



XV Научно-практическая конференция
и съезд Ассоциации флебологов России

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФЛЕБОЛОГИИ

совместно с конференцией

БЕЛЫЕ НОЧИ

и 11-й международной научно-практической
конференцией по клинической лимфологии

ЛИМФА-2024



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

СОДЕРЖАНИЕ

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ
ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ

Абдурахманов М.М., Хамдамов У.Р.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ
ОБЛИТЕРАЦИИ ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ
КОНЕЧНОСТЕЙ БОЛЬШОГО ДИАМЕТРА В ЛЕЧЕНИИ
ВАРИКОЗА

Абраменко В.Э., Журавель В. В., Панков А. Н.,
Семитко С. П., Степанов А. В., Гетажеев К. В.,
Землянников И. Д., Попов Р. Ю.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ВЕНОЗНЫХ
ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ
С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Агапов А.Б., Калинин Р.Е., Сучков И.А.,
Мжаванадзе Н.Д., Поваров В.О., Никифоров А.А.,
Максаев Д.А., Чобанян А.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА

Азизов Г.А., Комилжонов А.Э.

НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ
АНТИКОАГУЛЯНТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗА
ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН

Акимов А.А, Киршин А.А., Халимов Э.В.,
Михайлов А.Ю.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИБРИДНОГО ЛЕЧЕНИЯ
АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ

Акулова А.А., Стариков В.О.

АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПОСЛЕ
СТЕНТИРОВАНИЯ НЕТРОМБОТИЧЕСКИХ ОБСТРУКЦИЙ
ПОДВЗДОШНЫХ ВЕН

Аленичев А.В., Чуриков Д.А., Васильев А.В.,
Гаврилов С.Г.

ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ
СОСУДИСТЫЕ АНОМАЛИИ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Альбицкий А.В.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ
МИНИИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ
НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В СТАДИИ ТРОФИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ

Ангелова В.А., Стойко Ю.М., Цыплящук А.В.,
Вундер Е.С.

ТОЛЬКО ЛИ КОСМЕТИКА?

Андожская Ю.С., Новикова А.С.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЛИМФЕДЕМ ВЕРХНИХ
КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИЙ У ПАЦИЕНТОК
СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВОБРАЗОВАНИЯМИ
В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ В ПОЗДНЕЙ СТАДИИ
ЗАБОЛЕВАНИЯ

Антонов А.К., Мыльников А.В., Макаров И.Г.,
Горенков Р.В.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ
С ВКЛЮЧЕНИЕМ ОБЩИХ МЕТОДИК ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ
КРОВИ НА УРОВЕНЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У
ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРОМБОФЛЕБИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Апханова Т.В., Кончугова Т.В., Кульчицкая Д.Б.,
Морунова В.А., Сапелкин С.В.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ПАЦИЕНТОВ С ВТОРИЧНОЙ ЛИМФЕДЕМОЙ
КОНЕЧНОСТЕЙ, СВЯЗАННОЙ С ЛЕЧЕНИЕМ РАКА

Апханова Т.В., Кончугова Т.В., Кульчицкая Д.Б.,
Юрова О.В., Сапелкин С.В.

ОСТАЛИСЬ ЛИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ
ЛЕЧЕНИЮ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН: ВЗГЛЯД
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СООБЩЕСТВА

Артемова А. С., Кравцов П. Ф., Маркин С. М.,
Блохина Е.В., Кудашева С.А

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕОДИМОВОГО ЛАЗЕРА
ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ СОСУДИСТЫХ ОБРАЗОВАНИЙ НА
ЛИЦЕ

Афанасов П.П., Пятницкий Я.А., Чаббаров Р.Г.,
Пятницкий А.Г., Санбаев А.К., Абляев Ф.Х.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ
И ФЛЕБЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНОЙ
БОЛЕЗНЬЮ

Бабенко М. В., Лазуткин М. В., Рожкова Е. В.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ
В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ
ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Бабенко М.В., Ивануса С.Я.

РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ
С СИНДРОМОМ ЗАДНЕГО ЩЕЛКУНЧИКА И МЕЯ-ТЕРНЕРА

Бахишев Т.Э., Игнатенко Д.А., Хангереев Г.А.,
Созаев А.А., Закеряев А.Б., Виноградов Р.А.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВОЙ ЛИМФОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
В МНОГОПРОФИЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ

Берёзко М.П., Германович С.Ч.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДА БАНДАЖИРОВАНИЯ
БИНТАМИ КОРОТКОЙ РАСТЯЖИМОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НА НОГАХ

Бестаева Д.И., Соломахин А.Е.

ЛЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ ВЕНОЗНЫХ ЯЗВ
Богданец Л.И., Юмин С.М.

СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ СИНДРОМЕ ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ
ВЕНЫ ВСЛЕДСТВИЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ КАТЕТЕРНОЙ
АБЛЯЦИИ

Богданов Ю.И., Баев А.Е., Варваренко В.И.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ РЕЦИДИВОВ ХВН

Борисов В.А, Раджабов Х.М, Абдулгамидов Т.Б,
Малюгин А.А, Фролов А.А, Мишутин М.С,
Василенко А.А, Мазуренко Е.А

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

Борисов В.А., Красовский В.В., Малюгин А.А., Фролов А.А., Мазуренко Е.А., Василенко А.А., Сабанчиев А.З., Карпова О.В., Лукьянова О.В.

ЭСТЕТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕНОЗНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ И СПОСОБЫ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ

Букина О.В.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИМФАТИЧЕСКОГО РУСЛА СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА ВНУТРЕННИХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Бураева З.С., Гариев С.Р.

КОМБИНИРОВАННЫЕ МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СТАДИ ТРОФИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ

Бурцев Д.В., Вагнер Д.О., Трусов П.В.

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО ВАРИКОЗА

Бушнин С.С., Бушнин А.С., Рубанченко Д.И., Зубков Д.Ю.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНАЯ ДЕПРЕССИЯ У ПАЦИЕНТКИ С ТЯЖЁЛОЙ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НОГ

Быков Ю.В., Беккер Р.А.

РАК-АССОЦИИРОВАННЫЕ ТРОМБОЗЫ: ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Варданян А.В., Карабач Ю.В., Кислов Э. Е, Долидзе Д.Д., Шевякова Т.В.

РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДИКИ В ПРЕДОТВРАЩЕНИИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ

Варданян А.В., Цуркан В.А., Араблинский А.В., Карабач Ю.В., Долидзе Д.Д., Шевякова Т.В., Кислов Э.Е.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СТАДИИ ТРОФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Велиев К.С., Хитарьян А.Г.

ДЕЙСТВИЕ НИЗКОЧАСТОТНОГО ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО УЛЬТРАЗВУКА НА ВЕНОЗНУЮ СТЕНКУ

Гавриленко А.В., Вахратьян П.Е., Аракелян А.Г., Борде А.С., Иванова Е.И., С.И. Щукин, Самородов А.В., Саврасов Г.В.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ ГЛУБОКИХ ВЕН ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ РАННЕЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ

Гаврилов Е.К., Зохранов Ф.И., Рамазанов А.Ю., Хасанов А.Р., Хубулава Г.Г.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИМФОВЕНОЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Гаврилов К.А., Шевела А.И., Сметанина М.А., Короленя В.А., Севостьянова К.С.

КОМПРЕССИОННОЕ ТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ВЕНОЗНОГО ОТТОКА ИЗ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ТАЗА

Гаврилов С.Г., Каралкин А.В., Москаленко Е.П., Гришенкова А.С.

ВЛИЯНИЕ КОМПРЕССИОННОГО СТЕНОЗА ЛЕВОЙ ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЫ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕВОЙ ПОЧКИ У ПАЦИЕНТОВ С ТАЗОВЫМИ ВЕНОЗНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Гаврилов С.Г., Каралкин А.В., Гришенкова А.С.

ТРОМБОЗ ТАЗОВЫХ ВЕН У ПАЦИЕНТОВ С ТАЗОВЫМИ ВЕНОЗНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Гаврилов С.Г., Москаленко Е.П., Каралкин А.В., Аленичев А.В.

ГЕНИТАЛЬНЫЙ ВАРИКОЗ. ПОДХОДЫ И ВОЗМОЖНОСТИ

Гаврин П.Ю., Корниевич С.Н., Познякова О.В., Мазынский Д.В., Юшкевич Д.В.

ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ТАЗА НА ФОНЕ АОРТО-МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ КОМПРЕССИИ

Гаптраванов А.Г., Бредихин Р.А., Ахметзянов Р.В., Игнатьев И.М., Немировская Т.А.

ДОСТУПНОСТЬ БОЛЬШИХ ПОДКОЖНЫХ ВЕН, КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ КОНДУИТОВ, У ПАЦИЕНТОВ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Головина В.И., Панфилов В.А., Золотухин И.А.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ВЕН К КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Гужков О.Н. Оралов А.М. Пелевин А.В.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СУЛОДЕКСИДА НА ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭНДОВАЗАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛЯЦИИ

Гужков О.Н., Рыбачков В.В., Оралов А.М., Пелевин А.В.

ЛИМФОВЕНОЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ И ПУТИ ЕГО РАЗРЕШЕНИЯ

Дадаев Ш.А., Джуманов А.К., Хасанов С.М.

ЗНАЧЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПРАКТИКЕ ФЛЕБОЛОГА

Джумабаев Э.С., Азизов Г.А., Джумабаева С.Э., Комилжанов А.Э.

СОСТОЯНИЕ ГЕМОКОАГУЛЯЦИИ И ИММУННЫЙ СТАТУС В ЦЕНТРАЛЬНОМ И РЕГИОНАЛЬНОМ КРОВОТОКЕ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ТРОМБОЗАМИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Джумабаев Э.С., Азизов Г.А., Комилжонов А.Э.

ОСТРАЯ ОККЛЮЗИЯ ЛЕГОЧНОГО СТВОЛА ПРОТЯЖЕННЫМИ ФЛОТИРУЮЩИМИ ТРОМБОЭМБОЛАМИ КАК НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ ВЕНОЗНОЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ

Гаврилов Е.К., Пелешок А.С., Наумов А.Б., Хубулава Г.Г.

КОМПРЕССИОННОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ БОЕВОЙ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ СОСУДИСТОЙ ТРАВМЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Гаврилов Е.К., Зохранов Ф.И., Рамазанов А.Ю., Хасанов А.Р., Хубулава Г.Г.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИЙ

Егорова Е.А., Калинин Р.Е., Сучков И.А., Жильцова Е.Е.

РОЛЬ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ СЕПСИСА. 10 ЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ГОСПИТАЛЯ

Есипов А. В., Мусаилов В. А., Филиппов А.В., Кисленко А.М., Харитонов В.В.

ТЕПЛОВИЗИОННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИМФЕДЕМЫ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ИХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Есипов А.В., Филиппов А.В., Кисленко А.М., Долгов И.М., Харитонов В.В., Романюк Н.А., Шалыгин К.Н.

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВУЛЬВАРНЫМ ВАРИКОЗОМ. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВУЛЬВАРНЫМ И ПРОМЕЖНОСТНЫМ ВАРИКОЗОМ

Жураева Ш.С. Умаров Ф.Р.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВОГО ТРОМБОЗА НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

Заваруев А.В., Мазуренко А.А.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ФОРМИРОВАНИЯ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ ФИСТУЛ НА ПРЕДПЛЕЧЬЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АУТОЛОГИЧНОЙ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ

Земляничников И. Д., Журавель В. В., Панков А. Н., Семитко С. П., Степанов А. В., Гетажеев К. В., Ферзалиева З. Р., Попов Р. Ю., Абраменко В. Э.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Золкин В.Н., Омельчук А.М.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИО-ВЕНОЗНЫХ ФИСТУЛ КАК РАННИХ ПОСЛЕДСТВИЙ БОЕВОЙ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ СОСУДИСТОЙ ТРАВМЫ КОНЕЧНОСТЕЙ

Зохранов Ф.И., Гаврилов Е.К., Ларин И.А., Хубулава Г.Г.

ПЕННАЯ СКЛЕРОТЕРАПИЯ СТВОЛОВЫХ ФОРМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ибрагимов М.А. Эгамов Ю.С. Латипов Р.Ж.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С ДИАГНОЗОМ ВАРИКОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ ПРАВОЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ И ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ

Иванов С.В., Горбунов А.А., Бондарь Д.Г.

РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ ЭКСТРАВАЗАЛЬНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ ЛЕВОЙ ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЫ ПРИ СИНДРОМЕ ПЕРЕДНЕГО ЩЕЛКУНЧИКА

Игнатенко Д.А., Бахишев Т.Э., Хангереев Г.А., Созаев А.А., Закеряев А.Б., Виноградов Р.А.

МАРКЕРЫ ВЕНОСПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Камаев А.А., Калинин Р.Е., Сучков И.А.

ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ С ДЛИННОЙ ВОЛНЫ 1940 НМ НЕЭСТЕТИЧНЫХ ВЕН ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Капериз К.А.

ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОНУКЛИДНОЙ ФЛЕБОГРАФИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ФЛЕБОГЕМОДИНАМИКИ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С3 - С6 КЛАССОВ

Каралкин А.В., Юмин С.М., Еречканова Д.М.

ФЛЕБОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ

Кательницкий И.И., Сидоров Р.В., Кательницкая Е.С., Простов И.И.

ДВУХКОНТУРНЫЙ ИНФИЛЬТРАЦИОННЫЙ ДИСПЕНСЕР (ДИД) ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Комарова Л.Н., Акимов А.Н.

МАЗЬ «ВОСКОПАНТ» ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАН

Комарова Л.Н., Старусева А.Н.

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОТРЕБНОСТИ ПАЦИЕНТОВ МЕДИЦИНСКИМИ КОМПРЕССИОННЫМИ ИЗДЕЛИЯМИ НА НИЖНИЕ КОНЕЧНОСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Концевая А.В., Дмитриева О.В., Сапелкин С.В.

ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ОБЛИТЕРАЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ

Корниевич С.Н., Климович М.В., Познякова О.В., Евтушенко А.В., Гаврин П.Ю., Мазынский Д.В., Юшкевич Д.В.

ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСВЕНОЗНОГО КАТЕТЕРУПРАВЛЯЕМОГО ТРОМБОЛИЗИСА В ЛЕЧЕНИИ «СИНЕЙ ФЛЕГМАЗИИ» НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Корнилов Д.Ю., Максимов А.В.

МЕТОД “ИНЪЕКЦИОННОГО ТРОМБОЛИЗИСА” В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ИЛИОФЕМОРАЛЬНОГО ФЛЕБОТРОМБОЗА

Корнилов Д.Ю., Максимов А.В.

БОЕВАЯ ОГНЕСТРЕЛЬНАЯ СОСУДИСТАЯ ТРАВМА – ОПЫТ, КОТОРЫЙ МОЖЕТ ПОНАДОБИТЬСЯ КАЖДОМУ ИЗ НАС

Котив Б.Н., Хубулава Г.Г., Гаврилов Е.К., Мясников Н.И., Меньков И.А., Китачев К.В., Шишкевич А.Н., Сухарев А.Е.

ПРОТОКОЛ ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: ЧТО ВАЖНО, ЧТО НЕТ?

Кравцов П.Ф., Маркин С.М., Артемова А.С., Круглов Е.В., Шаламов М.Е.

ОПТИМИЗАЦИЯ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДИСТАЛЬНЫХ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У РАНЕНЫХ С ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ БОЕВОЙ ТРАВМОЙ

Крюков Е.В., Гаврилов Е.К., Салухов В.В., Варавин Н.А.

ВАЛИДАЦИЯ ШКАЛЫ CAPRINI У РАНЕНЫХ С ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ БОЕВОЙ ТРАВМОЙ

Крюков Е.В., Гаврилов Е.К., Салухов В.В., Варавин Н.А.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СИСТЕМЕ ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ У ХРОНИЧЕСКИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Кузнецов М.Р., Шаповал А.С.

