

# Тезисы докладов XIV Научно-практической конференции Ассоциации флебологов России и IX Международной научно-практической конференции по клинической лимфологии «ЛИМФА-2022»

Казань, 26—29 мая 2022 г.

## Венозные тромбозэмболические осложнения

### ВЫБОР АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЗАМИ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Абдурахманов М.М., Хамдамов У.Р.

Бухара, Узбекистан

**Актуальность.** Тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей является острым состоянием, одной из главных проблем здоровья и наиболее распространенным нарушением системы кровообращения. Антикоагулянтная терапия является основным методом лечения ТГВ. Рекомендованным режимом антикоагуляции в нашей стране является начальная терапия нефракционированными или низкомолекулярными гепаринами с последующим переходом на антагонисты витамина К. В последние годы появились альтернативные препараты, новые оральные антикоагулянты, предназначенные для длительного и пролонгированного лечения ТГВ, которые по эффективности и безопасности ни в чем не уступают стандартной терапии.

**Цель исследования.** Изучить возможность применения ривароксабана в лечении больных с тромбозами глубоких вен нижних конечностей в амбулаторной практике.

**Материал и методы.** С 2015 по 2021 г. под наблюдением находились 112 пациентов (в возрасте от 16 до 86 лет, 66 (59%) мужчин, 46 (41%) женщин) с тромбозом глубоких вен нижних конечностей (с локализацией не выше паховой складки) без тяжелой сопутствующей патологии, социально благополучные, которым проводилось консервативное лечение и наблюдение в амбулаторных условиях. Всем пациентам с подозрением на ТГВ в поликлинических условиях проводилось инструментальное обследование — ультразвуковое дуплексное ангиосканирование. Консервативное лечение в амбулаторных условиях включало активный режим, эластическую компрессию (компрессионный трикотаж 2—3-го класса), антикоагулянтную и флеботропную терапию, прием НПВС.

**Результаты и обсуждение.** Пациенты с неэмболоопасными окклюзионными и пристеночными тромбами нижних конечностей (с локализацией не выше паховой складки) без тяжелой сопутствующей патологии, социально благополучные, лечились консервативно в амбулаторных условиях, при регулярном динамическом наблюдении амбулаторного хирурга. В зависимости от вида антикоагулянтной терапии все пациенты были распределены на две группы. В 1-й группе (77 (68,5%) пациентов) антикоагулянтная терапия включала пероральный прием ривароксабана (15 мг 2 раза в сутки в течение 3 нед с переходом на однократный прием 20 мг/сут) с 1-го дня лечения ТГВ; во 2-й группе (35 (31,5%) пациентов) первоначально было парентеральное введение лечебных доз НМГ (эноксапарин натрия), как минимум 5-дневное введение, с последующим переходом на антагонисты витамина К (варфарин 2,5 мг 2 раза в сутки). Длительность антикоагулянтной терапии зависела от наличия и характера факторов, предрасполагающих к рецидиву заболевания, наличия ВТЭО в анамнезе, распространенности тромбоза и ряда других обстоятельств, но состав-

ляла не менее 3—6 мес. Ежедневно больным проводился динамический врачебный, инструментальный, лабораторный контроль для оценки адекватности антикоагулянтной терапии.

**Выводы.** При неэмболоопасном тромбозе глубоких вен нижних конечностей (с локализацией не выше паховой складки) без тяжелой сопутствующей патологии, социально благополучном, при еженедельном проведении динамического врачебного, инструментального и лабораторного контроля для оценки адекватности антикоагулянтной терапии возможно консервативное лечение в амбулаторных условиях, которое является высокоэффективным и безопасным. Антикоагулянтная терапия ОВТ ривароксабаном менее безопасна в плане развития геморрагических осложнений, чем при применении варфарина. Применение у данной категории больных ривароксабана позволяет значительно повысить качество жизни (амбулаторное лечение) и снизить стоимость лечения.

\*\*\*

### МОНОТЕРАПИЯ ПРЯМЫМ ОРАЛЬНЫМ АНТИКОАГУЛЯНТОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Абдурахманов М.М., Хамдамов У.Р.

