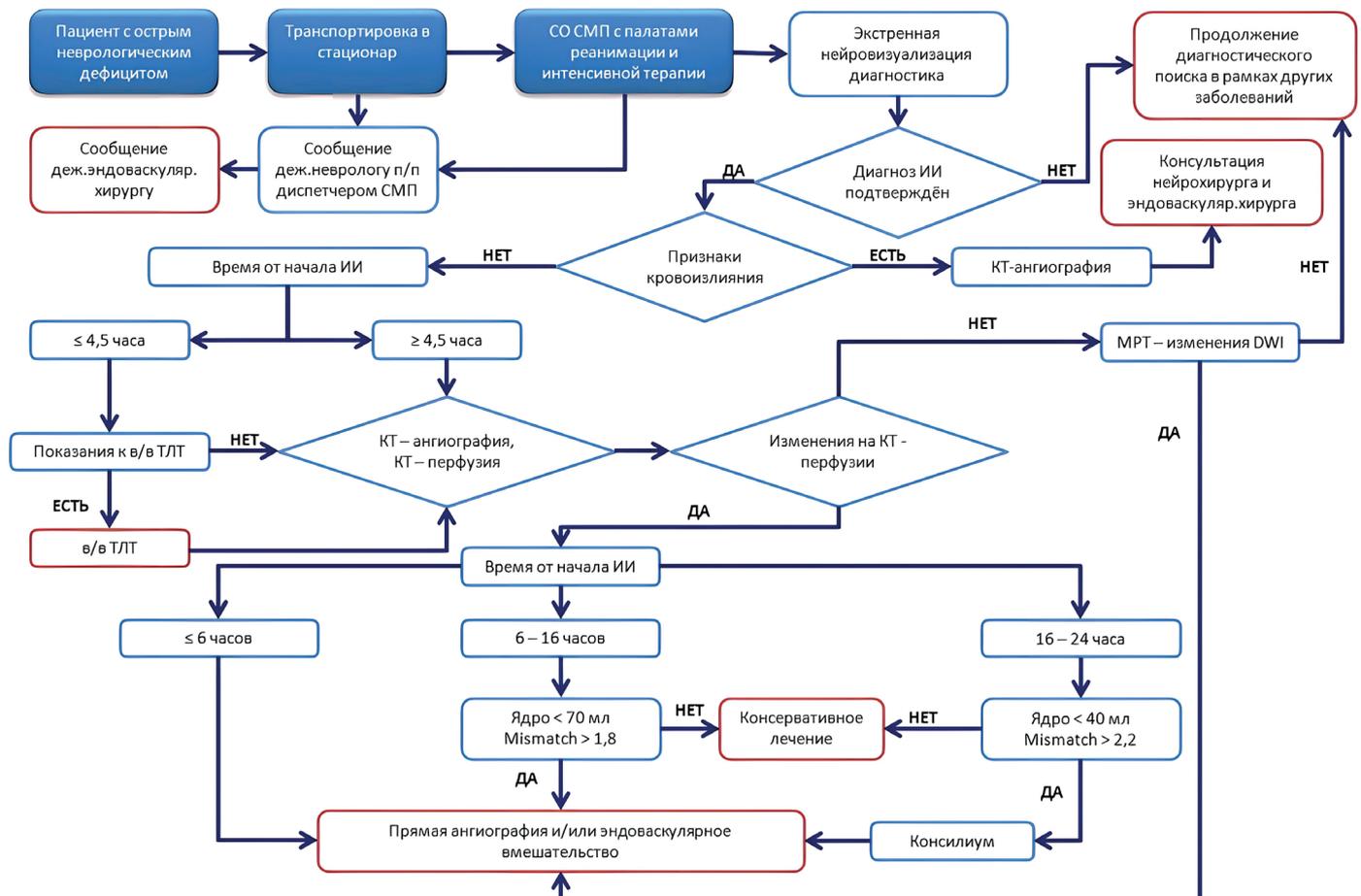
Определена совокупность клинических, лабораторных и инструментальных прогностических признаков, сведённых в решающие правила риска возможного благоприятного и неблагоприятного исхода кардиоэмболического и атеротромботического инсультов после эндovasкулярного вмешательства.

Разработанный алгоритм стратегии инвазивного лечения инсульта с применением прогностической модели исхода кардиоэмболического и атеротромботического инсультов, комбинированных методов тромбэктомии с имплантацией стентов в интра- и экстракраниальные артерии в острейшем

периоде инсульта и комплекса ранних реабилитационных мероприятий, улучшил клиническую эффективность эндovasкулярных тромбэктомий в снижении летальности, уменьшении неврологического дефицита, увеличении доли больных с хорошим функциональным восстановлением и сокращением сроков пребывания больных инсультом в блоке реанимации.