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кузовлев С.П., Милеев В.А.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕОДИМОВОГО ЛАЗЕРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕАНГИОМ НА ЛИЦЕ

Кулагина С.С., Ожерельев Е.В.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕОДИМОВОГО ЛАЗЕРА С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 1064 НМ И КОМБИНАЦИИ НЕОДИМОВОГО ЛАЗЕРА СО СКЛЕРОТЕРАПИЕЙ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ РЕТИКУЛЯРНЫХ ВЕН В СРАВНЕНИИ СО СКЛЕРОТЕРАПИЕЙ В ЧИСТОМ ВИДЕ: ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО РАНДОМИЗИРОВАННОГО КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Курбанов Г.И., Букина О.В.

ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН ПРИ БОЕВОЙ ТРАВМЕ

Кучеров С.А., Андриенко В.В., Хаджинов П.В.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ФАСЦИОТОМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВЕНОЗНОМ КОМПАРТМЕНТ СИНДРОМЕ

Кушнарячук М.Ю., Каторкин С.Е.

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО И «ДАЛЬНИЕ ЭКСТРАВАСКУЛЯРНЫЕ ПУТИ» - ТРЕТЬЯ ДРЕНАЖНАЯ СИСТЕМА?

Летягин А.Ю., Бгатова Н.П., Небрат В.В.

КАК ЗАЩИТИТЬ ПАЦИЕНТА ОТ «ФЛЕБОЛОГА»?

Магидов Л.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ ЛИНТОНА И ФЕЛЬДЕРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ГОЛЕНИ

Магидов Л.А., Кураш И.О., Расулов Р.К., Побожая Н.С.

РАЗБОР УСПЕШНОГО КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ДИАГНОЗОМ ПЕРВИЧНАЯ ПОЗДНЯЯ ЛИМФЕДЕМА ЛЕВОЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ III СТАДИИ ПО М.FOELDI, ОСЛОЖНЕННАЯ ТРОФИЧЕСКОЙ ЯЗВОЙ ГОЛЕНИ, ЛИМФОРЕЕЙ И РЕЦИДИВИРУЮЩИМ РОЖИСТЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ МЕТОДОМ КОМПЛЕКСНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ ПРОТИВООТЁЧНОЙ ТЕРАПИИ

Макаров И.Г., Иванов А.Г.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЦИАНАКРИЛАТНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН

Максимов С.В., Смяловский Д.В.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ САФЕНО-ПОДКОЛЕННОГО ПЕРЕКЛЮЧЕНИЯ ЧЕРЕЗ ВОЗВРАТНУЮ ВЕНУ БОЙДА

Малинин А.А., Чомаева А.А.

КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МИКРОПЕННОЙ СКЛЕРОТЕРАПИИ И ЧРЕСКОЖНОГО МИКРОСЕКУНДНОГО ЛАЗЕРА ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИЙ И РЕТИКУЛЯРНЫХ ВЕН

Манджикян О.П., Данелян Б.А.

ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ СО СНИЖЕННОЙ ЛИНЕЙНОЙ ПЛОТНОСТИ ЭНЕРГИИ

Манджикян О.П., Кутидзе И.А., Исаев А.М., Данелян Б.А., Краснощёкова Л.С., Солиев С.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПРЕССИОННОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ: МНЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СООБЩЕСТВА ФЛЕБОЛОГОВ

Маркин С.М., Кравцов П.Ф., Артемова А.С., Блохина Е.В., Стечишина А.К.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ И КАТЕТЕРНОЙ СТВОЛОВОЙ СКЛЕРОТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН

Маслянский Б.А., Маслянский В.Б., Шубенок М.А.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 60 ЛЕТ

Маслянский Б.А., Маслянский В.Б., Шубенок М.А.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЗОМ ВЕН КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОНКОПАТОЛОГИИ

Матвеева Л. В., Toure A.S., Шарафутдинов М.Г., Посеряев А.В.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО И СТИХАЮЩЕГО ТРОМБОФЛЕБИТА ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С НИЗКИМ РИСКОМ ПЕРЕХОДА НА СИСТЕМУ ГЛУБОКИХ ВЕН

Медведева Ю.Д.

ЛИМФОТРОПНАЯ ИММУНОМОДУЛЯЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ У БОЛЬНЫХ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ

Мельников В.В., Бекбаев А.З., Абдулаева З.Ш., Муртузалиев Р.М.

ПРЕИМУЩЕСТВО ДВУХЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Мельцова А.Ж., Андожская Ю.С.

КОМПРЕССИОННАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СУБЪЕКТИВНЫМИ СИМПТОМАМИ ХЗВ: СКОЛЬКО ЧАСОВ НОШЕНИЯ В ДЕНЬ ДОСТАТОЧНО?

Мирахмедова С.А., Селиверстов Е.И., Ефремова О.И., Золотухин И.А.

КОАГУЛЯЦИЯ НЕЭСТЕТИЧНЫХ ВЕН ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ НЕОДИМОВЫМ ЛАЗЕРОМ

Миринова А.В., Ибрагимов Д.Р., Хафизов А.Р.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФЕДЕМОЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Мышенцев П.Н., Каторкин С.Е.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН

Небылицин Ю.С., Беляева Е.Л., Стрельцова Н.Д., Шурыгина Н.П., Дровило Е.М.

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ТАЗА У ЖЕНЩИН

Небылицин Ю.С., Хрыщанович В.Я., Кутько А.П., Чуешов В.А., Скобелева Н.Я.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВОМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Небылицин Ю.С., Хрыщанович В.Я., Нелипович Е.В., Швед М.И., Павлов А.Г., Чуешов В.А., Трубачев А.В., Володькин В.В.

РОССИЙСКИЙ РЕГИСТР ЛИМФЕДЕМЫ И ЛИМФАТИЧЕСКИХ МАЛЬФОРМАЦИЙ КАК ПРОГРАММА ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТОВ

Нимаев В.В., Вурдов Д.Ю., Питерская Е.П., Курочкина О.С., Кругомов А.В., Фейсханов А.К., Фионик О.В., Ровная А.В., Макаров И.Г.

ОЖИРЕНИЕ И ЛИМФЕДЕМА

Нимаев В.В., Хапаев Р.С.

ПРИМЕНЕНИЕ АНГИОПРОТЕКТОРА ВАЗОКЕТА 600 В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЛИМФОВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Онучин П.Г.

СКЛЕРОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ВЕНОЗНЫМИ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ

Онучин П.Г.

АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЗАМИ

Онучин П.Г.

ПРОЛОНГИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ СУЛОДЕКСИДОМ ПАЦИЕНТОВ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЗАМИ

Онучин П.Г.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН

Петриков А.С.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ УМЕРЕННОГО И ВЫСОКОГО РИСКА У ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ГРЫЖАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Петриков А.С., Сучков И.А., Ройтман Е.В., Шевченко В.Н., Свистула Р.И., Чобанян А.А.

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У РАНЕНЫХ

Петров А.Н., Самохвалов И.М., Семенов Е.А., Маркевич В.Ю., Рева В.А., Петров Ю.Н., Ожегова В.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРАМИ

Поваров В.О., Калинин Р.Е., Мжаванадзе Н.Д., Сучков И.А.

ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ОБЛИТЕРАЦИЯ, МИНИФЛЕБЭКТОМИЯ, СКЛЕРОТЕРАПИЯ. АЛГОРИТМ ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

Познякова О.В., Корниевич С.Н., Гаврин П.Ю., Мазынский Д.В., Юшкевич Д.В.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЦИДИВА ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОСЛЕ ЭНДОВАЗЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ И КЛАССИЧЕСКОЙ ФЛЕБЭКТОМИИ

Потапов М.П., Староверов И.Н., Богданова Я.И.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСА МЕР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВТЭО ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ СУСТАВОВ

Простов И.И., Кательницкий И.И., Ерошенко О.Л., Кательницкая Е.С., Манулик Н.А.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕОДИМОВОГО ЛАЗЕРА ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ НЕЭСТЕТИЧНЫХ СОСУДОВ НА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ

Пятницкий Я.А., Афанасов П.П., Чаббаров Р.Г., Пятницкий А.Г., Санбаев А.К., Абляев Ф.Х.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ТОТАЛЬНОЙ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРОВ С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 1940 НМ И 1470 НМ: РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Раскин В.В., Семенов А.Ю.

КАК ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВЛИЯЕТ НА ХРОНИЧЕСКУЮ ВЕНОЗНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ?

Растатуева А.О., Капериз К.А.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛИКАЦИИ ГЛУБОКИХ ВЕН В КАЧЕСТВЕ МЕТОДА ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КРУПНЫХ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Расулов Р.К., Магидов Л.А., Аполонский Р.В.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИО-ВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ КИСТИ

Рахимов А.Р., Романов Д.В., Карев М.А.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19-АССОЦИИРОВАННЫМ ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН

Роговой Н.А., Хрыщанович В.Я., Калинин С.С., Ромашко Т.Н.

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ МАЛЬФОРМАЦИЙ

Романов Д.В., Рахимов А.Р.

ПРОФИЛАКТИКА ИСТИННЫХ РЕЦИДИВОВ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Рубанченко Д.И.

ЭМБОЛООПАСНОСТЬ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НЕ СВЯЗАНА С ХАРАКТЕРОМ ЕГО ПРОКСИМАЛЬНОЙ ЧАСТИ

Рыльников Д.В., Селиверстов Е.И., Ан Е.С., Лебедев И.С. Золотухин И.А.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ КЛИНИЧЕСКОЙ ЛИМФОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Самохин Г.Г., Гинзбург М.Л., Закиров М.Р., Волошина Н.В., Устинов Н.В.

УПРАВЛЕНИЕ ЛИМФОДИНАМИКОЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛИМФОВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Самохин Г.Г., Закиров М.Р., Гинзбург М.Л., Устинов Н.В., Давудова А.А.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ КЛИНИЧЕСКОЙ ЛИМФОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Самохин Г.Г., Закиров М.Р., Устинов Н.В., Давудова А.А.

ЛЕЧЕНИЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИИ

Синицын А.А., Перьков С.О.

РАННЯЯ АКТИВНАЯ КЛЕТОЧНАЯ ТЕРАПИЯ РАКА ПОЧКИ ЛИМФОГЕННЫМИ МЕТОДАМИ

Ситников Н.В., Киселевский М.В., Карандин В.И., Нестеренко В.Н.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТОТАЛ ЭВЛК В БАССЕЙНЕ ПДПВ ПРИ РЕЦИДИВЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Скоробогатов О.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРНОГО ГЕНЕРАТОРА С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 1,94 МКМ

Скоробогатов О.А.

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ПРИ ЭВЛК

Славин Д.А., Чугунов А.Н., Шамсутдинова И.И.

ВЗГЛЯД РЕНТГЕНОЛОГА НА ДИАГНОСТИКУ ВТЭО. КАМНИ ПРЕТКНОВЕНИЯ

Сорока В. Л., Соськин И.Н.

ОБЛАДАЕТ ЛИ ШКАЛА WELLS ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРЕДСКАЗАТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТЬЮ В ДИАГНОСТИКЕ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН?

Счастливец И.В., Лобастов К.В., Цаплин С.Н., Бурлов Н.Н., Кузнецов М.С., Барганджия А.Б., Журавлев С.В., Родоман Г.В.

АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: ИССЛЕДОВАНИЕ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ С АНАЛИЗОМ ПО ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ

Счастливец И.В., Лобастов К.В., Цаплин С.Н., Матвеева А.В., Журавлев С.В., Родоман Г.В.

РИВАРОКСАБАН В СРАВНЕНИИ С ВАРФАРИНОМ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ КАВА-ФИЛЬТРА: РЕТРОСПЕКТИВНОЕ КОГОРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Счастливец И.В., Панков А.С., Цаплин С.Н., Степанов Е.А., Журавлев С.В., Лобастов К.В.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В СИСТЕМЕ ОМС

Тарасов С.Л., Бирюков А.В., Шарифуллина Р.Р., Никонов А.В., Лавинский Р.В., Ефремов Д.П., Пономарев С.В., Гагарин А.В., Крохин А.В.

ТУБЕРКУЛЕЗ, КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ОСТРЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Титомер А.И., Плоткин Д.В., Синицын М.В., Богородская Е.М.

СОСТОЯНИЕ МЫШЕЧНЫХ ВЕН ГОЛЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Толстихин В.Ю., Прожеев К.П.

КАК УДЕРЖАТЬ РЕЗУЛЬТАТ У ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФЕДЕМОЙ? ГЛАВНЫЙ ВОПРОС ДЛЯ ВРАЧА ЛИМФОЛОГА

Трушин Д. С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ ПРОТИВООТЕЧНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ У ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФОВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Трушин Д. С.

ВЛИЯНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛИМФОРЕЕЙ

Уртаев Б.М., Симанин Р.А., Сафронова В.В., Гритнус А.Р., Цибилова А.Э.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИОПОДОБНОГО ПУЛЬСИРУЮЩЕГО КРОВОТОКА В ВАРИКОЗНОРАСШИРЕННЫХ ВЕНАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Фаттахов Д.В., Султанов Р.В., Черных И.Г.

УЛЬТРАТОНКИЕ СВЕТОВОДЫ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭВЛК НЕЭСТЕТИЧНЫХ ВЕН НА РУКАХ

Федоров Д.А., Семенов А.Ю., Багдасарян А.Г., Сапранова Ю.А.

ТОТАЛЬНАЯ ЭВЛК - МЕТОДИКА И МЕСТО В СОВРЕМЕННОЙ РОССИЙСКОЙ ФЛЕБОЛОГИИ

Федоров Д.А., Семенов А.Ю., Раскин В.В., Калачев И.И., Гарбуль С.С.

ВОЗМОЖНА ЛИ ЭФФЕКТИВНАЯ И БЕЗОПАСНАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПРИ РЕКАНАЛИЗАЦИИ КЛЕЯ VENASEAL? КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Фомин К.Н., Платонов С.А., Хомчук И.А., Томченко А.И., Шахназарян Р.Л.

ОПЫТ КРОССЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕЗАЖИВАЮЩИХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Хамдамов У.Р.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВЕНОТОНИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

Хамдамов У.Р., Абдурахманов М.М.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ СКЛЕРОТЕРАПИЯ: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ

Хитарьян А.Г., Орехов А.А., Кисляков В.Н., Гусарев Д.А., Хитарьян В.А.

ИЗУЧЕНИЕ ИНАКТИВАЦИИ ВИЧ, ВИРУСОВ ГЕПАТИТА В И С ПРИ ПОВТОРНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СВЕТОВОДНОГО ИНСТРУМЕНТА ПРИ ЭНДОВЕНОЗНЫХ ЛАЗЕРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Ходосевич И.В.

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО И ПРОМЕЖУТОЧНОГО РИСКА

Хорев Н.Г., Бопенов А.Ж., Беллер А.В., Чичваров А.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИКРОНИЗИРОВАННОЙ ОЧИЩЕННОЙ ФЛАВОНОИДНОЙ ФРАКЦИИ У БОЛЬНЫХ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Хорев Н.Г., Кузнецова Д.В.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ МЕТОДОМ ЭНДОВЕНОЗНОЙ МЕХАНОХИМИЧЕСКОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ

Хрыщанович В.Я., Небылицин Ю.С., Роговой Н.А., Климчук И.П., Корчевный Р.П.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГРАДУИРОВАННОЙ ЭЛАСТИЧЕСКОЙ КОМПРЕССИИ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ

Хрыщанович В.Я., Небылицин Ю.С., Роговой Н.А., Скобелева Н.Я., Пашкевич О.Н.

ЛОКАЛЬНЫЙ КАТЕТЕРНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС ПРИ ИЛИОФЕМОРАЛЬНОМ ФЛЕБОТРОМБОЗЕ

Хрыщанович В.Я., Роговой Н.А., Калинин С.С., Климчук И.П., Лосев И.Н.

КРОССЭКТОМИЯ В СОЧЕТАНИИ С ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИЕЙ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ У ПАЦИЕНТОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Царев О.А., Сенин А.А., Розенкова Т.В., Корчаков Н.В., Досет А.С.

