

- diseases risk factors in Russian population with arterial hypertension]. *Kardiologia [Cardiology]*. 2014; 10: 4-12.
9. Kaplan NM. The deadly quartet: Upper body obesity, glucose intolerance, hypertriglyceridemia, and hypertension. *Arch Intern Med*. 1989; 149: 1514–1520.
  10. Gerasimova AS, Oleynikov VE. Arterialnaya hipertoniya, associirovannaya s metabolicheskim sindromom: osobennosti techeniya i porazheniya organov-misheney [Arterial hypertension in association with metabolic syndrome: characteristics of clinical course and changes of target organs]. *Izvestiya vysshyh uchebnyh zavedeniy; Povolzhskiy region [University proceedings; Volga region]*. 2008; 3: 88-101.
  11. Kalashnikova MF. Metabolicheskiy sindrome: sovremenniy vzglyad na koncepciu, metody profilaktiki i lecheniya [Metabolic syndrome: a modern view on concept, prevention methods and treatment]. *Effektivnaya farmakoterapiya: Endokrinologia [Effective pharmacotherapy: Endocrinology]*. 2013; 55 (6): 52-63.
  12. Krasilnikova EI, Baranova EI, Blagosklonnaya YaV, Bystrova AA, et al. Mehanizmy razvitiya arterialnoy hipertenzii u bolnyh metabolicheskim sindromom [Mechanisms of arterial hypertension in metabolic syndrome] *Arterialnaya hipertenziya [Arterial hypertension]*. 2011; 17 (5): 405-414.
  13. Resistant Hypertension: Diagnosis, Evaluation and Treatment. A Scientific Statement From the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research (trans.A.O Konradi). *Arterial hypertension*. 2008; 14 (3): 187-202.
  14. Fendrikova AV, Skibitsky VV, Garkusha ES. Gendernye razlichia antihypertenzivnoy effektivnosti kombinirovannoy farmakoterapii u pacientov s refrakternoy arterialnoy hipertenziey i abdominalnym ozhireniem s uchetom solevchuvstvitelnosti [Gender differences in antihypertensive efficiency of combination pharmacotherapy in patients with resistant hypertension and abdominal obesity in relation to salt sensitivity]. *Arterialnaya hipertenziya. [Arterial hypertension]*. 2016; 22 (4): 370-381.
  15. Krasilnikova EI, Blagosklonnaya YaV, Bystrova AA, Baranova EI, et al. Adipozopatiya — kluchevoe zveno razvitiya insulinorezistentnosti [Adiposopathy as a key factor in the development of insulin resistance]. *Arterialnaya hipertenziya. [Arterial hypertension]*. 2012; 18 (2): 165-176.
  16. Reaven GM. Insulin resistance / compensatory hyperinsulinemia, essential hypertension, and cardiovascular disease. *J Clin Endocrinol Metab*. 2003; 88: 2399–2403.
  17. Krasilnikova EI, Bystrova AA, Chilashvili MA, Stepanova VL, et al. Ozhirenie i angiotenzinII [Obesity and angiotensin II]. *Arterialnaya hipertenziya. [Arterial hypertension]*. 2013; 19 (3): 196-203.
  18. Kurshakova LN, Shabanova GJ, Sharifullina ER, Lysenko RG. Insulinorezistentnost i narusheniya uglevodnogo obmena pri metabolicheskom sindrome u muzhchin [Insulin resistance and carbohydrate metabolism disorders in metabolic syndrome in males]. *Kazanskiy medicinskiy zhurnal [Kazan medical journal]*. 2009; 90 (2): 239-243.
  19. Sergeeva VV, Rodionova AYU, Mikhailov AA, Bobyleva TA, et al. Principy antihypertenzivnoy terapii pri metabolicheskom sindrome [Principles of antihypertensive therapy in metabolic syndrome]. *Klinicheskaya medicina [Clinical medicine]*. 2013; 6: 4-8.
  20. Kremneva LV, Abaturova OV, Shalaev SV. Osobennosti antihypertenzivnoy terapii u bolnyh metabolicheskim sindromom [The features of antihypertensive therapy in patients with metabolic syndrome]. *Racionalnaya farmakoterapiya v kardiologii [Ration Pharmacother Cardiol]*. 2014; 10 (2): 212-219.