Эндovasкулярные вмешательства, выполненные у больных, поступивших в период 4,5–24 часа от начала инсульта, позволили снизить неврологический дефицит и улучшить функциональное восстановление, что свидетельствует о значимой пользе рутинных нейровизуализационных (перфузионных) исследований головы для отбора больных на механическую тромбэкстракцию. ■

МАРШРУТИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ



ТРАНСКАТЕТЕРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ КЛАПАНА В ПРАКТИКЕ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

Аортальный стеноз — самая частая клапанная патология у взрослых, требующая проведения хирургического вмешательства. Транскатетерная имплантация аортального клапана (ТИАК) позволяет малоинвазивно произвести протезирование клапана и является альтернативной классической открытой кардиохирургической операцией.

Материалы и методы

Проанализированы результаты 92 операций ТИАК через бедренную артерию у пациентов с критическим аортальным стенозом. Средний возраст больных составил $74,53 \pm 8,67$ лет, мужчин было 54%. По данным ЭхоКГ максимальный трансклапанный градиент давления достигал $85,76 \pm 26,66$ мм рт. ст. Техника выполнения ТИАК была стандартной для данного вмешательства.

Результаты

У всех пациентов сразу после операции значительно уменьшился максимальный градиент

давления на аортальном клапане до референсных значений остаточного градиента на биопротезе аортального клапана с $85,76 \pm 26,66$ до $19,13 \pm 6,31$ мм рт. ст. Следует отметить достоверное увеличение фракции выброса ЛЖ в среднем на 2,5% ($p < 0,05$) непосредственно после имплантации клапана. Дополнительно отмечалось статистически значимое снижение СДЛА на $4,9 \pm 1,7$ мм рт. ст., что уменьшило долю больных с тяжелой легочной гипертензией на 19%. Наблюдалось уменьшение уровня креатинина и возрастание скорости клубочковой фильтрации, что указывает на улучшение функции почек после коррекции аортального порока.

Заключение

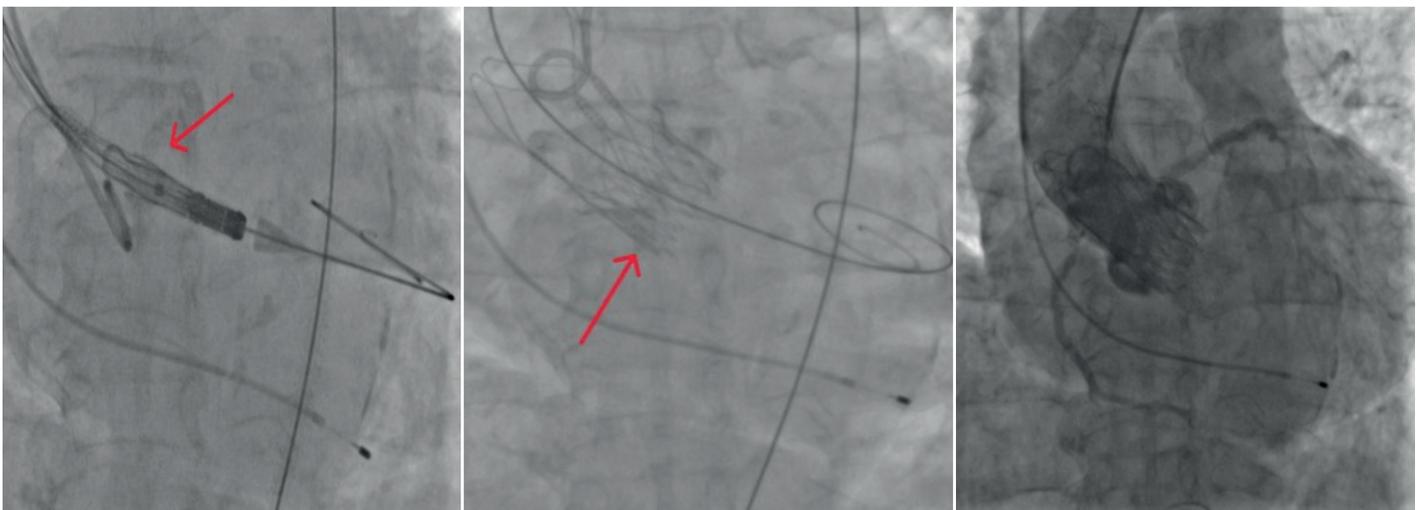
Результаты данной работы подтверждают эффективность ТИАК для лечения критического стеноза аортального клапана. Протезирование клапана позволяет в ранние послеоперационные сроки нормализовать внутрисердечную гемодинамику, умень-



Киракосян Вардан Рафикович

Врач отделения рентгенохирургических методов диагностики, лечения и хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции ФГБУ «Клиническая больница № 1» УДП РФ.