ПРИМЕНЕНИЕ СУЛОДЕКСИДА В ПРАКТИКЕ ФЛЕБОЛОГА

Чаббаров Ю.Р., Чаббаров Р.Г., Абляев Ф.Х., Санбаев А.К.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОПЕРАЦИИ ASVAL, ЭВЛК И КРИОФЛЕБЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Чернооков А.И., Долгов С.И., Коробова Н.Ю., Дондуп О.М., Гнездова Д.А., Сильчук Е.С.

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ, У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПУТЕМ РАЦИОНАЛЬНОГО ВЫБОРА МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Чуйко С.Г.

ОСЛОЖНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ СОСУДОВ НА ЛИЦЕ

Шамсутдинова И.И., Славин Д.А.

ИЗУЧЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОДИНАМИКИ В ИЛИОФЕМОРАЛЬНОМ ВЕНОЗНОМ СЕГМЕНТЕ

Шаталов А.В., Рязанова И.И., Шаталов А.А.

ЭКСТРЕННЫЕ СИТУАЦИИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ФЛЕБОЛОГИИ

Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М., Яшкин М.Н., Сергеев О.Г., Цыплящук А.В.

СРАВНЕНИЕ ЭНДОВАЗАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ С ДЛИНАМИ ВОЛН 1940 НМ И 1560 НМ В КОМПЛЕКСНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Шиманко А.И., Дибиров М.Д., Семенов А.Ю., Волков А.С., Тюрин Д.С., Парфентьев Э.А., Швыдко В.С., Цуранов С.В., Федоров Д.А., Баянов А.А., Магдиев А.Х.

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛЕЕВОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН: ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В Г. РЯЗАНИ 220

Ширинбек О., Мнацаканян Г.В., Одинокова С.Н., Новиков Л.А.

ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ПОЛИКЛИНИЧЕСКИМИ ХИРУРГАМИ

Щеглов Э.А.

КОМПЛЕКСНАЯ ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Эгамов Ю.С.

РЕГИОНАЛЬНАЯ ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Эгамов Ю.С., Сапиохунова Х.М., Ибрагимова М.А.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН МАЛОГО ТАЗА

Юшкевич Д.В. , Юрлевич Д.И. , Смольский А.В., Гаврин П.Ю

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЗАЖИВЛЕНИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ. ВОЗМОЖНО ЛИ ЭТО?

Якушкин С.Н., Евсюков А.А.

ВОЗМОЖНОСТИ НАНОЧАСТИЦ МЕДИ В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

Якушкин С.Н., Евсюков А.А.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ ЛИМФОРЕЯ, КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Ярема В.И., Федин А.Б., Лявина С.М., Ахмедова Р.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КУЛЬТУРЫ ДЕРМАЛЬНЫХ ФИБРОБЛАСТОВ НА РАЗЛИЧНЫХ НОСИТЕЛЯХ ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ ДЕФЕКТОВ ПРИ ХВН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Яровенко Г.В., Россинская В.В., Кольцов А.Е.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Абдурахманов М.М., Хамдамов У.Р.

Бухара, Республика Узбекистан

Актуальность. Несмотря на многовековую историю, проблема трофических язв не только не утратила своего значения, но напротив, актуальность ее в современной медицине неуклонно возрастает. По данным различных источников, трофические язвы венозной этиологии составляют более 70% от всех язв нижних конечностей. Среди больных сахарным диабетом число лиц, имеющих язвенные дефекты стоп, достигает 15%. При наличии сочетания у пациента хронической венозной недостаточности и сахарного диабета частота трофических нарушений возрастает в 2-3 раза.

Цель работы. Улучшение результатов лечения больных с трофическими язвами венозного генеза и сахарным диабетом.

Материалы и методы. В исследование включили 17 больных с трофическими язвами нижних конечностей венозного генеза и варикозной болезнью в бассейне БПВ, страдающие сахарным диабетом 2 типа. Из них 14 женщин и 3 мужчин в возрасте от 43 до 86 лет, средний возраст составил 58,4 года. Размеры язв варьировали от 0,3 до 65 см². Все пациенты, включенные в исследование, находились на лечении пероральными глюкозоснижающими препаратами. В связи с необходимостью хирургического лечения варикозной болезни и угрозой развития инфекционно-воспалительных осложнений вследствие трофических нарушений и сахарного диабета, всем пациентам была выполнена эндовазальная лазерная коагуляция (ЭВЛК) варикозно-трансформированных вен нижних конечностей. ЭВЛК БПВ выполнена у 15 пациентов; у всех пациентов проводилось ЭВЛК перфорантных вен (от 2 до 5 вен- перфорант диаметром более 4 мм); у 6 пациентов ЭВЛК перфорантных вен была выполнена в зоне трофических расстройств. Минифлебэктомии не выполнялись. Операции выполнялись под местной тумесцентной анестезией при постоянной ультразвуковой визуализации на диодном лазерном аппарате ЛАХТА-МИЛОН с длиной волны 970 нм и мощностью до 15 Вт. Линейная плотность энергии составила 85-96 Дж/см. Использовались торцевые световоды сечением 600 мкм. В послеоперационном периоде проводилось местное лечение трофических язв с использованием мази «Офломелид», содержащей противомикробное средство широкого спектра действия офлоксацин, стимулятор репарации тканей метилурацил и местноанестезирующее средство лидокаин. Применяли эластичный компрессионный трикотаж Varimed класса компрессии (34-46 мм.рт.ст.). До начала исследования, а так же после отмены препарата выполняли бактериологические исследования биоптатов ран на наличие микрофлоры.

Результаты. Положительная динамика течения раневого процесса при комплексной терапии наблюдалась уже через 1-2 перевязки. Визуально отмеча-

лось уменьшение гнойного отделяемого и снижение воспалительных реакций (гиперемии, отека тканей). Болевой синдром купировался или значительно снижался уже после первой перевязки. Островковая и краевая эпителизация ран появлялась, как правило, на 5-7 сутки от начала лечения. Полная эпителизация у 12 пациентов наступила на 14-17 сутки, у 3 пациентов на 30 сутки, 2 пациентам потребовалось более длительное лечение (из них 1 пациентка с циркулярной трофической язвой), но на 30 сутки была отмечена выраженная положительная динамика (уменьшение площади язвы, краевая эпителизация).

Вывод. Комплексный подход с использованием препарата «Офломелид» у больных с трофическими язвами венозного генеза и сахарным диабетом позволяет улучшить результаты лечения, избежать инфекционно-воспалительных осложнений, выполнить радикальное оперативное лечение в амбулаторно-поликлинических условиях, используя стационарзамещающие технологии.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ БОЛЬШОГО ДИАМЕТРА В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗА

Абраменко В.Э., Журавель В. В., Панков А. Н., Семитко С. П., Степанов А. В., Гетажеев К. В., Земляников И. Д., Попов Р. Ю.

Москва, Россия

Введение. В настоящее время малоинвазивные методы ликвидации рефлюкса по магистральным подкожным венам, такие как эндовенозная лазерная (ЭВЛО) и радиочастотная облитерация (РЧО), стали применяться в качестве методик выбора у большинства пациентов с варикозным расширением вен. Однако, в актуальных международных клинических рекомендациях по стволовым облитерациям не указана верхняя граница диаметра вен для термических методик. До сих пор остаются специалисты, которые отдают предпочтение открытым вмешательствам при приустьевом отделе крупного калибра. Вместе с тем сегодня нет единого взгляда на то, какой диаметр следует считать большим. В доступной литературе встречаются работы, где к крупным относят вены как более 1 см, так и более 1,2-1,5 см. На сегодняшний день актуальными вопросами остается эффективность эндовенозной облитерации таких сосудов и риски послеоперационных осложнений, в частности, такого как термоиндуцированный тромбоз (endothelial heat-induced thrombosis - EHIT).

Цель. Провести обзор опубликованной медицинской литературы, касающейся темы выбора тактики лечения пациентов с варикозным заболеванием вен нижних конечностей при наличии подкожных вен большого диаметра и отбора

пациентов для эндовенозной лазерной облитерации (ЭВЛО) подкожных вен, а также предоставить руководство по эффективности и безопасности данного метода лечения на венах различного диаметра.

Материалы и методы. Поиск был выполнен в PubMed. Кроме того, в Google Scholar и Cochrane Library (Кокрановской базе данных) был проведен поиск по ключевому термину «лечение варикоза больших подкожных вен». Был проведен всесторонний поиск литературы на русском и английском языке до января 2024 года включительно. Были рассмотрены все ссылки, относящиеся к закрытию поверхностных варикозных вен. Подходящие статьи и исследования представляли собой клинические исследования и обзоры, в которых проводилась ЭВЛО подкожных вен различного диаметра с последующим сравнением групп пациентов в послеоперационном периоде с разным сроком наблюдения. Обзор был сосредоточен на поиске критериев отбора пациентов на ЭВЛО с различным диаметром подкожных вен и сафено-фemorального соустья, поиск всех возможных классификаций подкожных вен по их диаметру, а также сравнений различных методов лечения варикозной болезни.

Результаты. На сегодняшний день самым популярным методом хирургического лечения варикозной болезни вен нижних конечностей являются эндовенозные термические методы облитерации. Они обладают преимуществами простоты минимально инвазивного вмешательства с максимальной косметичностью. Во всех обзорах и исследованиях развившиеся осложнения после ЭВЛО не представляли опасности для жизни и здоровья пациентов, что позволяет характеризовать представленный метод лечения как безопасный. В исследованиях сообщалось об очень небольшом количестве серьезных нежелательных эффектов, требующих лечения, как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе. Отчеты продемонстрировали более 90% технического успеха ЭВЛО поверхностных вен независимо от их диаметра, что уже сегодня дает возможность предоставлять всем пациентам альтернативу открытого хирургического лечения.

Заключение. На сегодняшний день принцип отбора пациентов для ЭВЛО подкожных вен в качестве альтернативы традиционной открытой хирургии вызывает споры и противоречия среди хирургов. Этому способствует отсутствие каких-либо стандартов и критериев оценки диаметра вен для термических методов лечения варикоза, а также наличие субъективного мнения врача в выборе метода лечения. Другие обоснования выбора метода лечения включают предпочтения самого пациента, стоимость лечения, наличие расходного материала в медицинской организации и собственного профессионализма и опыта врача. Будущие исследования должны быть направлены на стандартизацию клинической терминологии в отношении диаметра подкожных вен и показаний к эндовенозной термической облитерации, а также на анализ показателей после термического метода лечения и временных моментов, в которые оцениваются данные показатели.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Агапов А.Б., Калинин Р.Е., Сучков И.А., Мжаванадзе Н.Д.,
Поваров В.О., Никифоров А.А., Максаев Д.А., Чобанян А.А.

Рязань, Россия

Цель исследования: провести анализ анамнестических, лабораторных данных у пациентов с коронавирусной инфекцией при проведении антикоагулянтной терапии и выявить их взаимосвязь в развитии венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО).

Материал и методы. Проведено проспективное исследование, в которое включено 370 пациентов. Больные были разделены на 3 группы: 1 группа – 190 человек, которые получали низкомолекулярный гепарин (НМГ); 2 группа – 123 человека, принимавшие нефракционированный гепарин (НФГ) и 3 группа – 57 человек, принимавших прямые оральные антикоагулянты (ПОАК). Всем пациентам проведен анализ клинико-анамнестических данных, общих лабораторных показателей, специфических маркеров воспаления IP-10 и MCP-1. Всем пациентам проводилось ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) глубоких и поверхностных вен, при поступлении, если больной попадал в отделение реанимации и в конце лечения. Исследование прошло одобрение локального этического комитета (протокол №3 от 11 октября 2021г.) и зарегистрировано на платформе ClinicalTrials.gov (идентификатор NCT05143567).

Результаты. Исследуемые группы в начале лечения были сопоставимы по возрасту, степени тяжести основного заболевания. Среди сопутствующей патологии во всех группах преобладали ожирение, гипертоническая болезнь и сахарный диабет. При анализе общих лабораторных показателей имеет место высокие значения С-реактивного белка (СРБ), ферритина, фибриногена и Д-димера. В конце терапии в 1 группе, наблюдается достоверное уменьшение всех провоспалительных и коагуляционных показателей в том числе и специфических маркеров (IP-10, MCP-1). Во 2 группе уровень СРБ достоверно снижается, при этом концентрация ферритина остается высокой. Среди специфических маркеров снижается только IP-10, а MCP-1 без динамики. В коагулограмме наблюдается уменьшение протромбинового времени и фибриногена, но уровень Д-димера достоверно не снижается. В 3 группе пациентов, принимавших ПОАК, также наблюдается снижение уровня IP-10, СРБ и Д-димера и нарастание концентрации ферритина. При оценке частоты развития ВТЭО отмечено, что у пациентов получавших НФГ имеет место высокая частота Тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) без источника в нижних конечностях – 11,40% случаев, тромбоза глубоких вен (ТГВ) - 6,50% случаев и ТЭЛА с источником в нижних конечностях - 6,50%

случаев. Методом логистической регрессии и ROC анализом установлено, что значение исходного уровня МСР-1 больше 90 пг/л повышает шансы развития ТЭЛА в 10.742 (1.135-101.647) раз ($p=0.038$). Повышение исходного уровня IP 10 на 700 пг/мл повышает шансы развития ТЭЛА в 7,936 (2,066-30,3) раз ($p=0.003$). Наличие ТГВ у пациента повышает шансы развития ТЭЛА в 15.757 (2.614-94.984) раз ($p=0.003$). Применение НФГ вместо НМГ или ПОАК повышает шансы развития ТЭЛА в 9.741 (1.088-87.213) раз ($p=0.042$). Наличие ожирения повышает шансы развития ТЭЛА в 1.948 (1.001-3.791) раз ($p=0.0495$).

Выводы. Выявлена взаимосвязь между частотой развития ВТЭО, наличием ожирения, применением НФГ и высокими значениями показателей воспаления МСР-1 и IP-10 у пациентов с коронавирусной инфекцией.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА

Азизов Г.А., Комилжонов А.Э.

Андижан, Республика Узбекистан

Показания к выполнению операции у больных с восходящим варикотромбофлебитом в настоящее время сформированы и выработаны четкие показания. По объему оперативного вмешательства до настоящего времени нет единого взгляда у хирургов. Один из них радикальный, одномоментное удаление патологически измененных вен и второй двухэтапное комбинированное лечение. Сторонники двухэтапного лечения аргументируют свою тактику тем, что острый варикотромбофлебит сопровождается явлениями резко выраженного перифлебита, в связи с чем возникает большой риск некроза кожи и нагноений.

Проведен анализ результатов радикального хирургического лечения 54 больных восходящим острым варикотромбофлебитом за период с 2015 по 2023 годы на базе клиник Госпитальной и факультетской хирургии Андижанского государственного медицинского института. Возраст больных колебался от 19 до 78 лет. Длительность заболевания колебалась от 3 суток до 15 дней. Значительная часть больных проступила на 4-8 сутки заболевания (64%). При поступлении больные жаловались на боли в области бедра и голени по ходу локализации патологического процесса. При осмотре обычно имелось уплотнение и инфильтрация по ходу большой или малой подкожных вен, гиперемия и повышение температуры кожи над поражёнными участками, болезненность при пальпации тромбированных вен. У 18 больных проксимальная часть тромбоза находилась на уровне остиальных клапанов и у 36 тромботический процесс не достигал остиальных клапанов большой или малой подкожных вен. У 30% больных в нижней трети го-

лени отмечался умеренный отек. С целью диагностики и оценки лечения исследована гемокоагуляция, транскутанное напряжение кислорода, ультразвуковое ангиосканирование. С целью улучшения результатов оперативного лечения у 35 больных с острым подкожным тромбозом в комплексном лечении в до- и послеоперационном периоде была применена лимфотропная терапия.

Из 54 оперированных у 48 (88%) получены хорошие результаты. У них были ликвидированы воспалительные явления, а послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Дооперационный период в данной группе больных составил 2 ± 1 койко дня послеоперационный период 7 ± 1 дня. Неудовлетворительные результаты лечения выявлены у 6 (11%) больных у которых отмечались вторичным заживлением ран в виде некроза краев раны, гематомы и лимфорей.

Таким образом, оперативное вмешательство в полном объеме позволяет повысить экономическую эффективность лечения связанную с отсутствием необходимости в повторной плановой госпитализации и сокращает сроки нетрудоспособности.

НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗА ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН

Акимов А.А., Киршин А.А., Халимов Э.В., Михайлов А.Ю.

Ижевск, Россия

Цель: сравнить влияние препаратов низкомолекулярных гепаринов и пероральных антикоагулянтов на исход лечения при тромбозе поверхностных вен.

Материалы и методы: Обработано 64 истории болезни с январь 2023 года по декабрь 2023 года с диагнозом острый тромбоз поверхностных вен в клинике «Доктор Плюс» клиническая база кафедры общей хирургии. г. Ижевска. Из них мужчин 43, женщин 21. Средний возраст пациентов составил $46 \pm 1,2$ лет. Пациенты были поделены на 2 группы. Основная группа, 30 человек, получала низкомолекулярных гепаринов в виде парнапарина натрия 0,6 мл п/к. Контрольная группа, 34 человека, получала пероральных антикоагулянтов в виде ривороксабана 10 мг. На фоне приема пероральных антикоагулянтов у одного пациента из контрольной группы была неэффективность антикоагуляции. Также была исследована отдельная группа пациентов с симптомами хронической венозной недостаточности. Всего 54 человека. Поделенная на основную 27 человек без назначения флеботоников и контрольную 27 человек с назначением флеботоника в дозировке 1000 мг 1 раз в день на 3 месяца. Из них 30 женщин, 24 мужчины. Средний возраст $32 \pm 2,4$ лет. Всем пациентам для уменьшения симптомов хронической венозной недостаточности в контрольной группе использовали препарат

Детралекс® в дозировке 1000 мг 1 раз в день утром курсом 3 месяца. Качество жизни после приёма флеботоника подсчитывалось при помощи шкалы CIVIQ14.

Результаты исследования

На сегодняшний день использование препаратов в клинической практике регламентируется инструкцией. При тромбозах рекомендовано назначение антикоагулянтных препаратов, которые, являются неоспоримыми средствами выбора с доказанной клинической эффективностью, а главное, безопасностью их использования. Но, назначая данные препараты, клиницист неизбежно сталкивается с инструкцией к его использованию, который строго регламентируется. На сегодняшний день, нормативно-правовым актом для действий врача — это клинические рекомендации. В частности, такой препарат как ривороксабан 10 мг может быть использован при лечении тромбоза поверхностных вен умеренного и высокого риска, но на сайте ГРЛС (государственный реестр лекарственных средств), прописано, что нет показаний для лечение поверхностных вен в инструкции к этому препарату. На сегодняшний день, прецедентов для Российского законодательства ещё не было. Если сравнивать низкомолекулярные гепарины такие как парнапарин натрия, эноксапарин натрия, дальтопарин натрия, то в инструкции показание для лечения варикотромбофлебита из всех препаратов будет лишь у флюксума.

При приёме у пациентов в контрольной группе через 3 месяца после приёма препарата Детралекс® 1000 мг выявлена корреляция уменьшения симптомов хронической венозной недостаточности и составила 50 — 60 (диапазон 0–89), в основной группе 20-30 (диапазон 0-89).

Заключение: в инструкциях пероральных антикоагулянтов нет показаний для лечения тромбоза поверхностных вен. Препаратом выбора является парнапарин натрия. Препарат Детралекс® 1000 мг улучшает качество жизни пациентов с симптомами хронической венозной недостаточности на основании шкалы CIVIQ14.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИБРИДНОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ

Акулова А.А., Стариков В.О.

Москва, Россия

Врожденные венозные мальформации чаще встречаются среди сосудистых аномалий. Наиболее распространенный метод лечения венозных мальформаций среди флебологических клиник — это склеротерапия. Однако, в случае артериовенозных мальформаций требуется гибридный подход с использованием эндоваскулярных и эндовенозных методов лечения.

Клиническое наблюдение. Пациент З. обратился в больницу ЧУЗ «ЦКБ «РЖД-Медицина» с жалобами на варикозно-расширенные вены, тяжесть, боль и отек в правой нижней конечности, усиленный венозный рисунок по латеральной поверхности бедра. Из анамнеза известно, что капиллярная мальформация правого бедра диагностирована с рождения. Около двух лет назад пациент стал отмечать варикозно-расширенные вены на правой нижней конечности. Выполнено МСКТ-флебография нижней полой вены, вен малого таза и нижних конечностей, по результатам которой выявлена КТ-картина артерио-венозной фистулы в нижней и средней трети правого бедра. Первым этапом пациенту выполнена селективная эндоваскулярная эмболизация артериовенозного соустья правой поверхностной бедренной артерии микроэмболами countour PVA-710-1000 мкм. На контрольной ангиографии получен «стоп контраст». Вторым этапом через три месяца после контрольного выполнения МСКТ-флебографии нижних конечностей, пациенту выполнена эндовенозная лазерная облитерация подкожных стволовых вен атипично расположенных по латеральной и передней поверхности правого бедра и голени в сочетании с минифлебэктомией и пенной склеротерапией 3% раствором этоксисклерола. Использовали лазерный аппарат с длиной волны 1,56 мкм и мощностью 8-9 Вт. В послеоперационном периоде пациенту было рекомендовано ношение компрессионного трикотажа 2 класса компрессии, флеботропная терапия, контрольные осмотры с интервалом 1 месяц дополненные ЭХО-контролируемой пенной склеротерапией (4 сеанса).

Вывод. Послеоперационный период протекал без особенностей, без серьезных осложнений, таких как тромбоемболия, инсульт, повреждение нервов или некроз тканей. У пациента наблюдалось значительное улучшение клинических и ультразвуковых показателей. Гибридный метод лечения артериовенозных мальформаций может рассматриваться, как эффективный и безопасный метод лечения.

АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ НЕТРОМБОТИЧЕСКИХ ОБСТРУКЦИЙ ПОДВЗДОШНЫХ ВЕН

Аленичев А.В., Чуриков Д.А., Васильев А.В., Гаврилов С.Г.

Москва, Россия

Необходимость и регламент применения антитромботических препаратов после стентирования нетромботических обструкций подвздошных вен (НОПВ) окончательно не определены. В литературе представлены различные подходы применения антитромботической терапии (АТТ) после стентирования НОПВ, от использования комбинации антикоагулянтной и дезагрегантной терапии в течение длительного времени до полного отказа от АТТ в постимплантационном периоде.

Цель. Оценить эффективность и безопасность применения комбинированной АТТ после стентирования НОПВ у пациентов с тазовыми венозными заболеваниями (ТВЗ).

Методы. В проспективное когортное исследование включены 63 пациента (56 женщин и 7 мужчин) в возрасте от 27-48 лет (интерквартильный размах – 12.5), находившихся на лечении в Университетской хирургической клинике им. В.С. Савельева в 2014-2023 гг. Показаниями к стентированию подвздошных вен служили наличие симптомов и признаков ТВЗ, обнаружение гемодинамически значимого компрессионного стеноза подвздошных вен по данным полипозиционной тазовой флебографии. Первичное стентирование левой общей подвздошной вены (ОПВ) выполнено 50 женщинам и 5 мужчинам, правой ОПВ – 1 женщине и 1 мужчине. Стентирование левой ОПВ после эмболизации левой гонадной вены (ЭЛГВ) (вторичное стентирование) выполнено 6 женщинам. После стентирования всем пациентам назначили низкомолекулярные гепарины (НМГ): эноксапарин 100 МЕ/кг или надропарин 86 МЕ/кг однократно под кожу живота в течение 10 дней. Затем НМГ отменяли и назначали пероральные антикоагулянты (ПОАК) – ривароксабан 20 мг или апиксабан 5 мг однократно в течение 3 месяцев. Дезагрегантную терапию (клопидогрел 75 мг/сут) проводили в течение 3 месяцев совместно с АКТ, затем в качестве монотерапии в течение 3 месяцев. Повторные осмотры и ДУС тазовых, подвздошных и глубоких вен нижних конечностей выполняли через 1, 10, 30 дней, 6 и 12 месяцев после стентирования. Мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) подвздошных и тазовых вен проводили через 6 месяцев после вмешательства. Оценивали частоту развития венозных тромбозов, осложнений АТТ, проходимость стентов, их положение в подвздошных венах, наличие и длительность рефлюкса в тазовых венах.

Результаты. Среднее время наблюдения за пациентами составило $4,7 \pm 2,4$ лет (от 1 года до 9 лет). Кумулятивный клинический (купирование симптомов ТВЗ) и гемодинамический (уменьшение или исчезновение рефлюкса в тазовых венах) эффекты после стентирования ОПВ составили 76.2%. Регламент рекомендованной АТТ соблюдали 100% пациентов. Ни в одном из наблюдений после стентирования не отмечено тромбоза стента, тазовых вен, глубоких вен нижних конечностей. Jailing-эффект отмечен у 87,3% пациентов, tapering-эффект – у 79,3% пациентов, эти эффекты были только после имплантации стентов Wallstent. Миграции стентов не было, дислокация стента в нижнюю полую вену отмечена у одной пациентки. Проходимость стентов в ближайшем и отдаленном постимплантационном периодах составила 100% по данным ДУС и МСКТ. Осложнений АТТ не было ни в одном из наблюдений.

Заключение. Исползованный регламент АТТ служит эффективным и безопасным способом предотвращения тромбоза стентов, развития тромбозов глубоких вен нижних конечностей и таза.

ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ СОСУДИСТЫЕ АНОМАЛИИ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Альбицкий А.В.

Москва, Россия

Цель. Оценить возможности применения ультразвуковой диагностики и пенной склеротерапии с ультразвуковой навигацией при периферических посттравматических сосудистых аномалиях с целью улучшения результатов диагностики и лечения данной патологии. Модернизировать действующую классификацию Международного Научного Общества по Изучению Сосудистых Аномалий, в которой периферические посттравматические сосудистые аномалии могут рассматриваться в будущем как новая самостоятельная группа.

Материал и методы. В основу исследования положен 3 - летний опыт работы Центра Эндоваскулярной Лазерной Эстетической Флебологии клиники Медалье г. Москвы. В исследование включены 2 больных с периферическими посттравматическими сосудистыми аномалиями кисти и стопы после пенной склеротерапии под ультразвуковой навигацией 1% раствором этоксисклерола. Склеротерапия выполнена пациентам с месячным интервалом, количество сеансов – 2. Всем больным в предоперационном периоде выполнено ультразвуковое дуплексное ангиосканирование сосудистой опухоли высокочастотным датчиком. Осмотр больных проведен на 1-е, 7-е сутки после операции, через 1, 6 месяцев, 1 и 3 года после пенной склеротерапии.

Результаты. Осложнений в раннем и отдаленном периоде не было.

Заключение.

1. Посттравматические сосудистые аномалии еще не включены в качестве подгруппы в действующую классификацию Международного Научного Общества по Изучению Сосудистых Аномалий, но могут рассматриваться в будущем как новая самостоятельная группа.

2. Врачам, которые подозревают, что сосудистое образование является периферической посттравматической сосудистой аномалией, мы предлагаем следующий алгоритм обследования: ультразвуковое исследование, которое предоставляет ценную информацию. Дополнительная МРТ редко требуется при данной патологии.

3. На основе литературных данных и собственного опыта - основным методом лечения посттравматических сосудистых аномалий является пенная микросклеротерапия. Однако не следует сбрасывать со счетов хирургические, эндоваскулярные и консервативные методики.

4. В представленных мною клинических наблюдениях – пенная склеротерапия под ультразвуковой навигацией зарекомендовала себя наиболее эффективным методом лечения в связи с небольшими размерами и локализацией образований. В дальнейшем потребуются анализ большего количества случаев,

чтобы доказать, что склеротерапия является ведущим методом лечения периферических посттравматических сосудистых аномалий.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ МИНИИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В СТАДИИ ТРОФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Ангелова В.А., Стойко Ю.М., Цыплящук А.В., Вундер Е.С.

Москва, Россия

Цель. Изучить состояние микроциркуляторного русла у пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей в стадии трофических расстройств и оценить значимость параметров локальной микроциркуляции в прогнозировании результатов хирургического лечения после эндовенозной лазерной облитерации.

Материалы и методы. Всего в исследование включено 74 пациента с варикозной болезнью в стадии трофических расстройств по классификации CEAP C4-C6. А также 20 здоровых добровольцев по классификации CEAP C0. Абсолютно все испытуемые обследованы перед началом исследования, выполнено УЗИ вен нижних конечностей, зафиксированы значения микроциркуляции методом лазерной доплеровской флоуметрии. В группе с ВБ-ВНК значения микроциркуляции регистрировались также через два месяца после миниинвазивного хирургического лечения методом эндовенозной лазерной облитерации и минифлебэктомии варикозно-расширенных притоков. Параметры микроциркуляции, изученные в группе здоровых добровольцев, использовали, как референсные значения. Исследования параметров микроциркуляции и лечение испытуемых осуществлялось на базе КДЦ «Арбатский» НМХЦ им. Н.И. Пирогова в период с февраля 2018 по декабрь 2022 года.

Результаты исследования. Нами были проанализированы ЛДФ-граммы здоровых испытуемых и пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей (ВБВНК) в стадии C4-C6 до хирургического лечения. Провели сравнение параметров микроциркуляции между подгруппами с C4, C5, C6 и здоровыми исследуемыми. У здоровых лиц показатели микроциркуляции регистрировались с монотонным характером и относительно высоким уровнем кровотока, с относительной монотонностью флаксмоций с небольшими амплитудами. Среди здоровых добровольцев отмечалось высокое значение параметра М-общий (19,83 п.е.), что в свою очередь говорит о хорошей перфузии в тканях. У пациентов с ВБВНК М-общий составил: C4 (6,87 п.е.), C5(6,40

п.е.), С6(6,44 п.е.) что свидетельствует о снижении параметра М-общий, как следствие снижение общей перфузии кожи нижних конечностей. В группе здоровых величина параметра М-шунтирующий составила (88,15 п.е.), что объясняет высокую скорость протекания крови по микроциркуляторному руслу, без перегрузки венозной кровью артерио-венулярных анастомозов (АВА). М-шунтирующий у пациентов с ВБВНК в стадии трофических расстройств, относительно группы здоровых, выше, что свидетельствует о снижении скорости протекания крови по микроциркуляторному руслу и перегрузке венозного отдела объемом крови в зоне трофических расстройств. В подгруппе с клиническим классом С4 (91,82 п.е.), в группе с С5 (95,23 п.е.), в группе с клиническим классом С6 (91,71 п.е.). Наиболее сильная перегрузка артерио-венулярных анастомозов зафиксирована в группе с клиническим классом С5. Это объясняется длительной венозной гипертензией и повторной эпителизацией в области медиальной лодыжки.

У пациентов после проведения эндовенозной лазерной облитерации и минифлебэктомии притоков динамика изменения параметров микроциркуляторного русла выражалась в снижении изначально повышенных параметров эндотелиальных колебаний с 0,02 п.е. до 0,01 п.е., сердечных колебаний с 1,26 п.е. до 1,13 п.е., дыхательных колебаний с 0,6 п.е. до 0,54 п.е., М-шунтирующий с 98 п.е. до 96 п.е., увеличении изначально сниженных параметров СКО с 0,71 п.е. до 0,86 п.е., Kv с 10,28 п.е. до 11,97 п.е., нейрогенных колебаний с 0,04 п.е. до 0,5 п.е., миогенных колебаний с 0,07 до 0,09 п.е., М-общий с 6,92 п.е. до 8,36 п.е.. Достигнутая в процессе лечения коррекция микроциркуляторных нарушений, приводила к уменьшению капиллярного и венулярного стаза, ликвидации застойной гиперемии, коррекции работы мышечно-венозной помпы.

Заключение. В ходе исследования разработана прогностическая модель, в которую вошли (возраст, М-шунтирующий, С4), с чувствительностью (88%) и специфичностью (85%), прогнозировала изменение качества жизни пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей после эндовенозной лазерной облитерации и минифлебэктомии, позволила получить пороговое значение (AUC=0,878) прогнозирования снижения количества баллов по VCSS, с улучшением качества жизни у пациентов в стадии С4-С6 по CEAP, подтвержденные данными результатами исследования микроциркуляторного русла. При изучении качества жизни пациентов и тяжести заболевания было отмечено уменьшение количества баллов по шкале VCSS, опроснику CIVIQ-20 в результате проведенного миниинвазивного лечения, что свидетельствует о том, что оперативное лечение ВБВНК класса С4-С6 по CEAP достоверно приводит как к снижению тяжести заболевания, так и к уменьшению симптомов болезни и улучшению качества жизни пациента, улучшению параметров локальной микроциркуляции.