© Б.М. Миролюбов, Р.Р. Камалтдинов, А.Р. Сайфутдинова, А.Г. Агеев, Ю.Ф. Гимадиев, Р.Ф. Сахибуллин, С.Р. Фаттахов, 2017

УДК 617.58-005.4-036.12-089.168

DOI: 10.20969/VSKM.2017.10(4).43-47

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

**МИРОЛЮБОВ БОРИС МИХАЙЛОВИЧ**, канд. мед. наук, доцент кафедры хирургических болезней №1 ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49; куратор отделений сосудистой хирургии № 1 и № 2 ГАУЗ РКБ МЗ РТ; врач-ангиохирург хирургического отделения Клинического госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по РТ», Россия, 420059, Казань, Оренбургский тракт, 132, тел. (843) 291-26-88

**КАМАЛТДИНОВ РУСЛАН РАФАИЛОВИЧ**, студент ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49

**САЙФУТДИНОВА АЛИНА РЕНАТОВНА**, студентка ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49

**АГЕЕВ АЛЕКСАНДР ГЕННАДЬЕВИЧ**, зав. хирургическим отделением Клинического госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по РТ», Россия, 420059, Казань, Оренбургский тракт, 132, тел. (843) 291-26-88

**ГИМАДИЕВ ЮНУС ФАЗЛУЛЛОВИЧ**, врач хирургического отделения Клинического госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по РТ», Россия, 420059, Казань, Оренбургский тракт, 132, тел. (843) 291-26-88

**САХИБУЛЛИН РАМИЛЬ ФАРХАТОВИЧ**, зав. эндоскопическим кабинетом Клинического госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по РТ», Россия, 420059, Казань, Оренбургский тракт, 132, тел. (843) 291-26-88, e-mail: sahibullin@mail.ru

**ФАТТАХОВ САЛИХ РАФКАТОВИЧ**, врач хирургического отделения Клинического госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по РТ», Россия, 420059, Казань, Оренбургский тракт, 132, тел. (843) 291-26-88

**Реферат. Цель исследования** — сравнительная оценка эффективности лечения и анализ осложнений у больных, прооперированных различными способами шунтирования (бедренно-подколенное шунтирование и глубокое бедренно-подколенное шунтирование) по поводу хронической артериальной недостаточности нижних конечностей. **Материал и методы.** Исследованы результаты лечения 415 больных в возрасте от 40 до 90 лет, страдающих хронической артериальной недостаточностью нижних конечностей, прооперированных на базе ГАУЗ РКБ МЗ РТ в отделении сосудистой хирургии № 1. 1-ю группу составили 329 больных, которым выполнено аутовенозное бедренно-подколенное шунтирование, 2-ю — 86 больных, которым выполнено аутовенозное глубокое бедренно-подколенное шунтирование. **Результаты и их обсуждение.** Эффективность лечения при бедренно-подколенном шунтировании составила 76,6% (250 случаев). При глубоком бедренно-подколенном

шунтировании эффективность составила 92% (79 случаев). В 1-й группе больных, которым было выполнено аутовенозное бедренно-подколенное шунтирование, осложнения возникли в 22% случаев. Во 2-й группе больных, которым было выполнено аутовенозное глубокое бедренно-подколенное шунтирование, осложнения возникли в 8% случаев. Первичная проходимость шунтов при бедренно-подколенном шунтировании в раннем послеоперационном периоде составила 98%. Вторичная проходимость при бедренно-подколенном шунтировании составила 99,6%. Первичная проходимость при глубоком бедренно-подколенном шунтировании составляла 99%, вторичная проходимость при глубоком бедренно-подколенном шунтировании составила 100%. **Выводы.** Глубокое бедренно-подколенное шунтирование имеет убедительные преимущества перед бедренно-подколенным шунтированием по эффективности лечения в ближайшем послеоперационном периоде.

**Ключевые слова:** глубокое бедренно-подколенное шунтирование, бедренно-подколенное шунтирование, осложнения.

**Для ссылки:** Результаты лечения хронической ишемии нижних конечностей / Б.М. Миролюбов, Р.Р. Камалтдинов, А.Р. Сайфутдинова [и др.] // Вестник современной клинической медицины. — 2017. — Т. 10, вып. 4. — С.43—47.