Бухара, Узбекистан

**Актуальность.** Тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей является опасным заболеванием, встречающимся у 10—20% населения. Данная патология без лечения может привести к инвалидизации пациента и в 3—15% — к смерти от тромбоземболии легочной артерии (ТЭЛА). Основными методами лечения острого венозного тромбоза и профилактики ТЭЛА являются оперативное вмешательство, тромболитическая и антикоагулянтная терапия. Рекомендованным режимом антикоагуляции является начальная терапия нефракционированными или низкомолекулярными гепаринами (НМГ) с последующим переходом на антагонисты витамина К. Современный подход к терапии ТГВ — монотерапия препаратом ривароксабан, т.е. использование одного препарата с 1-го дня заболевания для лечения и вторичной профилактики. В 2013 г. ривароксабан одобрен в Республике Узбекистан для лечения ТГВ и ТЭЛА и профилактики их рецидивов в дозе 15 мг 2 раза в сутки в течение первых 3 нед с последующим переходом на дозу 20 мг 1 раз в сутки для дальнейшего лечения и профилактики рецидивов ТГВ и ТЭЛА.

**Цель исследования.** Оценить эффективность и безопасность основной терапии венозного тромбоза пероральным антикоагулянтом ривароксабан с начала заболевания.

**Материал и методы.** В исследование включили больных, поступивших в отделение хирургии Бухарского филиала РНЦЭМП в 2015—2021 гг. с инструментально верифицированным острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей. Всем больным на-

**Заключение.** Хирургическое лечение пациентов старше 60 лет, страдающих варикозным расширением вен нижних конечностей, до недавнего времени считалось нецелесообразным ввиду высокого риска развития осложнений на фоне сопутствующей патологии. Увеличение в 2 раза пациентов с суб-декомпенсированным варикозным расширением в изучаемой группе как создает дополнительные сложности в техническом плане, так и определяет более тяжелое соматическое состояние пациентов.

ЭВЛК является современным миниинвазивным хирургическим методом устранения вертикального рефлюкса. Выполнение вмешательства под местной анестезией позволяет существенно снизить оперативную травму и количество осложнений, таким образом, значительно сокращая спектр противопоказаний, поэтому ЭВЛК может служить альтернативой флебэктомии в лечении варикозной болезни у пациентов пожилого и старческого возраста. Подобный подход является методом выбора в лечении данной категории пациентов и имеет единственный существенный недостаток — стоимость расходных материалов.

\*\*\*

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕССА ЗАЖИВЛЕНИЯ ВЕНОЗНЫХ ЯЗВ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Матмуротов К.Ж., Саитов Д.Н., Рузметов Н.А.

Ташкент, Узбекистан

Определение хронической язвы нижней конечности было четко сформулировано лишь в 1983 г. в результате многолетней работы группы шотландских исследователей, возглавляемой J. Dale. Под хронической трофической язвой нижней конечности эти авторы подразумевают «...открытую рану на голени или стопе, не заживающую более 6 нед. Трофические язвы — это, за редким исключением, не самостоятельная болезнь, а симптом какого-либо заболевания».

**Цель исследования.** Изучение особенности морфологической структуры трофических венозных язв нижних конечностей для выяснения причин затягивания их заживления.

**Материал и методы.** Анализу подвергались результаты лечения 66 больных с венозными язвами нижних конечностей. Все больные находились на лечении в Республиканском центре гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета МЗ РУз в период с 2018 по 2021 г. Материал для морфологических исследований брали во время операции для определения исходного состояния морфологической структуры язвы и в динамике лечения. Морфологические исследования проводились в ЦНИЛ ТМА. Все пациенты страдали сахарным диабетом: I тип — у 7 (10,6%) больных, II тип — у 59 (89,4%).

Кусочки ткани с области раны вместе с эпидермисом размером 0,5×1,0 см фиксировали в 12% растворе нейтрального формалина в течение 7—10 дней. После депарафинизации срезов в растворе толуола и проводка по спиртам нисходящей крепости проведена их окраска раствором гематоксилина и эозина. Препарат проводили на микроскопе с последующей микрофотосъемкой на цветную пленку.

**Результаты.** Морфологически состояние кожной раны через 1—2 сут после поступления было характерным для типичной вяло заживающей гнойной раны. Отмечены воспалительные изменения в виде полнокровия сосудов, кровоизлияний, некрозы прилежащих к дефекту тканей, наличие серозно-фибринозного экссудата с примесью множества разнообразных лейкоцитов, в которых доминировали нейтрофилы.

Поверхность раневого дефекта и краевые участки эпидермиса покрыты толстым слоем некротически измененных наложений, состоящих из распавшихся нейтрофильных лейкоцитов, эритроцитов и микроорганизмов, формирующих демаркационный вал. Под областью некроза располагалась волокнистая соединительная ткань содержащая скопления жировых клеток и кровеносные сосуды. Отмечались явления отека и экссудации.