ТОЛЬКО ЛИ КОСМЕТИКА?

Андожская Ю.С., Новикова А.С.

Санкт-Петербург, Россия

Введение. Устранение вертикального и горизонтального венозного рефлюкса при лечении варикозной болезни является золотым стандартом инвазивных методов лечения. В повседневной хирургической практике уделяется недостаточно внимания удалению ретикулярных и единичных притоковых сегментарных вен, практически не влияющих на дальнейшее прогрессирование заболевания. Склероблитерацию таких вен часто относят к косметическим процедурам, так как считается, что их наличие не приведет к развитию хронической венозной недостаточности. Однако, существует довольно большая группа пациентов, у которых или уже был устранен вертикальный и горизонтальный рефлюкс, или при УЗДГ вен нижних конечностей ни горизонтальный ни вертикальный рефлюкс зарегистрированы не были, но пациенты жаловались на чувство парестезии в области голени и стоп в местах ретикулярных и сегментарно расширенных вен.

Цель. Определить эффективность метода пенной склероблитерации ретикулярных и сегментарно-расширенных притоковых вен для устранения парестезий до и после выполнения указанного хирургического пособия. Определить наличие или отсутствие венозного рефлюкса по подкожным венам с помощью ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС) у обследуемой группы пациентов.

Методы. УЗДС вен нижних конечностей линейным датчиком 7,5-10 МГц выполнено у 104 пациентов 26-68 лет, 59 женщин и 45 мужчин. Все пациенты предъявляли жалобы на парестезии в области ретикулярных и сегментарно расширенных участков притоковых вен. I группу составили 55 пациента, у которых отсутствовал как вертикальный, так и горизонтальный рефлюкс по подкожным венам, II группу 49 пациентов, у которых регистрировался вертикальный рефлюкс по подкожным венам. В исследование включали пациентов, которым ранее не применялся метод пенной склероблитерации, и у которых не было признаков диабетической нейропатии, отсутствовали системные и воспалительные заболевания, не было выявлено признаков ишемии нижних конечностей, обусловленной атеросклеротическим процессом, не было онкологической патологии. Всем больным с жалобами на парестезии в области ретикулярных и сегментарно расширенных притоковых вен выполняли склероблитерацию пенным склерозантом (этоксисклерол 1-3%), с последующим применением компрессионного трикотажа (чулки) с компрессией 18–23 мм рт. ст. на уровне лодыжки на период не менее 1 месяца. Необходимо отметить, что больные II группы отказывались от выполнения другого вида хирургического пособия (эндовенозной лазерной облитерации подкожных вен, флебэктомии или минифлебэктомии, стволовой склероблитерации), что чаще всего было связано с наличием сопутствующей патологии. Влияние хирургического пособия на парестезии и болевую чувствительность в

области сегментарно расширенных притоковых вен и ретикулярных вен оценивали с помощью визуально аналоговой шкалы (ВАШ).

Результаты. У пациентов I группы по сравнению со II и III после лечения парестезии полностью исчезали болевая чувствительность в зоне манипуляций снижалась с $4,2 \pm 0,45$ до $0,4 \pm 0,05$, при оценке по шкале ВАШ, а во II группе с $5,1 \pm 0,41$ до $2,5 \pm 0,27$. У больных обеих групп был достигнут хороший косметический результат.

Обсуждение. Согласно представленным результатам, метод пенной склероблитерации позволяет практически полностью устранить болевые ощущения в виде парестезий в области ретикулярных и сегментарно расширенных притоковых вен в случае отсутствия у больных как вертикального, так и горизонтального рефлюкса, выявляемых при УЗИ вен нижних конечностей. На первый план в лечении таких пациентов таким образом выходит устранение болевой симптоматики, парестезий, а косметический результат, который безусловно не мало важен уходит на второй план. Примененный нами метод оказался значительно менее эффективен у пациентов II группы, которым было показано оперативное вмешательство по устранению вертикального рефлюкса, от выполнения которого пациенты отказались. Метод пенной склероблитерации все же дает положительный результат и возможен как паллиативный вариант лечения у этой группы пациентов.

Вывод. Использование метода пенной склероблитерации ретикулярных и сегментарно расширенных притоковых вен голени является оправданным и эффективным вариантом лечения у пациентов в отсутствие вертикального и горизонтального венозного рефлюкса по подкожным венам, и позволяет получить хороший не только косметический, но и клинический результат.

В случаях отказа пациентов от патогенетически направленного хирургического вмешательства или при невозможности его выполнения, метод пенной склероблитерации может быть использован как паллиативный вариант лечения, дающий хороший косметический результат, у больных с зарегистрированным вертикальным рефлюксом по подкожным венам.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЛИМФЕДЕМ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИЙ У ПАЦИЕНТОК СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВОБРАЗОВАНИЯМИ В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ В ПОЗДНЕЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Антонов А.К., Мыльников А.В., Макаров И.Г., Горенков Р.В.

Москва, Россия

Лечение злокачественных заболеваний в молочной железе в поздних стадиях проведено хирургическим методом. Мы наблюдали пациенток с злокаче-

ственными новообразованиями в поздней стадии заболевания, которым были выполнены мастэктомии по Пейти с лимфодиссекцией.

Цель исследования: Изучить и сравнить методики операций при злокачественном новообразовании в молочной железе с применением авторской методики сопроводительной терапии, в виде использования иммуномодуляторов – адаптогенов экстракта Алтайского, адаптола и мощного антисептика анолита нейтрального (АНК)

Материалы и методы: Пациентов было 60 человек женского пола. По возрасту пациентки были от 55 до 85 лет и выше. Оперированных пациенток разделили на две группы: контрольную и основную. В контрольной группе было 30 человек, в основной так же 30.

В основной группе проводились мастэктомии по Пейти и лимфодиссекцией без скелетирования подключичной вены, с применением авторской сопроводительной терапии, в виде использования иммуномодуляторов – адаптогенов экстракта Алтайского, адаптола и мощного антисептика анолита нейтрального (АНК).

В контрольной группе проводились оперативные вмешательства так же по Пейти с лимфодиссекцией, но со скелетированием подключичной вены без применения авторской сопроводительной терапии. После удаления опухоли операционная рана в основной группе местно обрабатывалась анолитом нейтральным (АНК) с параметрами рН = 7,4, ОВП = +650 мВ (окислительно-восстановительный потенциал), в количестве 1,5 – 2 литров в течении 2-3 минут. Адаптогены назначались за 3 сток до оперативного лечения (микстура экстракта Алтайского по 15 мл. 1 раз в день натошак, адаптол по 500 мг по 1 т. 3 раза в день).

Результаты оценивались в раннем послеоперационном периоде и в отдаленном: В основной группе раны зажили первичным натяжением. Послеоперационных инфекционных осложнений не было. Сократилось время пребывания в стационаре и составило 7 койко-дней, а в контрольной 14 соответственно. В контрольной группе число нагноений после операции наблюдалось у 15 пациенток (50%). Клинические симптомы: боль, слабость, подъем температуры в основной группе значительно снизились в первую неделю после операции.

В контрольной группе названные симптомы присутствовали в течении 3-х недель. В отдаленном периоде (3 месяца после операции) в контрольной группе наблюдались лимфедемы верхних конечностей на стороне операции в среднем у 80-90 % пациенток, а в основной группе лимфедем не наблюдалось.

Заключение: Для профилактики послеоперационных лимфедем у пациенток со злокачественными новообразованиями молочной железы в поздней стадии рекомендовано при мастэктомии с лимфодиссекцией не скелетировать подключичную вену, а так же применять авторскую методику сопроводительной терапии, в виде использования иммуномодуляторов – адаптогенов экстракта Алтайского, адаптола и мощного антисептика анолита нейтрального (АНК), что позволяет улучшить течение послеоперационного периода.

В отдаленных результатах проведенная мастэктомия, представленная в основной группе, значительно повышала качество жизни.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ ОБЩИХ МЕТОДИК ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ НА УРОВЕНЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРОМБОФЛЕБИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Апханова Т.В., Кончугова Т.В., Кульчицкая Д.Б., Морунова В.А., Сапелкин С.В.

Москва, Россия.

В ранее проведенных исследованиях установлена связь факторов риска венозного тромбоза с воспалением, а также важная роль провоспалительных цитокинов, являющихся ключевыми медиаторами воспаления и предикторами возникновения и пролонгирования острого тромбоза и его разрешения.

Цель исследования – разработка научно обоснованных реабилитационных программ комплексного применения различных методик лазерного облучения крови (внутривенного и надсосудистого), импульсной магнитотерапии и сухо-воздушных углекислых ванн с оценкой их эффективности у пациентов с ПТФС.

Материалы и методы. 60 включенных в исследование пациентов были рандомизированы на две группы: 1-я группа (основная, n=30) - получала комплекс, включающий внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК) низкоинтенсивным лазерным излучением (НИЛИ) с длиной волны 635 нм, в непрерывном режиме, с выходной мощностью 2 мВт, экспозицией 15 минут через введенный в кубитальную вену одноразовый стерильный световод; импульсную магнитотерапию с индукцией 10 мТл на область нижних конечностей с использованием индукторов-соленоидов; сухо-воздушные углекислые ванны, а также лечебную гимнастику в зале под контролем инструктора ЛФК. 2-я группа (сравнения, n=30) – получала аналогичный реабилитационный комплекс, но вместо ВЛОК пациенты получали надвенное лазерное облучение крови (НЛОК) в инфракрасном диапазоне (длина волны 890 нм) на область локтевых ямок с помощью матричных излучателей с импульсной мощностью 10 Вт/имп., продолжительностью - 10 минут.

Длительность реабилитации составила 2 недели (на курс по 10 ежедневных процедур). Для контроля за редукцией отеков до и после лечения применялись измерения маллеолярного объема. Проводился контроль динамики провоспалительных цитокинов (ИЛ-6, ФНО- α) до и после курса реабилитации.

Результаты. По результатам проведенного исследования отмечено уменьшение маллеолярного объема на 6,04% и 5,98% ($p < 0,05$) у пациентов основной группы и группы сравнения, соответственно, свидетельствующее о противоотечном эффекте обоих комплексов. У пациентов основной группы, получавших комплекс с включением ВЛОК, отмечено снижение экспрессии ИЛ-6 с $7,80 \pm 3,05$ до $5,40 \pm 1,88$ пг/мл ($p < 0,01$) и ФНО- α с $12,22 \pm 7,42$ до $7,36 \pm 1,50$ пг/мл ($p < 0,05$). У пациен-

тов группы сравнения, получавших комплекс с включением НЛОК, достоверной динамики показателей провоспалительных цитокинов после курса реабилитации отмечено не было.

Заключение. Таким образом, разработанные реабилитационные немедикаментозные программы с включением общих методик лазерного облучения крови (ВЛОК и НЛОК) приводят к значимому уменьшению отека конечности, без существенных различий между группами. Предложенный немедикаментозный комплекс реабилитации пациентов с ПТФС, включающий ВЛОК, обеспечивает более выраженное влияние на снижение экспрессии исходно повышенных провоспалительных цитокинов в сравнении с надсосудистым лазерным воздействием за счет непосредственного влияния низкоинтенсивного лазерного излучения красного спектра (длиной волны 635 нм) на каскад провоспалительных цитокинов.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ВТОРИЧНОЙ ЛИМФЕДЕМОЙ КОНЕЧНОСТЕЙ, СВЯЗАННОЙ С ЛЕЧЕНИЕМ РАКА

Апханова Т.В., Кончугова Т.В., Кульчицкая Д.Б., Юрова О.В., Сапелкин С.В.

Москва, Россия

За последние десятилетия в развитых странах и в Российской Федерации наблюдается неуклонный рост числа пациентов с вторичной лимфедемой, перенесших оперативное лечение с диссекцией регионарных лимфатических узлов и лучевой терапией по поводу различных форм гинекологического рака у женщин и рака простаты у мужчин, а также рака молочной железы.

Цель. Поиск и научный анализ результатов ранее опубликованных рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) эффективности различных немедикаментозных методов реабилитации у пациентов с вторичной лимфедемой конечностей, перенесших радикальное лечение по поводу рака различной локализации.

Материалы и методы. Был проведен поиск и изучены публикации в международных научных рецензируемых изданиях, посвященные медицинской реабилитации при лимфедеме, связанной с лечением рака (ЛСЛР) за период с 1996 г. по декабрь 2023 г. по ключевым словам «lymphedema», «rehabilitation». 145 РКИ было посвящено медицинской реабилитации и консервативному лечению ЛСЛР.

Результаты. Современные программы реабилитации при ЛСЛР включают коррекцию образа жизни, включающую повышение физической активности, а также психосоциальные вмешательства для улучшения качества жизни пациентов. В про-

веденных исследованиях установлено, что ранняя активизация, различные физические упражнения при медленном увеличении нагрузок под наблюдением врача ЛФК являются безопасными и способствуют увеличению выносливости, силы и диапазона движений в конечности с лимфатическим отеком. В ряде исследований доказана клиническая эффективность лечебной гимнастики в бассейне, проявляющаяся в уменьшении отеков у пациентов с ЛСЛР. В небольшом количестве исследований доказана эффективность инновационных компрессионных изделий с технологией Velcro, альтернативных жестким низкорастяжимым бандажным повязкам у пациентов с ЛСЛР. Значительное количество публикаций посвящено эффективности низкоинтенсивной лазерной терапии и магнитотерапии при реабилитации пациентов с ЛСЛР с целью уменьшения отека и воспаления. Переменная пневмокомпрессия (ППК) рекомендуется в качестве адъювантного метода лечения в дополнение к комплексной противоотечной терапии (КПТ), а также ППК может быть единственным методом противоотечной терапии, доступным для пациентов. При этом, предпочтение должно отдаваться применению технологий усовершенствованных аппаратных лимфодренажных методов, имитирующих ручные мануальные техники.

Заключение. Для улучшения физического и социально-психологического функционирования пациентов с ЛСЛР необходим комплексный подход, включающий изменение образа жизни, психологическую коррекцию, научно обоснованные методы компрессионной терапии, современные методики ЛФК, эффективные и безопасные физиотерапевтические технологии. Большинство проведенных научных исследований свидетельствует о высокой эффективности применения ручных и аппаратных лимфодренажных методик, при этом применение ППК является более экономичным и доступным, не требует привлечения специалистов, владеющих дорогостоящей методикой мануального лимфодренажа. Поскольку применение КПТ является проблематичным, необходимо более широкое применение усовершенствованных аппаратных лимфодренажных методов, имитирующих ручные мануальные техники. Для определения сравнительной эффективности мануальных и аппаратных методик требуется проведение дополнительных рандомизированных исследований.

ОСТАЛИСЬ ЛИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН: ВЗГЛЯД ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СООБЩЕСТВА

Артемова А. С., Кравцов П. Ф., Маркин С. М., Блохина Е.В., Кудашева С.А

Санкт-Петербург, Самара, Саратов, Россия

Актуальность. Широкое распространение варикозной болезни привело к развитию малотравматичных методов оперативной помощи, значительно расши-

ривших возможности хирургического лечения. В то же время границы применимости отдельных из них четко не определены, абсолютные и относительные противопоказания не закреплены клиническими рекомендациями.

Цель. Проанализировать тактические подходы участников профессионального сообщества к оперативному лечению варикозной болезни пациентов с сопутствующей соматической патологией, согласованность восприятия врачами противопоказаний к хирургии.

Материалы и методы. В рамках подготовки к онлайн семинару «Противопоказания к хирургии варикозной болезни» организованному на образовательной площадке «Актуальная флебология» 23.01.2024, проведен опрос участников профессионального сообщества. В опросе приняли участие 102 респондента, из них 50 (49,5%) флебологов, 29 (28,7%) сосудистых хирургов, 18 (17,8%) хирургов общей практики, 3 (3%) врача ультразвуковой/функциональной диагностики. Респондентам было предложено ответить на 11 вопросов.

