

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 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. 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-

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-