**DOI:** 10.20969/VSKM.2017.10(4).43-47.

## RESULTS OF TREATMENT OF CHRONIC ISCHEMIA OF THE LOWER LIMBS

**MIROLYUBOV BORIS M.**, *C. Med. Sci., associate professor of the Department of surgical diseases № 1 of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49; counselor of the Departments of vascular surgery № 1 and № 2 of Republic Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan; angiurgeon of the Department surgical of Clinical hospital of the Medical Care unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia in the Republic of Tatarstan, Russia, 420059, Kazan, Orenburg tract str., 132, tel. (843) 291-26-88*

**KAMALTDINOV RUSLAN R.**, *student of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49*

**SAYFUTDINOVA ALINA R.**, *student of Kazan State Medical University, Russia, 420012, Kazan, Butlerov str., 49*

**AGEEV ALEXANDER G.**, *Head of the Department of surgical of Clinical hospital of the Medical Care unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia in the Republic of Tatarstan, Russia, 420059, Kazan, Orenburg tract str., 132, tel. (843) 291-26-88*

**GIMADIEV YUNUS F.**, *surgeon of the Department of surgical of Clinical hospital of the Medical Care unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia in the Republic of Tatarstan, Russia, 420059 Kazan, Orenburg tract str., 132, tel. (843) 291-26-88*

**SAKHIBULLIN RAMIL F.**, *Head of the endoscopy office of Clinical hospital of the Medical Care unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia in the Republic of Tatarstan, Russia, 420059, Kazan, Orenburg tract str., 132, tel. (843) 291-26-88, e-mail: sahibullin@mail.ru*

**FATTAKHOV SALIKH R.**, *doctor of the Department of surgical of Clinical hospital of the Medical Care unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia in the Republic of Tatarstan, Russia, 420059, Kazan, Orenburg tract str., 132, tel. (843) 291-26-88*

**Abstract. Aim.** Comparative analysis of effectiveness of treatment as well as of complications in patients who have undergone various shunt procedures for chronic arterial insufficiency of the lower limbs (femoropopliteal bypass and deep femoropopliteal bypass) was performed. **Material and methods.** The results obtained from 415 patients aged 40 to 90 years suffering from chronic arterial insufficiency of the lower limbs after the surgical treatment at Republic Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan in the department of vascular surgery number 1, were studied. The first group consisted of 329 patients who underwent autovenous femoropopliteal shunting. The second group consisted of 86 patients who underwent autovenous deep femoropopliteal shunting. **Results and discussion.** The effectiveness of treatment with autovenous femoropopliteal shunting was 76,6% (250 cases). In case of autovenous deep femoropopliteal shunting the efficacy was 92% (79 cases). In the first group of patients who underwent femoropopliteal shunting, complications occurred in 22% of cases. In the second group of patients who underwent deep femoropopliteal shunting, complications were seen in 8% of cases. The primary patency in femoropopliteal shunts in the early postoperative period was 98%, while the secondary patency was 99,6%. Primary patency in deep femoropopliteal shunting was 99%, while the secondary patency was 100%. **Conclusion.** Autovenous deep femoropopliteal shunting has a convincing advantage over autovenous femoropopliteal shunting in terms of effectiveness of treatment in the nearest postoperative period.

**Key words:** autovenous deep femoropopliteal shunting, autovenous femoropopliteal shunting, complications.

**For reference:** Mirolyubov BM, Kamaltdinov RR, Sayfutdinova AR, Ageev AG, Gimadiev YF, Sakhibullin RF, Fattachov SR. Results of treatment of chronic ischemia of the lower limbs. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2017; 10 (4): 43—47. **DOI:** 10.20969/ VSKM.2017.10(4).43-47.

**Введение.** В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания по летальности и инвалидизации населения занимают первое место в экономически развитых странах.

По данным М.Ю. Горбенко, частота возникновения критической ишемии нижних конечностей составляет 140 случаев на 1 млн населения в год [1]. Согласно исследованиям О. Насташева, В. Кошкина, Л. Дергачева, хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей составляют 20% от всех видов сердечно-сосудистой патологии, т.е. встречается у 2—3% всего населения [2].

Основными методами лечения хронической артериальной недостаточности (ХАН) конечностей

являются хирургические и эндоваскулярные. При поражениях бедренно-подколенного сегмента наиболее распространены операции бедренно-подколенного (БПШ) и глубокого бедренно-подколенного (ГБПШ) аутовенозного шунтирования. Благодаря исследованиям BASIL сегодня принято считать, что аутовена является лучшим материалом [3]. Согласно «Клиническим рекомендациям по ведению пациентов с сосудистой артериальной патологией» [4], аутовена обладает лучшей проходимостью в раннем и позднем послеоперационном периоде. Кроме того, даже осложнения, связанные с использованием аутовены, гораздо легче, чем осложнения при шунтировании с использованием синтетических

протезов. Однако количество осложнений при БПШ остается достаточно высоким. Можно предположить, что значительная часть таких осложнений обусловлена анатомией области наиболее распространенного доступа к бедренной артерии и большой подкожной вене.