Результаты были представлены в виде целого числа и процента, отражающего отношение количества респондентов, выбравших данный ответ, к общему числу ответивших на данный вопрос специалистов.

Результаты. Возможность хирургического вмешательства у пожилых (75-90 лет) пациентов предусматривают 94 (92,2%) респондентов, оставшиеся 8 (7,8%) в этом откажут.

При первичном выявлении антител к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ) 62 (60,8%) специалиста перенесут плановое вмешательство и попросят пациента провести дообследование у инфекциониста, 38 (37,3%) -прооперируют пациента в плановом порядке без необходимости первичного дообследования, 2 (2%) врачей откажут в хирургии вовсе.

Выполнение операции пациенткам, принимающим оральные контрацептивы, допускает 91 (89,2%) респондент, при этом 77 (75,5%) будут учитывать прием КОК, как дополнительный критерий при расчете рисков ВТЭО, 14 (13,7%) коллег учитывать прием гормональных препаратов при расчете рисков не будут; попросят отменить КОК перед хирургическим лечением 9 (8,8%) специалистов, 2 (2%) респондентов воздержались от ответа.

По мнению респондентов, абсолютными противопоказаниями к выполнению хирургического лечения варикозного расширения вен являются декомпенсированное течение соматической патологии (89,9%), беременность (78,8%), иммобилизация (70,7%) облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей со снижением лодыжечно-плечевого индекса менее 0,4 (52,5%); относительные противопоказания к хирургическому лечению варикозного расширения вен по мнению респондентов – субкомпенсированное течение соматической патологии (79,8%), ограниченная подвижность (72,7%).

Любую степень ожирения не считают ограничением для хирургического лечения 73 (71,6%) врачей, 26 (25,5%) откажут пациентам с третьей стадией, 2 (2%) – со второй, 4 (3,9%) специалиста воздержались от ответа.

Возможность выполнения хирургического лечения при венозной экземе допускают 76 (74,5%), готовы прооперировать пациента, выполняя пункцию вне

области кожных изменений - 16 (15,7%), предложат дождаться стихания активного кожного воспаления - 6 (5,9%), проведут операцию не обращая внимание на измененную кожу - 4 (3,9%) респондента воздержались от ответа.

Возможность выполнения хирургического вмешательства при наличии венозной трофической язвы в стадии гнойной экссудации при варикозном расширении вен рассматривают 30 (29,4%) врачей, 71 (69,6%) участников опроса считают ВТЯ относительным противопоказанием – операция возможна после разрешения гнойного процесса, 1 (0,9%) специалист убежден, что ВТЯ – противопоказание абсолютное.

Выводы. Опрос выявил разнородность подходов участников опроса в тактике хирургического лечения пациентов с варикозным расширением вен. В условиях внедрения все новых малоинвазивных методов ожидается сокращение количества относительных и абсолютных противопоказаний, при этом индивидуальная оценка баланса риска – пользы актуальности не теряет.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕОДИМОВОГО ЛАЗЕРА ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ СОСУДИСТЫХ ОБРАЗОВАНИЙ НА ЛИЦЕ

**Афанасов П.П., Пятницкий Я.А., Чаббаров Р.Г., Пятницкий А.Г.,
Санбаев А.К., Абляев Ф.Х.**

Саратов, Россия

Цель работы: оценить эффективность устранения сосудистых образований с помощью транскутанной лазерной коагуляции.

Материалы и методы: В период с 2023 по 2024 год в медицинский центр ООО «Омега клиник», Саратов, РФ обратилось 44 пациента с жалобами на наличие образований сосудистого характера на лице. У 27 пациентов наблюдались расширенные сосуды крыльев носа, у 8 пациентов не эстетичные периорбитальные вены, у 7 пациентов сосудистые образования в виде капиллярных гемангиом. У 2 пациентов были диагностированы протяженные ангиодисплазии по типу пламенеющего невуса, которые также корректировались с помощью лазера. Все вмешательства проводились с использованием неодимового трансдермального лазера Fotona (Словения), длина волны 1064 нм, длительность импульса от 5 до 20 мсек, флюенс от 100 до 160 дж/см², рабочее пятно 2, 4 и 6 мм.

Результаты исследования: Осмотры после процедур и фотофиксация результатов осуществлялись в контрольных точках через 2 недели и через месяц после завершающей процедуры. Эстетические результаты оценивались клинически и на основании сравнения фотографий до/после. У всех пациентов достигнут целевой косметический эффект.

Заключение: применение чрескожной транскутанной лазерной коагуляции на лице является эффективным и безопасным способом коррекции сосудистых образований. Отсутствие инвазии и выраженных побочных эффектов повышает комплаентность пациентов. Чрескожная лазерная коагуляция показывает хорошие результаты лечения у пациентов с объемными сосудистыми образованиями в области лица.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ И ФЛЕБЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Бабенко М. В., Лазуткин М. В., Рожкова Е. В.

Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: Сравнение результатов применения стриппинга и радиочастотной абляцией (РЧА) ствола большой подкожной вены у пациентов с варикозной болезнью у пациентов с варикозной болезнью.

Материал и методы: Проведено сравнительное исследование – анализ историй болезней 96 пациентов, оперированных по поводу варикозной болезни вен нижних конечностей в клинике общей хирургии Военно-медицинской академии с 2022 года по настоящее время. 44 пациентам выполнено РЧА ствола большой подкожной вены (БПВ), а в 52-х случаях - стриппинг ствола БПВ.

Всем больным помимо устранения рефлюкса по БПВ, произведена одномоментная минифлебэктомия варикозно-трансформированных притоков, с перевязкой несостоятельных перфорантных вен голени.

Критериями отбора пациентов в данные группы явились ультразвуковые параметры (наличие степени ХВН С1-С3, диаметр ствола БПВ не превышающий 16мм., расположение ствола БПВ по I-типу, отсутствие крупных притоков в области сафено-фemorального соустья, наличие перфорантного сброса исключительно на голени). Исключением из данных групп составляло наличие больших перфорантных вен на бедре.

Благодаря оптимально подобранным группам пациентов, по степени и УЗ семиотики поверхностных вен, нам удалось оценить послеоперационный результат и на сроках 1-х, 7-х, 30-х суток, а так же 3,6,12 месяцев.

На ранних этапах оценивалась УЗ картина облитерации ствола при РЧА, наличие гематомы по ходу стриппинга БПВ, наличие болевого синдрома по шкале ВАШ, длительность послеоперационного пребывания пациента в стационаре. При оценке состояния поверхностной венозной системы на поздних сроках (3,6 и 12 месяцев) учитывались данные УЗ картины на предмет рецидива и показателя QALY (показатель «годы жизни с поправкой на качество жизни»).

Результаты:

При контрольном осмотре пациентов после РЧА через сутки ствол БПВ были окклюзированы у всех пациентов, с постепенным уменьшением диаметра

в динамике; в области абляции определялись единичные экхимозы в 3% (у 2 пациентов); шкала ВАШ у этой категории оценивалась в 2 балла. Сроки послеоперационного пребывания в стационаре варьировались от 3 до 5 часов.

При контрольном осмотре пациентов после РЧА в позднем периоде, по результатам дуплексного ангиосканирования произошла полная резорбция ствола БПВ, с отсутствием рецидива варикозной болезни. Значение QALY у этой группы – приравнивалось к единице.

У 52 пациентов перенесших сочетание кроссэктомии, стриппинга БПВ и минифлебэктомии притоков с перевязкой перфорантных вен длительность послеоперационного периода достигала в среднем 3 дня, что определялось наличием значимых экхимозов и гематом по ходу удаленного ствола БПВ, по данным ультразвуковой ангиографии, показаний для смены повязки, а также 4-5 баллам по шкале ВАШ.

При контрольном осмотре пациентов после комбинированной флебэктомии в позднем периоде, результатами УЗ-исследования выявлен один случай локального рецидива, в виде несостоятельности перфоранта Додт и изолированного расширенного притока на бедре, диаметром 4 мм. Значение QALY у этой группы - становилось меньше 0,96, что определялось более длительным послеоперационным периодом, наличием обширных гематом и участков парестезии, которые потребовали дополнительных физиотерапевтических и медикаментозных методов коррекции.

Выводы: Соблюдение критериев отбора пациентов с коррекцией хронической венозной недостаточности с применением радиочастотной абляции и стриппинга большой подкожной вены, в сочетании с минифлебэктомией, позволяет добиться хороших клинических и косметических результатов при минимальном количестве рецидивов и осложнений.

Значимой разницей в отдаленных результатах не установлено, за исключением значения QALY у второй группы, за счет удлинения послеоперационного периода и увеличения показателей ВАШ в раннем послеоперационном периоде.

Таким образом, радиочастотная абляция является более экономически эффективным методом, с положительным результатом качества жизни в короткий период после оперативного лечения.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Бабенко М.В., Ивануса С.Я.

Санкт-Петербург, Россия

Самым частым заболеванием периферического сосудистого русла является варикозная болезнь. Частота распространения варикозной болезни среди

взрослого населения коррелирует от 10 до 15% у мужчин и до 35% у женщин. Клинические проявления варикозной болезни не только отрицательно сказываются на качестве жизни, но являются основным риском развития тромбэмболических осложнений.

Цель исследования: оценить результаты послеоперационного периода, а также частоту венозных тромбозов у пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей, выполненной под сочетанной анестезией в условиях короткого стационарного периода.

Материал и методы: Проведено проспективное исследование пациентов с варикозной болезнью, в которое включены 190 пациента (прооперированы 203 конечности) с 2020 по 2023 год включительно. Больные страдали различной формой варикозной болезни С2-С6а, в возрасте от 19 до 86 лет (средний возраст 39,4 лет), преимущественно женщины 148.

В 146 случаях поражение было в бассейне большой подкожной вены, в 16 – в бассейне малой подкожной вены, а в 37 случаев поражение имело место как в системе большой, так и в системе малой подкожной вены. Всем больным на дооперационном этапе выполнялось ультразвуковое дуплексное ангиосканирование, для определения семиотики сосудистого русла нижней конечности. В виде профилактики ТЭО, согласно клиническим рекомендациям по профилактике ВТЭО от 2015г., оценивая шкалу Caprini, всем больным (4 балла) в предоперационном периоде выполнялось одномоментное введение стандартной профилактической дозы низкомолекулярных гепаринов (Эноксипарина натрия 40 мг подкожно). В условиях стационара под сочетанной анестезией было проведено оперативное вмешательство в объеме кроссэктомии в сочетании с стрипингом ствола, минифлебэктомией варикозно-расширенных притоков по Варади с надфасциальной перевязкой несостоятельных перфорантов. Длительность операции составила от 50 минут до 3 часов 50 минут. (в среднем 85 минут).

Всем пациентам в послеоперационном периоде производился контроль показателей клинического анализа крови и коагулограммы на первые сутки. Длительность пребывания в стационаре в послеоперационном периоде составляла от 2 до 3 суток. Комплексная превентивная программа по предотвращению ВТЭО продолжалась на протяжении всего срока госпитализации и в последующем периоде сроком до 2 месяцев. Она заключалась в ранней активизации пациентов, применением противоэмболического госпитального трикотажа с давлением 21-23 мм. рт. ст. на уровне лодыжки. Частоту развития послеоперационных ВТЭО оценивали с помощью выполнения ультразвукового дуплексного ангиосканирования на вторые и 7-8 сутки. Исследование проводилось в положении стоя и лежа с применением пробы Вальсальва и дистальной компрессии.

С первых суток после операции всем больным рекомендован прием антиагрегантов в виде ацетилсалициловой кислоты в дозировке 100 мг/сут. в течение месяца, так же прием очищенной микронизированной флавоноидной фракции (диосмин+ геспередин) в суточной дозировке 1000 мг. на протяжении двух месяцев в сочетании с наружными препаратами гепарина натрия и эссенциальными фосфолипидами.

Результаты: В послеоперационном периоде при ультразвуковом исследовании не было выявлено ни одного случая проксимального тромбоза глубоких вен. В девяти случаях, на седьмые сутки после операции, обнаружен тромбоз субфасциального сегмента перфоранта голени, без распространения процессов на глубокую венозную систему, в одиннадцати случаях пристеночный тромбоз суральных вен, без признаков флотации. У 2-х больных был выявлен эпизод ТЭЛА мелких ветвей, без выявления УЗ-источника тромбоза через 12 и 15 дней после операции соответственно. Дополнительными факторами риска возникновения венозных тромбэмболических осложнений явились прием гармонозаместительных препаратов у пациентки 76 лет и последствия двухкомпонентной вакцинации по поводу новой коронавирусной инфекции у 80-тилетней больной.

Выводы: Отсутствие проксимального и дистального тромбоза глубоких вен у большинства пациентов, не зависимо от возраста, формы и объема поражения, длительности оперативного лечения, связано с предоперационным введением профилактической дозировки низкомолекулярных антикоагулянтов, с дальнейшим переходом на прием антиагрегантов, микронизированной очищенной фракции флавоноидов, правильно подобранному компрессионному трикотажу, а также ранней активизации больных, видом сочетанной анестезии без применения миорелаксантов. Все это обеспечило отсутствие возможности формирования тромбоза глубоких вен. Причиной эпизода ТЭЛА мелких ветвей у двух больных старшей возрастной группы без наличия источника, явился прием препаратов с высоким тромбэмболическим риском развития идиопатического тромбоза.

РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАДНЕГО ЩЕЛКУНЧИКА И МЕЯ-ТЕРНЕРА

**Бахишев Т.Э., Игнатенко Д.А., Хангереев Г.А., Созаев А.А.,
Закеряев А.Б., Виноградов Р.А.**

Краснодар, Российская Федерация

Цель. Оценка эффективности нового способа хирургического лечения пациентов с синдромом заднего щелкунчика и Мея-Тернера с использованием робота da Vinci Xi.

Материалы и методы. Проведен проспективный анализ лечения пациентов с ретроаортальным расположением левой почечной вены и ее компрессией между аортой и позвоночным столбом (n=1) и компрессией левой подвздошной вены между правой подвздошной артерией и позвоночным столбом (n=1). Показанием к оперативному лечению являлись: 1. Боль в поясничной области; 2. Гематурия; 3. Синдром тазового венозного полнокровия; 4. Увеличение постсте-

нотического диаметра ЛПВ в 5 раз по данным МСКТ; 6. Хроническая венозная недостаточность нижней конечности.

Операции проводились с применением робота da Vinci Xi. Декомпрессия осуществлялась с использованием валиков из ксеноперикарда, которые подкладывались под аорту выше уровня компрессии. У пациента с синдромом Мея-Тернера так же была компрессия левой почечной вены (синдром переднего щелкунчика), первым этапом выполнялось экстразавальное стентирование левой почечной вены, далее декомпрессия левой общей подвздошной вены.

Результаты. Длительность выполнения оперативного вмешательства лечения заднего щелкунчика составила 75 мин, синдрома Мея-Тернера — 105 мин, кровопотеря в обоих случаях составила 50мл. Время пребывания в стационаре 6 суток. Результаты данных методов лечения подтверждены контрольным МСКТ.

Вывод. 1. В настоящее время не существует оптимального метода хирургического лечения венозных компрессионных синдромов. 2. Использование робота da Vinci является безопасным методом лечения, который является альтернативным вариантом открытой хирургии. 3. Использование валиков из ксеноперикарда является оптимальным методом лечения, так как данный материал обладает эластичностью и наименьший риск инфекционных осложнений. 4. За счет отсутствия сосудистых анастомозов, при выполнении декомпрессии с использованием валиков из ксеноперикарда риск развития кровотечения и тромбоза в зоне оперативного вмешательства минимизируется.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВОЙ ЛИМФОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ

Берёзко М.П., Германович С.Ч.

Москва, Россия

Цель: Обозначить необходимые компоненты для организации лимфологической службы в многопрофильной клинике.

Материалы и методы: работа проведена в КДЦ Солянка АО «ГК Медси» с 2022 по 2024г.

С диагнозом лимфедема различной этиологии обратилось 124 пациента, лечение проведено 31 пациенту. Лечение проводилось курсом, включало мануальный лимфодренажный массаж, местную терапию, бандажирование конечности, тейпирование, перемежающую пневмокомпрессию.

