



АССОЦИАЦИЯ
ФЛЕБОЛОГОВ
РОССИИ



INTERNATIONAL UNION
OF PHLEBOLOGY



ISSN 1997-6976 (Print)
ISSN 2309-5601 (Online)

ФЛЕБОЛОГИЯ

Основан в 2007 г.



Уровень магния и концентрация матричных
металлопротеиназ при варикозной болезни

■
ВТЭО при химиотерапии через порт-системы
постоянного доступа

■
Веносохраняющая и радикальная стратегии
в хирургии варикозной болезни

■
Генетические основы ХЗВ

МЕДИА  СФЕРА

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. Рекомендуемым 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 неэмбоопасными 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, по состав-

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

Выводы. При неэмбоопасном 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 тромбоза легочной артерии (ТЭЛА). Основными методами лечения острого венозного тромбоза и профилактики ТЭЛА являются оперативное вмешательство, тромболитическая и антикоагулянтная терапия. Рекомендуемым 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-

нию времени проведения тромбоаспирации с 40 ± 4 до 30 ± 3 мин и тромболитика с 360 ± 14 до 300 ± 10 мин, уменьшению дозы фибринолитика с 2,8 до 2,0 млн Ед, улучшению клинических симптомов в ближайшем послеоперационном и отдаленном периодах.

4. Дифференцированный подход при ведении больных с тромбозами глубоких вен нижних конечностей позволил в отдаленном периоде уменьшить частоту повторных тромбозов с 7,6 до 2,1%, уменьшить развитие посттромбофлебитического синдрома и улучшить качество жизни данной категории больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБИТА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Ирназаров А.А., Юлдашева Д.Ю., Бекназаров И.Р., Ирназарова Д.Х.

Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить результаты лечения венозных тромбозов у беременных.

Материал и методы. В отделении экстренной хирургии и родильном комплексе многопрофильной клиники ТМА за период 2015–2022 гг. находились на лечении 137 беременных с тромбозами вен нижних конечностей (ТВНК). Средний возраст $31,6 \pm 5,8$ года. Сроки от начала заболевания составляли 1–8 дней. По срокам беременности флеботромбоз в I триместре развился у 27 (19,7%) пациенток, во II — у 37 (22,3%), в III — у 73 (53,3%). По данным УЗДС, тромбоз глубоких вен голени встречался у 14 (10,2%) пациенток, из них у 1 (0,7%) выявлен флотирующий тромб, тромбоз подколенной вены (ПВ) — у 11 (8%), тромбоз бедренной вены — у 10 (7,3%), илюофemorальный венозный тромбоз — у 15 (11%). Острый тромбофлебит в системе большой подкожной вены (БПВ) был выявлен у 76 (55,5%) беременных и в системе малой подкожной вены (МПВ) — у 11 (8%). Тактика лечения беременных с острым ТВНК как хирургическая, так и акушерская вырабатывается коллегиально акушерами-гинекологами и ангиохирургами. Применяли различные виды оперативных вмешательств с целью профилактики тромбоэмболических осложнений: установку кава-фильтра — в 4 (3%) случаях, кава-фильтра с тромболитиком и тромбоаспирацией — в 1 (0,7%), тромбэктомии из ОБВ+перевязку БПВ — в 6 (4%), перевязку БПВ — в 8 (6%), кроссэктомии — в 57 (41,6%), перевязку МПВ — в 8 (6%). Прерывали беременность по акушерским показаниям в 3 случаях, из них в I после установки кава-фильтра+тромболитис, тромбоаспирация.

Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде летальных исходов и тромбоэмболий не отмечалось. При контрольных УЗИ пациенток через 1–3 мес после операции ОПВ и ОБВ нами выявлено, что в обоих случаях наблюдается частичное восстановление кровотока. По данным УЗИ диагностирован тромбоз ПВ и БПВ контралатеральной нижней конечности без флотации. После выписки из отделения методы родоразрешения и прерывания беременности определялись по акушерским показаниям. В 2 случаях беременность прервана по акушерским показаниям. У остальных 135 пациенток беременность была пролонгирована и закончилась самостоятельными родами без осложнений у 120 из них, родоразрешением путем кесарева сечения у 15.