шить уровень митральной недостаточности, снизить давление в легочной артерии. ТИАК может быть рассмотрена в качестве метода неотложной медицинской помощи, что требует дальнейшего изучения. ■



Транскатетерное протезирование аортального клапана.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА НА ОСНОВЕ ДАННЫХ СДВИГОВОЙ ВОЛНОВОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ

Цель исследования — изучить взаимосвязь между данными сдвиговой волновой эластографии и результатами селективного катетерного тромболитика, а также оценить отдаленные результаты лечения у пациентов с острым подвздошно-бедренным тромбозом глубоких вен нижних конечностей.

Материалы и методы

В исследование было включено 54 пациента (26 мужчин и 28 женщин в возрасте от 31 до 66 лет). Критериями включения были первичный ТГВ, подтвержденный ультразвуковым дуплексным сканированием в течение 14 дней от начала заболевания, и отсутствие противопоказаний к тромболитису. После первичной

оценки и подписания информированного согласия пациентам проводили сдвиговую волновую эластографию и флебографию. Затем устанавливался катетер для селективного тромболитика. Результаты тромболитика оценивали по окончании КУТ и сравнивали с параметрами эластографии. На основании эластографической классификации принималось решение об имплантации стента. Наблюдение проводилось через 6 и 12 месяцев после лечения у всех пациентов. Для оценки посттромботического заболевания и степени ее тяжести использовалась шкала S. Villalta.

Результаты

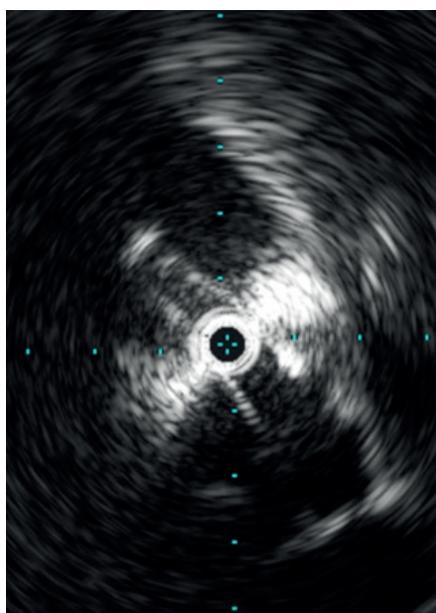
Технический успех КУТ отмечен у 38 (70,4%) пациентов. У 31



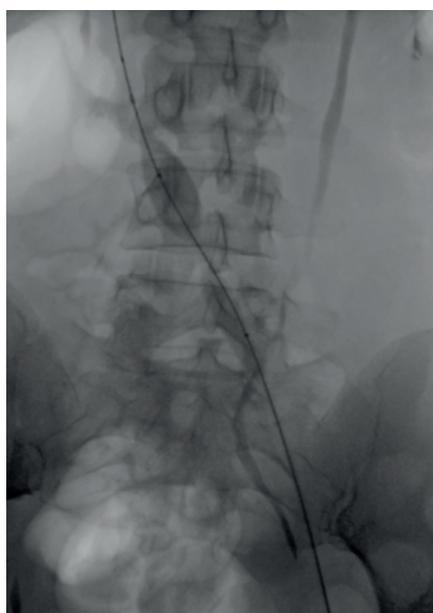
Баринов

Евгений Викторович

Врач отделения рентгенохирургических методов диагностики, лечения и хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции ФГБУ «Клиническая больница №1» УДП РФ.