Результаты: Первое, с чем пришлось столкнуться при работе лимфологом в многопрофильной клинике, это не всегда корректная интерпретация сферы деятельности данной специальности как пациентами, так и врачами. Наиболее частая жалоба, с которой направлялись пациенты на консультацию, или записи-

вались самостоятельно – это наличие увеличенного лимфоузла. А также отеки всего тела и «застой лимфы». Часто поводом для обращения служат заключения врачей УЗ-диагностики, где указываются признаки лимфатического отека. Наличие истинной лимфедемы или риск развития вторичной лимфедемы после лимфаденоэктомии часто наоборот игнорируется. Все это заставило нас провести дополнительные встречи и презентации среди коллег.

Дифференциальную диагностику отеков приходилось проводить с посттравматическими отеками, системными заболеваниями, ревматоидным артритом, кардиологическими отеками, гипопроотеинемией, гипотиреозом и др. Любой отек часто направляется к лимфологу. Диагноз лимфедема устанавливается на основании анамнеза и специфической клинической картины.

Многопрофильный центр позволяет привлекать других специалистов в максимально короткие сроки для коррекции сопутствующей патологии, контроля лабораторных показателей, улучшения результатов лечения.

С диагнозом лимфедема консультировано 124 пациента, из них 75 с лимфедемой верхних конечностей и 49 - нижних конечностей. В стандартном курсе лечения лимфедемы проводится 10 сеансов мануального лимфодренажного массажа с бандажированием пораженной конечности. Дополнительно разработаны комплексные программы в зависимости от локализации и выраженности отека и возможностей пациента. Для проведения качественной противоотечной терапии понадобилось много времени на отбор и обучение персонала, а также организацию закупки расходного материала, контроль лечебного процесса. Проведение корректного лимфодренажного массажа и бандажирования требует аккуратности, желания обучаться и многократных повторений.

Заключение: Комплексный подход, информированность коллег-врачей (особенно онкологов, флебологов, сердечно-сосудистых хирургов), преемственность работы медицинских учреждений позволяет грамотно организовать работу лимфологической службы.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДА БАНДАЖИРОВАНИЯ БИНТАМИ КОРОТКОЙ РАСТЯЖИМОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НА НОГАХ

Бестаева Д.И., Соломахин А.Е.

Москва, Россия

Актуальность: Трофические язвы на фоне хронической венозной недостаточности с присоединением вторичной лимфедемы представляют собой боль-

шую медицинскую, социальную и экономическую проблему. Несмотря на наличие огромного количества методов лечения трофических язв, не всегда удается добиться их быстрого, полного заживления. Все это требует дальнейшего поиска более эффективных, экономически выгодных, доступных средств и методов лечения трофических язв.

Цель: Целью исследования являлась разработка подходов, повышающих эффективность лечения больных с трофическими язвами путем построения этапности лечения. Оценка эффективности метода бандажирования бинтами короткой растяжимости в устранении отека, болевого синдрома и ускорении процессов заживления трофических язв.

Материалы и методы: В исследование были включены 20 пациентов с венозными трофическими язвами нижних конечностей на фоне хронической венозной недостаточности с присоединением вторичной лимфедемы. Одна пациентка с наличием гиперпигментации и липодерматосклероза. Женщин было 8 (40,0%), мужчин — 12 (60,0%). Средний возраст 45 ± 10 лет. Всем больным было выполнено ультразвуковое ангиосканирование нижних конечностей с оценкой артериального и венозного кровотока. Всем больным выполнен подсчет лодыжечно-плечевого индекса, эхокардиография, посев на флору с определением чувствительности к антибиотикам. Всем проведена консультация сосудистого хирурга. Так как наличие отека является основным фактором, нарушающим заживление, первым этапом проводилось амбулаторное консервативное лечение. Всем назначалось базисное комплексное лечение, которое включало компрессионную терапию (эластичные бинты короткой растяжимости, бандажирование), местную терапию (интерактивные повязки).

Результаты. Нами производилась оценка следующих признаков: боль, отек, воспаление, скорость заживления и размер трофических язв. Для оценки интенсивности боли мы использовали визуально-аналоговую шкалу. Для контроля за выраженностью отека использовался метод легометрии, измерение проводилось исходно до лечения, в динамике на 3, 7, 14 сутки. Динамика сокращения размеров оценивалась при помощи миллиметровой кальки и программы LesionMeter. Боль, гиперемия, выраженный отек купировались через 7 дней у всех пациентов. Уменьшение размеров трофических язв на 60 % мы наблюдали на 20 сутки у всех пациентов. Полная эпителизация трофических язв произошла на 30 сутки у 6 пациентов, на 45 сутки у 14 пациентов.

Выводы: Применение метода бандажирования бинтами короткой растяжимости в лечении трофических язв на фоне хронической венозной недостаточности с присоединением вторичной лимфедемы позволяет убрать отек, боль, ускоряет полное заживление трофических язв и улучшает качество жизни. На наш взгляд, данный метод позволяет подготовить пациента к оперативному вмешательству по устройению венозной недостаточности, снижает риски осложнений и частоту рецидивов.

ЛЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ ВЕНОЗНЫХ ЯЗВ

Богданец Л.И., Юмин С.М.

Москва, Россия

Лечение венозных язв (ВЯ) представляет собой трудоемкий и длительный процесс. Неблагоприятными в отношении заживления прогностическими факторами являются: давность ВЯ 3 месяца и более, размер свыше 10 см в диаметре, пожилой или старческий возраст, наличие коморбидной патологии. Согласно действующим Российским клиническим рекомендациям, компрессионная и местная терапия являются мероприятиями первой линии. Разработка эффективного алгоритма местного лечения ВЯ остается актуальной задачей до настоящего времени. Первоочередными и важными направлениями местного лечения и ухода являются: удаление некротизированных тканей и очищение раны, борьба с инфекцией, поддержание оптимальной влажности среды, стимуляция репаративных процессов. В случаях длительно незаживающих трофических язв, как правило, наблюдается стагнация раневого процесса в фазе воспаления вследствие расстройств микроциркуляции, нарушений механизмов репарации и персистирующей инфекции.

Целью настоящей работы явилась оптимизация алгоритма лечения длительно незаживающих ВЯ с использованием современных интерактивных раневых покрытий.

Материал и методы: Исходно было проведено открытое нерандомизированное, проспективное клиническое исследование эффективности и безопасности интерактивных раневых покрытий «Optimelle» (АО «Сибирский центр инвестиционных технологий») в лечении венозных язв в 1, 2 и 3 стадии раневого процесса у 40 амбулаторных больных (13 мужчин и 27 женщин в возрасте от 32 до 81 года) с варикозной и посттромботической болезнью нижних конечностей и трофическими язвами (класс С6 по CEAP) площадью до 20 см². Продолжительность лечения составила 8 недель. Согласно принятому алгоритму в случае наличия «сухого» некроза применяли гидрогели с антимикробным действием. При глубоких язвенных дефектах в качестве первичной повязки использовали аморфный гидрогель, альгинатные или карбоксиметилцеллюлозные покрытия. При обильной экссудации назначали альгинатные или карбоксиметилцеллюлозные покрытия, а также сорбирующие повязки из полиуретановой пены. В случаях персистирующего гнойного воспаления или при высокой вероятности вторичного инфицирования применяли повидон-йод содержащие повязки. У пациентов, которые сообщали о выраженных местных болевых ощущениях, использовали сетчатое покрытие с хлоргексидином. В III стадию раневого процесса назначали сетчатые повязки с мягким парафином, когезивными полимерами и гидроколлоидными частицами.

Спустя 8 недель 12 пациентам с незажившими ВЯ лечение было продолжено. Положительные результаты в виде полной эпителизации язвенных дефектов

были достигнуты посредством комбинации раневых покрытий, а также чередования их с той или иной периодичностью в зависимости от клинической картины и динамики раневого процесса. В ряде случаев дополнительно применяли те или иные топические лекарственные средства.

Результаты: В результате использования раневых покрытий согласно алгоритму в течение первых 2 месяцев зажили 50% трофических язв. В прочих случаях наблюдали положительную динамику течения раневого процесса. Как показал анализ данных, незажившие язвенные дефекты были статистически значимо более обширными и чаще неоднократно рецидивирующими. Спустя месяц от начала лечения только у 1 (2,5%) пациента грануляции отсутствовали, у 14 (35%) – грануляционная ткань была представлена отдельными участками, у 10 (25%) – поверхность язвы была полностью выполнена грануляциями. К окончанию основного этапа исследования показатель средней площади трофических язв уменьшился с 7,9 см² до 3,8 см², суммарной площади – с 298,4 см² до 145,4 см²; лишь у 9 (24%) больных на отдельных участках сохранялись фибриновые наложения при активном созревании грануляционной ткани, в остальных случаях наблюдали полное очищение или эпителизацию язв. В процессе лечения больные сообщали о снижении болевых ощущений и чувства дискомфорта.

Полная эпителизация трофических язв была достигнута в сроки от 14 до 47 недель у всех 12 пациентов, продолживших участие в исследовании. В 7 случаях по поводу хронического заболевания вен впоследствии выполнено успешное хирургическое вмешательство.

Заключение: В лечении длительно незаживающих венозных язв необходим персонифицированный подход, заключающийся в индивидуальном подборе эффективных средств в зависимости от клинической картины и динамики раневого процесса. При простоте алгоритма подбора повязок и удобстве их использования местная терапия с использованием современных интерактивных покрытий является эффективным методом лечения, способствующим заживлению ВЯ у большинства пациентов.

СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ СИНДРОМЕ ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ВСЛЕДСТВИЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ

Богданов Ю.И., Баев А.Е., Варваренко В.И.

Томск, Россия

Цель. Стеноз верхней полой вены после катетерной аблации является редким осложнением интервенционного лечения наджелудочковых аритмий. Предположительно, в основе стенозирования верхней полой вены лежит проли-

ферация интимы, замещение коллагеном, разрыв и утолщение внутренней эластической мембраны.

Материалы и методы. Пациентка 9 лет, поступила в отделение детской кардиологии в плановом порядке для выполнения катетерной аблации предсердной тахикардии. Радиочастотное воздействие выполнялось в области задней стенки и крыши правого предсердия. Эктопический очаг был успешно устранен. Сразу после окончания вмешательства у пациентки развилось угнетение сознания до уровня сопора, выраженный цианоз верхней половины туловища. Пациентке выполнено МСКТ с контрастированием и трансторакальная ЭХО КГ подтвержден стеноз верхней полой вены. Принято решение о выполнении селективной венографии.

Результаты. Пациентка доставлена в ангиоблок через 67 минут от начала развития симптомов. При введении контраста через катетер проведенный из нижней полой вены ангиографическая картина соответствует «ложному каналу» с задержкой контрастного вещества за пределами стеноза. Пунктирована левая яремная вена, проводник низведен в нижнюю полую вену и далее в правую бедренную вену. По проводнику проведен покрытый стент 38 мм на баллоне 18x40 мм и имплантирован в верхнюю полую вену под давлением 12 атм. На контрольной ангиографии видимых стенозов и задержки контрастного вещества нет. Выполнена постдилатация стента баллонным катетером 20x20 мм. После стентирования у пациентки отмечен полный регресс симптоматики. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

Заключение. В представленном клиническом случае описано молниеносное развитие синдрома верхней полой вены после катетерной аблации. По данным литературы, данное осложнение развивается вследствие выраженного отека в области соединения правого предсердия и верхней полой вены. Описаны случаи самопроизвольного разрешения отека и восстановления проходимости вены в течение нескольких недель. В представленном случае требовалась экстренная декомпрессия системы верхней полой вены по причине тяжелого течения и выраженной венозной гипертензии с угнетением сознания. Имплантация покрытого стента привела к немедленной декомпрессии и полному регрессу симптоматики.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ РЕЦИДИВОВ ХВН

**Борисов В.А, Раджабов Х.М, Абдулгамидов Т.Б, Малюгин А.А,
Фролов А.А, Мишутин М.С, Василенко А.А, Мазуренко Е.А**

Саратов, Россия

Цель: Провести сравнительный анализ частоты, выявить наиболее вероятные причины и сравнить особенности проведения оперативного пособия у больных с рецидивом хронической венозной недостаточности.

Материалы и методы: В период с 2020 г по 2023 было выполнено 847 флебэктомий, из них оперировано повторно 306 (36,1%) больных. Эти пациенты разделены на две группы: первая - после эндовазальных вмешательств, ЭВЛО 145 (47,4%) и РЧА 59 (19,3%), вторая - после открытого оперативного пособия 102 (33,3%). Комплексное лечение после первичной операции получали 196 (50,7%) пациентов. Период «светлого промежутка» составил 4,8 лет \pm 1,1 год (от 11 месяцев до 8 лет).

Перед проведением повторного оперативного пособия выполнялись дуплексное исследование вен нижних конечностей, а у 32 (8,3%) пациентов дополнительно венография. В результате дуплексного исследования вен нижних конечностей, в 20 % случаев выявлена реканализация ствола большой подкожной вены, у 45% проявление варикозно расширенных притоков большой подкожной вены, а в 35% случаев несостоятельность перфорантных вен, которые чаще имели место после эндовазальных методов лечения.

Результаты: Хирургическое лечение, направленное на устранение рецидивных или резидуальных вен, может представлять определенные сложности, обусловленные измененной после операции анатомией и структурой окружающих тканей. Кроме того, изменения анатомических структур ассоциированы с повышенным риском осложнений, таких как повреждение прилежащих сосудов и нервов. При повторном вмешательстве после открытой флебэктомии (вторая группа) чаще наблюдали спаечный процесс и отек тканей. При проведении оперативного пособия после эндовазальных вмешательств (первая группа), мы наблюдали процесс карбонизации, окружающие ткани нередко находились в рубцах. У большинства пациентов имел место лимфостаз, причиной которого служило повреждение лимфатических сосудов. Сложность выделения венозных притоков так же заключалась в массивном отеком процессе в области проведения оперативного пособия, что в свою очередь влияло на длительность проведения оперативного пособия.

Обсуждение: При появлении признаков клинического рецидива хронической венозной недостаточности, выявляли причину рецидива и проводили её устранение. У 175 (57,1%) пациентов удалось выполнить типичную операцию по Бэбкоку, а с учетом особенностей гемодинамики оперативное пособие проводилось с тщательным выделением варикозно - расширенных притоков и перфорантных вен. У 181 (47%) операция дополнялась минифлебэктомией.

Выводы: Рецидив ХВН чаще отмечался после эндовазальных вмешательств. Нами были выявлены следующие наиболее частые источники рецидива варикозной болезни: варикозная трансформация мелких вен в области сафено-фemorального соустья, несостоятельность перфорантных вен, рефлюкс по добавочным венам. У 92 (29%) пациентов говорить о рецидиве затруднительно, так как имело место ранняя реканализация большой подкожной вены, или неэффективность ранее проведенного оперативного пособия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

Борисов В.А., Красовский В.В., Малюгин А.А., Фролов А.А., Мазуренко Е.А., Василенко А.А., Сабанчиев А.З., Карпова О.В., Лукьянова О.В.

Саратов, Россия

Цель. Оценить результаты лечения пациентов с тромбозом глубоких вен нижних конечностей на фоне инфекции SARS-COV-2 в условиях специализированного отделения.

Материалы и методы. Выполнен анализ историй болезни 63 пациентов с коронавирусной инфекцией, осложнённой тромбозом в системе глубоких вен нижних конечностей, лечившихся в отделении сосудистой хирургии ГУЗ «ОКБ» г. Саратова с 2020 по 2023 год. Средний возраст составил $51 \pm 3,8$ (от 36 до 73 лет): мужчин – 28 (44,4%), женщин – 35 (53,6%). У большинства (76%) диагностирована внебольничная двусторонняя полисегментарная пневмония с клиникой дыхательной недостаточности. С кислородной поддержкой поступили 39 (62%), а 5 (8%) были на искусственной вентиляции легких. По данным КТ процент поражения легких варьировал от 25% и более. Состояние больных расценивалось как средней степени и тяжелое. Диагноз подтверждался данными дуплексного исследования. Тромбоз подвздошно-бедренного сегмента наблюдался у 29 (46%), а дистальный – подколенно-берцового сегмента – у 34 (54%). Тромбоз с флотацией верхушки на 1-2 см выявлен у 27 (42%) – чаще на уровне илеофemorального сегмента, а у 58% (36) носил окклюзионный характер. У 3 (4,8%) больных наряду с венозным тромбозом встречался и тромбоз артерий нижних конечностей. Частыми сопутствующими заболеваниями были ИБС (54%), сахарный диабет (36%), гипертоническая болезнь (49%) и хронические заболевания легких (23%).