Заключение. Операция магистральных вен и имплантация кава-фильтра позволяет избежать тромбоэмболических осложнений у беременных с флотирующим венозным тромбозом. Динамический УЗДС-контроль состояния проксимальной части тромба в магистральных венах нижних конечностей в первые 8–10 дней после возникновения тромбоза позволяет выявить прирост и возможные трансформации свежего тромба во флотирующий тромб.

ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

Исаев Д.Н., Игнатьев С.М., Тимофеев А.П.

Ульяновск, Россия

Актуальность. Пандемия коронавирусной инфекции охватила весь земной шар. Заболеваемость в мире на март 2022 г. составляет более 470 млн человек, среди них летальные исходы выявлены у более 6 млн. Особого внимания при тяжелой коронавирусной инфекции заслуживает коагулопатия, связанная как с развитием патогенеза воспалительных реакций, так и с особенностями разных штаммов вируса. Частым тромбоэмболическим осложнением у пациентов с COVID-19 является тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Источником тромбоэмболического поражения ветвей легочной артерии в 90% являются тромбы, локализующиеся в венозном русле нижней конечности, тазовых венах и нижней полой вене. Лечение тромбоэмболии следует начинать незамедлительно во всех случаях как с подтвержденным, так и с клинически подозреваемым диагнозом.

Цель исследования. Изучить результаты диагностики и лечения ТЭЛА у пациентов с тяжелой коронавирусной инфекцией.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование в ковидном госпитале на базе ГУЗ ЦГКБ Ульяновска. Всего за период 2021 г. в отделениях госпиталя хирургического профиля были исследованы 752 пациента с COVID-19.

Критерии включения в исследование: совершеннолетние пациенты с клинической картиной тяжелой коронавирусной инфекции, сатурацией $< 93\%$, поражением легких 25% и более по данным компьютерной томографии.

Всем пациентам проводилось необходимое лечение коронавирусной инфекции согласно стандартам оказания квалифицированной помощи и временным рекомендациям Минздрава России. Применялись препараты низкомолекулярных гепаринов, антикоагулянты, внутривенные инфузии, эластическая компрессия нижних конечностей, ранняя активизация по возможности. Для диагностики ТЭЛА использовали ЭКГ, рентгенографию, КТ с контрастированием, определение D-димера.

Результаты. ТЭЛА выявлена у 67 (8,9%) пациентов из 752. ТЭЛА крупных ветвей массивной степени выявлена у 38 (56,7%) из них. Субмассивная тромбоэмболия долевых артерий выявлена у 14 (20,9%) пациентов, ТЭЛА мелких ветвей — у 15 (22,4%). У всех пациентов уровень D-димера составлял > 1 мкг FEU/л. Признаки варикозной трансформации вен нижних конечностей разной степени отмечались у 60 (89%) пациентов. По возрасту и полу существенных различий не выявлено. Несмотря на проводимое лечение, общая летальность составила 97%, выжили только 2 пациента с ТЭЛА мелких ветвей на фоне коронавирусной инфекции.

Выводы

1. Вероятность возникновения ТЭЛА при тяжелой коронавирусной инфекции существенно увеличивается и составляет 8,9%.

2. Несмотря на проводимое лечение согласно необходимым стандартам, летальность при ТЭЛА и тяжелой инфекции COVID-19 на фоне варикозной венозной трансформации нижних конечностей остается крайне высокой и составляет 97%.

3. Применение антикоагулянтов, низкомолекулярных гепаринов, эластической компрессии нижних конечностей в комплексе с интенсивной терапией позволяет лишь снизить летальность при коронавирусных тромбоэмболических осложнениях при немассивной ТЭЛА.