**Цель исследования** — сравнительная оценка эффективности лечения и анализ осложнений у больных, прооперированных различными способами шунтирования (БПШ и ГБПШ) по поводу ХАН нижних конечностей.

#### **Задачи исследования:**

1. Сравнить эффективность лечения в раннем послеоперационном периоде при каждом методе шунтирования.

2. Оценить качество и количество осложнений в раннем послеоперационном периоде при каждом варианте шунтирования.

3. Выявить структуру осложнений в каждой группе больных.

**Материал и методы.** Исследованы результаты 415 больных в возрасте от 40 до 90 лет, страдающих ХАН нижних конечностей, прооперированных на базе ГАУЗ РКБ МЗ РТ в отделении сосудистой хирургии № 1. 1-ю группу составили 329 больных, которым выполнено аутовенозное БПШ, 2-ю группу — 86 больных, которым выполнено аутовенозное ГБПШ. Забор аутовены (БПВ — большой подкожной вены бедра) при БПШ производили из нескольких небольших проекционных доступов. Проксимальный анастомоз формировали с общей бедренной артерией (ОБА), а дистальный анастомоз — с подколенной артерией (ПКА), длиной от 10 до 12 мм, нитью пролен 5/0. Забор аутовены при ГБПШ производили из нескольких небольших проекционных доступов. Проксимальный анастомоз формировали с глубокой бедренной артерией (ГБА), а дистальный анастомоз — с подколенной артерией (ПКА), длиной от 10 до 12 мм, нитью пролен 5/0.

При статистической обработке данных использовали программу Primer of Biostatistics version 4.03 by Stanton A. Glantz и метод Хи-квадрат [5].

**Результаты и их обсуждение.** Эффективность лечения при БПШ составила 76,6%. Эффективность лечения при ГБПШ составила 92%.

В 1-й группе больных, которым было выполнено аутовенозное БПШ, осложнения возникли в 22% случаев. Во 2-й группе больных, которым было выполнено аутовенозное ГБПШ, осложнения возникли в 8% случаев. Первичная проходимость шунтов при БПШ в раннем послеоперационном периоде составила 98%. Вторичная проходимость при БПШ составила 99,6%. Первичная проходимость при ГБПШ составила 99%, вторичная проходимость при ГБПШ составила 100%. Эффективность лечения при БПШ составила 76,6% (250 случаев). При ГБПШ эффективность составила 92% (79 случаев).

Нами были выбраны следующие критерии эффективности операции:

1. Исчезновение ишемических болей в конечности и увеличение дистанции безболевого ходьбы.

2. Наличие пульсации аутовенозного шунта в послеоперационном периоде.

3. Заживление ран первичным натяжением.

4. Отсутствие каких-либо осложнений.

При сравнении двух совокупностей (БПШ и ГБПШ) методом Хи-квадрат, различия статистически значимы ( $p < 0,05$ ).

По данным Я.Ю. Муравьевой, эффективность операции аутовенозного БПШ составляет 87,3% [6].

Протез или артерия считаются первично проходимыми, если после операции не выполнялось никаких других вмешательств по поводу восстановления их проходимости. Если проходимость протеза восстановлена после тромбоза с помощью тромбэктомии, тромболизиса, транслюминальной ангиопластики или ревизии с реконструкцией анастомозов, то такие случаи относились к группе вторичной проходимости [7].

Первичная проходимость после БПШ и ГБПШ в раннем послеоперационном периоде (до 30 дней) фактически одинакова ( $p < 0,05$ ): при БПШ составляет 98%, а при ГБПШ — 99%. При изучении нами вторичной проходимости выявлены незначительные различия: после БПШ она составила 99,6%, а после ГБПШ — 100% ( $p < 0,05$ ).

Хорошая первичная и вторичная проходимость после ГБПШ в раннем послеоперационном периоде, по нашему мнению, может быть также обусловлена развитой системой коллатералей с подвздошными артериями, что на отдаленных сроках также позволяет функционировать ГБП-шунту при прогрессировании сужения и даже при возникновении окклюзии вышележащего артериального русла.