К 3—5-м суткам в средней части раневого дефекта наряду с воспалением и отеком выявлялись деструктивные изменения в мышечной ткани, а также наличие между волокнами множества кровеносных сосудов с явлениями кровоизлияния.

На 6—7-е сутки после поступления в стационар характерно наличие выраженного отека ткани с локализацией его вокруг групп мелких сосудов, расположенных между пучками волокон. Помимо этого, вокруг сосудов регенерирующей ткани, в подкожно-жировой клетчатке и вокруг мышечных пучков выявлялись лимфогистиоцитарные инфильтраты. Отмечалось также заполнение раны соединительной тканью с беспорядочно ориентированными грубыми пучками коллагеновых волокон и признаками склероза.

**Обсуждение.** В результате комплекса всех этих нарушений реактивности объясняется затянувшееся заживление основных периодов процесса репарации трофических язв и пролежней. Следовательно, в результате снижения нейтрофильной и макрофагальной реакций отмечены участки некроза, имеющие характер нагноения, свидетельствующие об угнетении процессов очищения как на поверхности раны, так и в более глубоких слоях.

**Выводы.** При гнойных венозных язвах нижних конечностей отмечается подавление процесса репаративной регенерации в результате нарушения роста, дифференцировки эпителиальных и соединительнотканых структур. Процесс репарации трофических язв характеризуется десинхронизацией фаз воспаления и восстановления. Удлинение стадий воспаления на фоне снижения макрофагальной и нейтрофильной реакций, расстройств микроциркуляции, ослабления очищения раны от продуктов распада приводит к торможению течения процессов восстановления и возникновению длительно незаживающих язв.

\*\*\*

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНЫХ ПРОТИВОГРИБКОВЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗА

Матмуротов К.Ж., Саттаров И.С., Хамдамов Ш.А., Бобокулова Ш.А.

Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования.** Изучение эффективности местных противогрибковых препаратов при лечении венозных трофических язв у больных с ХВН.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты стационарного и амбулаторного лечения 42 больных с венозными трофическими ранами, которые лечились в отделении гнойной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии в 2019—2021 гг.

Всем больным применялся противогрибковый препарат местного назначения (хлорнитрофенол, тербинафин и т.д.). Изначально противогрибковые препараты применены эмпирически до получения ответа микологических исследований. Пациенты вместе с основным препаратом (мази с бензилдиметилом, нитазолом, комбинированное средство с гидроксиметилхиноксалин-диоксидом 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 мес, а максимум 11 лет. Из сопутствующих заболеваний 7 больных имели сахарный диабет, 13 — ИБС и 16 — ожирение. В исследуемой группе преобладали мужчины — 29.

При осмотре у пациентов чаще всего вокруг ран отмечались гипергрануляция и мацерация кожи с местными признаками аллергического раздражения. У 5 (11,9%) больных из 42 рана была покрыта некротическим струпом. А также в 6 (14,2%) случаях наблюдалась 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, полученном от трофических язв, обнаружены грибковые возбудители. При микологии чаще всего высевались кандиды (*Candida albicans*), реже — аспириллы (*Aspergillus*) и фузариум (*Fusarium*). При этом в основном возбудители были чувствительны к итраконазолу и тербинафину.

**Результаты.** Микологическое исследование больных в стационарном лечении проводилось в динамике. Критерием эффективности местной противогрибковой терапии в исследуемой группе больных было уменьшение грибковой обсемененности на 3-и, 7-е 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%) из 36 случаев. На 7-е сутки только у 3 (8,3%) больных грибковая инфекция продолжала выявляться из патологического очага. В ходе анализа выявлено, что на фоне применения местных противогрибковых препаратов на 3-и 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-м суткам добиться двукратного снижения частоты выявления грибов, а на 7-е сутки — 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.

\*\*\*

## МУЛЬТИФОКАЛЬНЫЙ ВАРИКОЗ: АНАТОМИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ И ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ

Махачев О.А., Абасов Ф.Х., Шихмагомедов О.О., Шелеско А.А., Абдулаев Ю.И., Хабибулаева Л.М., Гамидова М.Т.