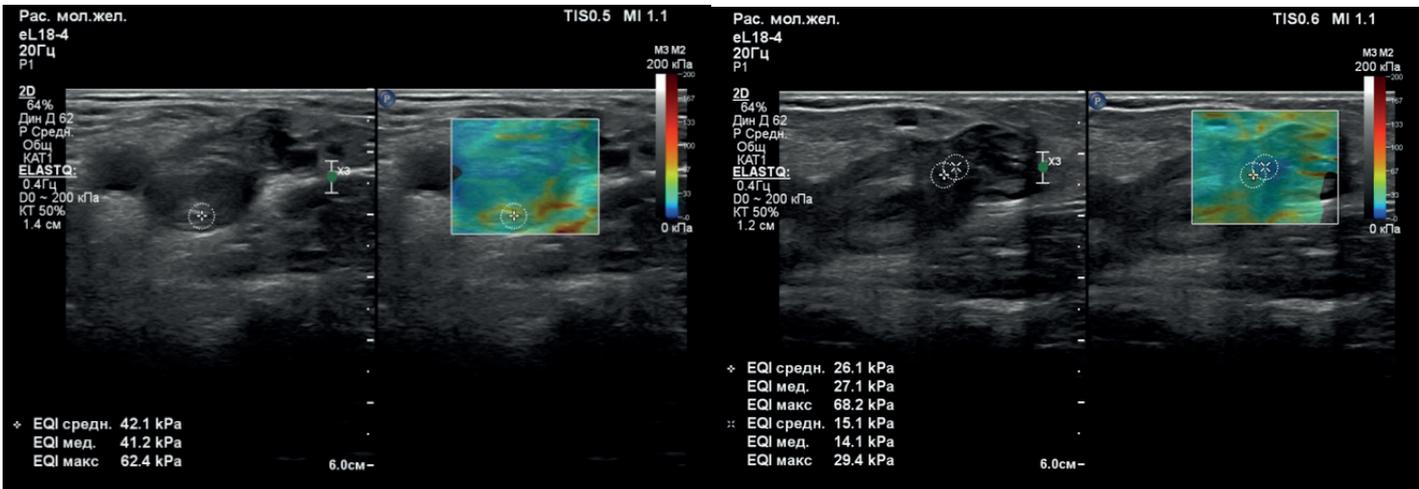
ВСУЗИ.



Ангиопластика.



Адекватный отток.



Сдвиговая эластография окклюзивных тромботических масс подвздошно-бедренного венозного сегмента.

(57,4%) процедура КУТ была выполнена стентированием подвздошной вены из-за гемодинамически значимого стеноза, выявленного при контрольной флебографии на ранней стадии. У 7 (13%) тромбомассы полностью лизировались. У 16 (29,6%) из-за безуспешного тромболитика позже была проведена ангиопластика и стентирование. При анализе частоты и тяжести развития ПТБ, у 22,2% не было ПТБ, у 50% был легкий ПТБ и у 24,1% был умеренный ПТБ. Только у 3,7% развилась тяжелая

ПТБ. Корреляционный анализ между параметрами эластографии и результатами тромболитика показал высокую степень корреляции.

Заключение

Полученные результаты свидетельствуют о том, что сдвиговая волновая эластография может быть полезна для оценки времени возникновения тромбов и определения их чувствительности к тромболитическому лечению у пациентов с острым

тромбозом глубоких вен нижних конечностей (ТГВ).

Разработанная нами классификация эластографических типов может помочь выявить пациентов у которых выполнение селективного тромболитика будет иметь наилучшие результаты при минимальных рисках геморрагических осложнений. Раннее устранение остаточной обструкции с помощью имплантации стента может снизить частоту и тяжесть посттромботической болезни. ■

Дизайн клинического исследования



РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА СОСУДОВ СЕРДЦА И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

Программа Check-Up [чекан] для диагностики и контроля состояния здоровья

Программа дает возможность в полном объеме выявить наличие атеросклероза, определить степень выраженности поражения артериального русла, оценить риски развития инфаркта, инсульта, гангрены ног и предложить современные методы лечения, что позволяет снизить риски инвалидизации и улучшить качество жизни.

В программу входит:

- Консультация врача-кардиолога (первичная).
- ЭКГ, ЭХОКГ.
- УЗИ БЦА.
- УЗИ артерий нижних конечностей.
- МСКТ кальциевый индекс.
- Б/х анализ крови (липидный спектр, мочевина, креатинин, глюкоза, АЛТ, АСТ, белок, билирубин).
- Консультация врача-кардиолога по результатам обследования, рекомендации по лечению и дальнейшей профилактике.



*Больше информации обо всех программах Check-Up [чекан] для диагностики и контроля состояния здоровья на официальном сайте Волынской больницы.
volynka.ru/CheckUp*



ФГБУ «Клиническая больница №1» (Волынская) УДП РФ
121352, г. Москва, ул. Староволынская, 10

Сайт:
volynka.ru

Моб. приложение:
«Больница №1»

Telegram канал:
@volynka_vestnik

Колл-центр:
(499) 233-00-00

Вконтакте:
@volynskayakb