Мы обратили внимание на то, что доля осложнений при операциях ГБПШ остается стабильно низкой, в то время как при БПШ доля осложнений неодинакова в разные годы. Вероятно, это может быть связано с опытом оперировавших хирургов, поскольку в последние годы наметилось значительное уменьшение доли осложнений, а также с количеством больных, имеющих более тяжелое поражение дистального артериального русла, что может привести к увеличению количества и тяжести осложнений. По данным нашего исследования, в раннем послеоперационном периоде количество осложнений после БПШ составило 22%. По данным Е.Р. Лысенко, установлено, что количество осложнений после БПШ равно 28,5% [8].

Возникновение осложнений автор объясняет следующими причинами:

1. У некоторых больных дистальное русло было непригодно для БПШ.

2. В части случаев были превышены показания по объему операции.

3. В части случаев были допущены технические ошибки во время операции [8].

В нашем исследовании возникновение осложнений мы связываем, во-первых, с доступом к общей, поверхностной и глубокой артерии бедра, во-вторых — с анатомическими особенностями большой подкожной вены (наличием лимфатических путей и узлов по ходу БПВ) и артерий бедра. Мы отмечаем, что при операциях ГБПШ количество осложнений (8%) в 2,5 раза меньше, чем при БПШ (22%), что и подтверждает наши предположения.

При сравнении результатов двух групп больных (БПШ и ГБПШ) методом Хи-квадрат, различия статистически значимы ( $p < 0,05$ ).

В нашем исследовании у 40 пациентов возникла лимфоррея из верхней трети бедра при БПШ, которая составила 49% от общего количества всех осложнений. У 10 пациентов возникла лимфоррея из нижней трети бедра, что составляет 12% от общего количества всех осложнений. На основании вышесказанного, основным осложнением при БПШ в нашем исследовании является лимфоррея, общее количество которой составляет 50 случаев, или 61% от общего количества всех осложнений. Вторым частым осложнением в нашем исследовании является гематома, которая возникла у 16 больных (20% от всех осложнений), из них 12 случаев, или 15%, гематомы на медиальной поверхности бедра и 4 случая, или 5%, гематомы в области забора большой подкожной вены.

Согласно данным Д.Ф. Мышленок, основными осложнениями при БПШ является тромбоз шунта и некроз краев раны. Из 42 оперированных больных в 5 случаях возник тромбоз шунта, что составило 33% от общего числа осложнений, у 3 пациентов развился некроз краев раны, что составило 20% от общего числа осложнений [9].

Согласно данным Я.Ю. Муравьевой, наиболее частым осложнением при БПШ является тромбоз шунта, который составил 6,3%. Как следует из исследования Я.Ю. Муравьевой, причиной данного осложнения является маленький диаметр протезируемой вены и плохая проходимость дистального русла [6]. Мы также считаем, что проходимость дистальных артерий и диаметр вены для шунта имеют решающее значение для ближайшего результата.

В нашем исследовании при ГБПШ наиболее частым осложнением являлась гематома. Общее количество гематом составило 5 случаев, или 72% от всех осложнений, из них 3 случая, или 43%, гематомы на медиальной поверхности бедра и 2 случая, или 29%, гематомы в области забора большой подкожной вены. Вторым осложнением в нашем исследовании является лимфоррея из нижней трети бедра, 1 случай, или 14% от всех осложнений. После ГБПШ мы не встретили ни одного случая лимфорреи из верхней трети бедра.

Публикаций об исследованиях, с которыми мы могли бы сопоставить полученные нами результаты ГБПШ, на сегодняшний день в доступной литературе нами не найдено. Это позволяет нам утверждать, что операция ГБПШ по поводу ХАН нижних конечностей более эффективная, чем БПШ, и не имеет распространения в центрах и отделениях сосудистой хирургии страны и за рубежом.

Лимфоррея при БПШ и ГБПШ обусловлена доступом к общей бедренной и глубокой бедренной артериям. Классический проекционный доступ к бифуркации ОБА находится в месте расположения паховых лимфатических узлов и сосудов, чем мы и объясняем значительное количество таких осложнений. Для выделения ГБА используют два доступа: первый из них — по наружному краю портняжной мышцы, второй доступ — в проекции БПВ. При этих

доступах лимфатические узлы остаются в стороне от доступа, чем мы и объясняем малое количество лимфоррей.