Махачкала, Москва, Россия

**Цель исследования.** Представить варианты и опыт лечения мультифокального варикоза (МВ).

**Материал и методы.** С декабря 2015 г. по декабрь 2021 г. в ДЦК и ССХ обследованы 253 пациентки (средний возраст  $36,5 \pm 1,4$  года (от 24 до 59 лет)) с МВ. У 149 (59%) пациенток методами УЗИ и флебографии (рентгеноконтрастной, МРТ, МСКТ) диагностирована варикозная болезнь вен малого таза (ВБВМТ) в комбинации с вульварным варикозом (ВВ) без распространения на нижние конечности. Все больные предварительно были осмотрены гинекологом и оценены неврологом по шкалам боли и астении. В 158 (62,5%) случаях интенсивность боли превышала 4 балла. Выраженность астении по Спилбергу у 103 (40%) из 253 больных

была выше средней. У 104 (41%) из 253 пациенток наблюдались ВБВНК и ВБВМТ. По данным УЗИ, в 76 из 104 случаев следствием ВБВНК (клинический класс С2 по СЕАР) являлась ВБВМТ. У 28 из 104 пациенток (клинический класс С2—С3 по СЕАР) имелось стволное поражение больших подкожных (БПВ) и малых подкожных (МПВ) вен с патологическим рефлюксом при пробе Вальсальвы, не связанное с ВБВМТ.

**Результаты.** Первым этапом всем 253 пациенткам выполнена эмболизация яичниковых вен с хорошим клиническим результатом. Через 1 мес в плановом порядке 104 пациенткам выполнены минифлебэктомия в 76 случаях, эндовенозная лазерная облитерация БПВ в 11, эндовенозная лазерная облитерация МПВ в 4, комбинированная флебэктомия в 9, радиочастотная окклюзия БПВ в 4. У всех оперированных пациенток получены хорошие клинический и косметический результаты. Повторное тестирование неврологом выявило регресс тазовой боли до 1—2 баллов по ВАШ и снижение уровня тревоги.

**Выводы.** Анатомические варианты МВ при наличии 2 (ВБВМТ и ВБВНК) и 3 (ВБВМТ+ВВ+ВБВНК) зон поражения характеризуются двумя подтипами: ВБВНК как следствие ВБВМТ (подтип А) и ВБВНК, не связанная с ВБВМТ (подтип Б); знание этих вариантов является важным при определении стратегии и этапности лечения мультифокального варикоза.

\*\*\*

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ И РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ПРИ ВАРИКОЗНОМ РАСШИРЕНИИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ДИАМЕТРОМ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ БОЛЕЕ 20 ММ

Махачев О.А., Абдулаев Ю.И., Шихмагомедов О.О., Нурмагомедов А.Г., Муталипов Р.М., Изиев В.Р., Иманалиев Н.Н., Шахназов А.Ш.

Махачкала, Россия

**Цель исследования.** Представить результаты эндовенозной лазерной облитерации (ЭВЛО) и радиочастотной абляции (РЧА) в лечении варикозной болезни нижних конечностей при диаметре большой подкожной вены (БПВ) >20 мм.

**Материал и методы.** С августа 2019 г. по декабрь 2021 г. в рамках исследования были оперированы 49 пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей с диаметром БПВ >20 мм. Тридцати пациентам выполнена РЧА, 19 — ЭВЛО. Всем пациентам до операции выполнялось ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗДАС) нижних конечностей, средний возраст больных составил 39,4 года, женщин было 46. У всех пациентов выявлено изолированное поражение в бассейне БПВ, по классификации СЕАР патология соответствовала С2—С3. ЭВЛО выполнялась световодами радиального сечения. После устранения рефлюкса техникой минифлебэктомии удалялись варикозно-расширенные притоки.

**Результаты.** Длительность госпитализации составила 4 дня. На стационарном этапе осложнения отсутствовали. УЗАС проведено через 7 дней, 3 мес и 1 год после операции. По данным УЗАС, через 7 дней после операции у 2 [10% (2 из 19)] пациентов из группы ЭВЛО не была достигнута окклюзия БПВ (диаметр вены в обоих случаях составлял 27—28 мм). У 2 [6,7% (2 из 30)] больных, оперированных методом РЧА, через 7 дней после операции выявлен пристеночный тромбоз общей бедренной вены (ОБВ), суживающий просвет вены на 30 и 50% (диаметр вены в этих случаях составил 30 и 32 мм). На фоне лечения ривароксабаном через 1 мес отмечена полная реканализация ОБВ. На УЗАС через 3 мес после операции у 1 [5% (1 из 19)] пациента, оперированного методом ЭВЛО, отмечалась частичная реканализация БПВ (пациент после выписки получал антикоагулянтную терапию в связи с коронавирусной инфекцией). Через 1 год после операции (обследа-