Гематомы по ходу забора БПВ и в области доступов к артериям мы связываем с недостаточно тщательным контролем гемостаза во время операции.

#### **Выводы:**

1. ГБПШ по эффективности лечения имеет убедительные преимущества перед БПШ в ближайшем послеоперационном периоде.

2. Доля ранних осложнений при ГБПШ в 2,5 раза меньше, чем при БПШ.

3. При анализе структуры ранних осложнений выявлено, что при БПШ наиболее часто встречаются лимфорреи, в то время как при ГБПШ преобладают гематомы.

**Прозрачность исследования.** Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

**Декларация о финансовых и других взаимоотношениях.** Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Горбенко, М.Ю. Хирургическое лечение острых тромбозов артерий нижних конечностей: дис. ... канд. мед. наук / Горбенко Михаил Юрьевич; ГОУ ВПО «Рос. гос. мед. ун-т». — М., 2010. — 125 с.
2. Клиническая ангиология: руководство: в 2 т. / под ред. А.В. Покровского. — М.: Медицина, 2004. — Т. 2 — С.57—58.
3. Периферические артерии. Часть 1. Клинические рекомендации по ведению пациентов с сосудистой артериальной патологией (Российский согласительный документ) / под ред. Л.А. Бокерия. — М.: Изд-во НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2010. — 130 с.
4. Наставшева, О. Комплексная терапия облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей / О. Наставшева, В. Кошкин, Л. Дергачева // Врач. — 2008. — № 7. — С.61—66.
5. Лысенко, Е.Р. Хирургическое лечение больных с окклюзионно-стенотическим поражением артерий голени: дис. ... д-ра мед. наук / Лысенко Евгений Рудольфович; ГОУ ВПО «Рос. гос. мед. ун-т». — М., 2012. — 220 с.
6. Муравьева, Я.Ю. Тактические ошибки в лечении больных с критической ишемией при реконструкции артерий ниже пупартовой связки: дис. ... канд. мед. наук / Муравьева Яна Юрьевна; Рос. науч. центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского РАМН. — М., 2014. — 101 с.
7. Мышленок, Д.Ф. Роль гибридных технологий в лечении пациентов с многоэтажным атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей / Д.Ф. Мышленок // Новости хирургии. — 2011. — Т. 19, № 5. — С.67—73.
8. Conte, M.S. Bypass versus Angioplasty in Severe Ischaemia of the Leg (BASIL) and the (hoped for) dawn of evidence-based treatment for advanced limb ischemia / M.S. Conte // J. Vasc. Surg. — 2010. — Vol. 51 (suppl. S). — P.69—75.
9. Primer of biostatistics fourth / ed. S.A. Glantz. — McGRAW-HILL Health Professions Division, 1994. — P.139—149.

## REFERENCES

1. Gorbenko MJu. Hirurgicheskoe lechenie ostryh trombozov arterij nizhnih konechnostej [Surgical treatment of acute thrombosis of the arteries of the lower extremities]. Moskva [Moscow]. 2010; 125 p.
2. Pokrovskiy AV ed. Klinicheskaja angiologija: rukovodstvo [Clinical Angiology: a Handbook]. Moskva: Izdatel'stvo «Medicina» [M: Public Corporation "Medicine"]. 2004; 2: 57-58.
3. Bokerija LA ed. Perifericheskie arterii; Klinicheskie rekomendacii po vedeniju pacientov s sosudistoj arterial'noj patologiej: rossijskij soglasitel'nyj dokument [Peripheral arteries; Clinical recommendations for management of patients with cardiovascular arterial pathology: the Russian agreement]. Moskva: Izdatel'stvo NCSSH imeni AN Bakuleva RAMN [Moscow: Publishing House them AN Bakuleva RAMS]. 2010; 1: 121 p.
4. Nastavsheva O, Koshkin V, Dergacheva L. Kompleksnaja terapija obliterirujushhego ateroskleroza arterij nizhnih konechnostej [Complex therapy of obliterating atherosclerosis of arteries of lower extremities]. Vrach [Doctor]. 2008; 7: 61-66.
5. Lysenko ER. Hirurgicheskoe lechenie bol'nyh s okkluzionno-stenoticheskim porazheniem arterij goleni [Surgical treatment of patients with an occlusive-stenotic lesion of the lower leg arteries]. Moskva [Moscow]. 2012; 220 p.
6. Murav'eva JaJu. Takticheskie oshibki v lechenii bol'nyh s kriticheskoj ishemiej pri rekonstrukcii arterii nizhe pupartovoj svjazki [Tactical errors in the treatment of patients with critical ischemia in the reconstruction of the artery below the paunch ligament]. Moskva [Moscow]. 2014; 101 p.
7. Myshljonok DF. Rol' gibridnyh tehnologij v lechenii pacientov s mnogojetazhnym ateroskleroticheskim porazheniem arterij nizhnih konechnostej [The role of hybrid technologies in the treatment of patients with multistory atherosclerotic lesions of the lower limb arteries]. Novosti hirurgii [Surgery News]. 2011; 19 (5): 67-73.
8. Conte MS. Bypass versus Angioplasty in Severe Ischaemia of the Leg (BASIL) and the (hoped for) dawn of evidence-based treatment for advanced limb ischemia. J Vasc Surg. 2010; 51 (Suppl. S): 69-75.
9. Glantz SA ed. Primer of biostatistics fourth edition. McGRAW-HILL Health Professions Division. 1994; 139-149.

© О.Р. Науширванов, М.М. Фазлыев, Р.Х. Нигматуллин, О.О. Михалева, Р.Р. Нагаева, 2017

УДК 616-057.36-036.8:614.212(470.57)

DOI: 10.20969/VSKM.2017.10(4).47-52

## ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В ФКУЗ «МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ЧАСТЬ МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ РОССИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН»

**НАУШИРВАНОВ ОЛЕГ РИФОВИЧ**, начальник ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел России по Республике Башкортостан», Россия, 450015, Уфа, ул. К. Маркса, 59

**ФАЗЛЫЕВ МАРАТ МАДАРИСОВИЧ**, докт. мед. наук, профессор, начальник Госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел России по Республике Башкортостан», Россия, 450015, Уфа, ул. К. Маркса, 59

**НИГМАТУЛЛИН РУСТЕМ ХАКИМЖАНОВИЧ**, канд. мед. наук, зам. начальника ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел России по Республике Башкортостан», Россия, 450015, Уфа, ул. К. Маркса, 59, e-mail: nigrustem@yandex.ru

**КУТУЕВ ЗЕМФИР ЗАМИРОВИЧ**, канд. мед. наук, зам. начальника Госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел России по Республике Башкортостан», Россия, 450015, Уфа, ул. К. Маркса, 59, e-mail: doczem@mail.ru

**МИХАЛЕВА ОЛЬГА ОЛЕГОВНА**, канд. мед. наук, начальник отделения реабилитации Госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел России по Республике Башкортостан», Россия, 450015, Уфа, ул. К. Маркса, 59, e-mail: fock20051@mail.ru

**НАГАЕВА РЕЗЕДА РАФИКОВНА**, врач-психотерапевт отделения реабилитации Госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел России по Республике Башкортостан», Россия, 450015, Уфа, ул. К. Маркса, 59

**Реферат.** Выполнение сотрудниками Министерства внутренних дел боевых и оперативно-служебных задач в экстремальных условиях, а порой и в чрезвычайных ситуациях, позволяет прогнозировать у них развитие многих медико-психологических последствий. **Цель исследования** — анализ результатов деятельности ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Республике Башкортостан» по реабилитации участников боевых действий. **Материал и методы.** За период 2015—2016 гг. в центре реабилитации Госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Республике Башкортостан» получили лечение 2407 человек. Всем пациентам было проведено комплексное обследование, была назначена персонализированная, дифференцированная терапия основного и сопутствующих заболеваний с учетом симптомов фаз синдрома эмоционального выгорания с включением физиотерапии и психокоррекции. Анализ работы был проведен по данным ежегодных отчетов, результатов анкетирования по методике Бойко. **Результаты и их обсуждение.** В статье отражен опыт работы диспансерного и реабилитационного отделений ФКУЗ «МСЧ МВД России по Республике Башкортостан». Проведен анализ результатов анкетирования 386 участников боевых действий, проходивших реабилитацию. Представлены принципы и методы работы диспансерного и реабилитационного отделений, отражены основные показатели деятельности. **Выводы.** Полученные положительные результаты работы свидетельствуют об эффективности проводимой программы реабилитации. ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Республике Башкортостан» успешно реализует программы реабилитации действующих сотрудников внутренних дел, а также пенсионеров Министерства внутренних дел РФ по РБ.