Результаты исследования. Лечение у всех больных начиналось с консервативной антикоагулянтной, компрессионно-эластической терапии. Парентеральная антикоагулянтная терапия проводилась НФГ или НМГ в терапевтических дозах. Средние показатели АЧТВ на фоне терапии составил $49,6 \pm 4,7$ сек. В результате проводимой консервативной терапии у 41 (65%) больного наблюдалась положительная динамика на 2-3 день лечения по данным ультразвукового дуплексного сканирования в виде отсутствия признаков нарастания тромбоза и фиксации головки тромба. В дальнейшем эти пациенты на 8-е сутки переводились на приём ПОАК в соответствии с общепринятыми схемами лечения. В 19 (30%) случаях проводилось хирургическое вмешательство ввиду отсутствия положительного эффекта от проводимой консервативной терапии и увеличения протяженности флотирующей верхушки тромба до 4 см и более. В целях профи-

лактики ТЭЛА у 8 (12,7%) выполнялось лигирование, а у 11 (17,5%) пликация вены выше вершины тромба в месте ближайшего конfluence. В связи с агональным состоянием у 3 (4,8%) пациентов с одновременным венозным и артериальным тромбозом хирургическое вмешательство не проводилось. Летальный исход отмечен у 9 (14,3%): тромбоэмболический синдром - 5 (8%), прогрессирование полиорганной недостаточности на фоне тяжелой пневмонии - 4 (6,3%).

Заключение. Тромбообразование при новой коронавирусной инфекции является системным и быстро прогрессирующим процессом. Комплексная консервативная терапия является важной частью лечения больных с тромбозом глубоких вен на фоне COVID-19 инфекции с коррекцией схем антикоагулянтной терапии индивидуально в зависимости от конкретного случая. При протяженности флотирующей части тромба 4 см и более необходима активная хирургическая тактика. В наших наблюдениях в 54 (85,7%) случаях удалось достичь положительного эффекта лечения. Летальность – 9 (14,3)%. Частой причиной летальных исходов был тромбоэмболический синдром (8%), что ещё раз может подтвердить системность данного процесса при COVID-инфекции.

ЭСТЕТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕНОЗНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ И СПОСОБЫ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ

Букина О.В.

Тамбов, Россия

Цель – сравнить эффективность и безопасность различных методов и их модификаций для устранения ретикулярных вен (РВ) и телеангиэктазий (ТАЭ) нижних конечностей.

Материал и методы. Проведен поиск публикаций рандомизированных клинических исследований (РКИ) в базах данных PubMed, Scopus и Google scholar по ключевым словам: chromated glycerin, polidocanol, reticular veins, STS, sclerotherapy, telangiectasia, 1064-nm long-pulsed laser. Критерием включения исследований в анализ было наличие оценки эффективности воздействия с помощью шкал, которые возможно было перевести к 10-бальной шкале.

Результаты исследования. Было отобрано 13 РКИ по сравнению эффективности склеротерапии с использованием различных склерозантов и чрескожной лазерной коагуляции (ЧЛК) телеангиэктазий и ретикулярных вен. Для устранения телеангиэктазий использовались полидоканол 0.25%, 0.3%, 0.5% и 1%, натрия тетрадецилсульфат 0.2%, 0.25% и 0.5%, гипертонический раствор 20%, гипертоническая глюкоза 75%, хроматид глицерин 72%, длинноимпуль-

сний неодимовый лазер Nd:YAG 1064 нм и комбинация неодимового лазера Nd:YAG 1064 нм и полидоканола 0.3%. Для устранения ретикулярных вен использовались полидоканол 0.3%, 0.5% и 1%, натрия тетрадецилсульфат 0.5%, гипертонический раствор 20%, длинноимпульсный неодимовый лазер Nd:YAG 1064 нм и комбинация неодимового лазера Nd:YAG 1064 нм и полидоканола 0.3%. Не обнаружено значимых различий в эффективности 0.25%, 0.5% полидоканола, 0.25% натрия тетрадецилсульфата и лазера для устранения ТАЭ ($p = 0.94795$) и 0.5%, 1% полидоканола, 0.5% натрия тетрадецилсульфата и лазера для устранения РВ. Частота побочных реакций, в частности гиперпигментации, была значительно выше при использовании 0.5% натрия тетрадецилсульфата и 1% полидоканола ($p < 0.00001$).

Заключение. Склеротерапия и лазер одинаково эффективны для устранения телеангиэктазий и ретикулярных вен нижних конечностей. Однако, побочные эффекты процедур снижают удовлетворенность пациентов и заставляют выбирать низкие концентрации детергентов, гипертоническую глюкозу или лазер, обладающие наименьшим риском их возникновения особенно для работы на телеангиэктазиях.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИМФАТИЧЕСКОГО РУСЛА СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА ВНУТРЕННИХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Бураева З.С., Гариев С.Р.

Владикавказ, Россия

Актуальность изучения лимфатического русла внутренних женских половых органов, в том числе связочного аппарата, помимо общебиологического интереса, продиктована необходимостью решения множества сложных задач практической лимфологии. Применение современных методов лимфокоррекции, а именно региональной лимфатической терапии определяет интерес и изучение лимфатического аппарата связок женских половых органов.

Исходя из важной роли лимфатической системы в развитии воспалительного процесса, сформировалось патогенетически обоснованное, перспективное направление в лечении - региональная лимфогенная терапия, заключающаяся в блокировании инфекции путем прямого воздействия антибиотиков и других лекарственных препаратов на лимфу и лимфатические узлы (Ю.Е. Выренков и соавт., 2007).

Архитектоника лимфатического русла связочного аппарата внутренних женских половых органов специфична для каждой области, что приобретает

практическое значение при изучении строения последовательно расположенных звеньев лимфатического русла.

Целью настоящего исследования явилось изучение строения лимфатического русла связочного аппарата внутренних женских половых органов в возрастном аспекте.

Работа выполнена на трупном материале внутренних половых органов женщин (матка и связочный аппарат), который был разделен на 2 группы: в первую группу вошли органы женщин репродуктивного возраста (18-35 лет); во вторую группу – материал женщин постклимактерического периода (возраст 55-70 лет).

Исследуемые органокомплексы были получены в прозекторском отделении Клинической больницы скорой помощи г. Владикавказа у женщин, не страдавших заболеваниями органов малого таза, погибших от травм, не совместимых с жизнью.

Изучение лимфатического русла осуществлялось методом интерстициальной инъекции по Е.Ю. Выренкову и методом импрегнации по В.В. Куприянову. Плотность лимфатического русла в тканях связочного аппарата внутренних женских половых органов определяли методом стереопланиметрии по Г.Г. Автандилову (1995-2002).

Результаты проведенных исследований показали, что в связочном аппарате материала первой группы плотность лимфатического русла составила $37,43 \pm 4,51\%$, а во второй группе – $21,17 \pm 3,11\%$. Нами выявлено, что архитектоника лимфатического русла в связочном аппарате женщин первой группы была представлена двумя сетями лимфатических капилляров и сплетением лимфатических сосудов. По нашим данным выявленные сети и сплетения располагались как поверхностно, так и в более глубоких слоях.

В материале первой возрастной группы петли лимфатических капилляров были ровными, лимфатические сосуды имели четкие контуры с выраженными клапанными структурами, образующими лимфангион. Отдельные лимфатические сосуды дилатированы, что может свидетельствовать об активной фазе менструального цикла.

У женщин постклимактерического периода в связочном аппарате лимфатические сосуды были фрагментированы, в стенках лимфатических сосудов наблюдались выраженные варикозные изменения, в отдельных участках сети и сплетения находились в состоянии запустевания, дистрофии и склероза.

Таким образом, результаты изучения лимфатического русла связочного аппарата внутренних женских половых органов свидетельствуют о нарушении дренажной функции лимфатического аппарата у женщин постклимактерического периода, о чем так же свидетельствует снижение содержания лимфатических сосудов, что может привести к изменениям в структуре связочного аппарата и его склерозированию.

КОМБИНИРОВАННЫЕ МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СТАДИИ ТРОФИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ

Бурцев Д.В., Вагнер Д.О., Трусов П.В.

Ростов-на-Дону, Россия

Цель. Оценить эффективность применения комбинированных технологий, сочетающих радиочастотную облитерацию с микропенной склеротерапией и микрофлебэктомией, лазеротерапией язвенного дефекта в лечении пациентов с варикозной болезнью, в стадии трофических язв.

Материал и методы. С 2014 по 2023гг. под наблюдением находилось 154 пациента с варикозной болезнью, в стадии трофической язвы (ХВН С6,S). Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от объёма оперативного вмешательства. В первую группу было включено 71 пациентов, у которых объём оперативного вмешательства включал радиочастотную облитерацию ствола БПВ на уровне бедра, дополненную микрофлебэктомией перфорантных вен голени, притоковых вен бедра и голени, склеротерапией притоков на уровне бедра и голени 1,5% пенной формой раствора натрия тетрадецил сульфата (Фибровейн). Во вторую группу включено 83 пациентов, которым, вышеуказанный объём оперативного вмешательства был дополнен диссекцией истока БПВ в области медиальной лодыжки, сопровождающейся лигированием и пересечением его притоков. Всем пациентам выполнялась радиочастотная облитерация (РЧО) стволов больших подкожных на уровне бедра. Участок ствола БПВ на уровне голени не подвергался термооблитерации. Контрольные осмотры проводились через 7-10 дней, 1,5 мес., 6 месяцев и 1 год. Результаты: заживление трофических язв в течение 6 месяцев отмечено в 45 (29,8% случаях в 1 группе и в 72(46,7%) случаях во 2 группе. Через 1 год, после вмешательства, заживление язв в 1-ой группе пациентов отмечено в 23 (66%), во 2-ой группе - в 34 (87%) случаях. Реканализаций стволов БПВ в сроки до 1 года не отмечено. В 8 (23 %) случаях в 1 группе и в 5 (13 %) случаях во 2 группе выполнялись этапная минифлебэктомии и микропенная склеротерапия подкожных притоков на голени через 2-3 мес после первичного вмешательства. Повторные вмешательства были эффективны, но в 12 (34%) случаях в 1 группе и в 5(13%) случаях во 2 группе отмечено уменьшение размеров трофических язв, но полного их заживления не зафиксировано.

Все пациенты, в дальнейшем, получали курс прерывистой пневмокомпрессии. В качестве дебридмента язв использовался неодимовый лазер с длиной волны 1064 нм. В 87,5% случаев отмечена эпителизация язв в сроки от 2-х до 6-ти мес. Все эти пациенты страдали выраженным ожирением (ИМТ>0,35).

Выводы: 1) РЧО стволов подкожных вен в сочетании с минифлебэктомией перфорантных и притоковых вен н/конечностей, микропенной склеротерапией

подкожных притоков н/конечностей наиболее эффективна при условии сочетания этого вмешательства с диссекцией истока БПВ в области медиальной лодыжки.

2) данный объём хирургического вмешательства является эффективным и малотравматичным, позволяющим наиболее полно устранить патологический рефлюкс, ликвидировать трофические расстройства и избежать послеоперационных осложнений.

3) сопутствующее АКО высокой степени является одним из основных факторов, препятствующих достижению максимального результата антирефлюксного хирургического вмешательства.

4) Комбинация вышеуказанных методов лечения с лазерным дебридментом и переменной(прерывистой) пневмокомпрессией позволяет добиться заживления язв, несмотря на наличие тяжёлой коморбидной патологии.

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО ВАРИКОЗА

Бушнин С.С., Бушнин А.С., Рубанченко Д.И., Зубков Д.Ю.

Хабаровск, Россия

Актуальность. Вторичный варикоз, как следствие и яркое проявление посттромботической болезни вен нижних конечностей, является сложной и малоизученной проблемой современной флебологии. В медицинской литературе даются общие и размытые указания по хирургической тактике, но четкого алгоритма, что конкретно должен делать хирург и на какой стадии заболевания, ответа нет. Таким образом, вся ответственность и основная роль в принятии решения лежит на лечащем враче и напрямую зависит от знаний и клинического опыта флеболога.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения и качество жизни пациентов с вторичным варикозным расширением подкожных вен.

Материалы и методы: в нашей клинике за период с 2013 по 2023 гг. было пролечено 24 пациента с ПТБ, осложненным вторичным варикозным расширением подкожных вен. Среди них 17 женщин и 7 мужчин, средний возраст 38 ± 8 лет. Критериями отбора пациентов служили: полная или частичная реканализация ранее тромбированного сегмента глубокой венозной системы, клинически-значимое варикозное расширение подкожного венозного бассейна, низкий комплаенс пациентов к консервативной терапии или неэффективность последней, а также личное желание пациента.

Средний период наблюдения за пациентами составил $2,4 \text{ года} \pm 1,8$. 14-ти пациентам было выполнено ЭВЛО БПВ с минифлебэктомией, 2-м пациентам - изолированное ЭВЛО БПВ, у 3-х пациентов выполнено ЭВЛО МПВ с МФЭ, еще 3-м

пациентам была выполнена изолированная минифлебэктомия и у 2-х пациентов - foam-склеротерапия. Всем пациентам проводилась профилактика ВТЭО, назначался строгий регламент ношения МКТ не менее 4-х недель.

Результаты: облитерация целевой вены при ЭВЛО - 95%, хороший клинический результат - 83%, удовлетворительный клинический эффект - 8%, хороший эстетический эффект - 79%. Осложнения: тромбоз ПВ голени - 8%, тромбофлебит притоков ствола - 21%, персистирующий отек конечности - 33%. Рецидив варикозного расширения в течение 6-ти месяцев - 8%

Заключение: данная группа пациентов является сложной в лечении и конечный результат может отличаться от планируемого. Применение активной хирургической тактики при вторичном варикозе оправдано при значимой разнице показателя пользы-вреда. Важным критерием принятия решения в пользу оперативного лечения служит отсутствие обструкции пораженного сегмента глубокой вены, а также значимый продолжительный рефлюкс по целевому подкожному венозному бассейну. Считаем, что оперативное лечение пациентов с вторичным варикозом должны проводить хирурги с достаточным хирургическим стажем во флебологии с опытом использования методики ЭВЛО не менее 3-4 лет. Требуется дальнейшее наблюдение за данной группой пациентов, накопление и анализ нового материала, что позволит разработать алгоритм лечения и реабилитации данной группы пациентов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНАЯ ДЕПРЕССИЯ У ПАЦИЕНТКИ С ТЯЖЁЛОЙ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НОГ

Быков Ю.В., Беккер Р.А.

Ставрополь, Россия. Беэр-Шева, Израиль

Цель: Представить описание клинического случая пациентки с полирезистентной депрессией, паническим расстройством и варикозной болезнью ног, у которой добиться ремиссии психического расстройства удалось только при одновременном лечении флебологического заболевания. Обсудить возможные общие механизмы патогенеза.

Материал и методы: Наблюдалась 36-летняя женщина, с 21 года страдавшая варикозом ног, депрессией и паническим расстройством. У пациентки были выражены болевой синдром ног, ортостатический синдром при резком вставании, имелась плохая переносимость психофармакотерапии (ПФТ). На момент обращения пациентка получала варфарин с целью профилактики венозного

тромбоза, имела ожирение 1-й степени (ИМТ = 30,4). С учётом данных о том, что свойственные депрессии гиперкортизолемиа, инсулинорезистентность тканей, оксидативный стресс и воспалительные сдвиги в организме способствуют ослаблению стенок вен и ухудшению течения варикоза, а ожирение является фактором риска варикоза — пациентке были назначены растительные антиоксиданты (куркумин, ресвератрол), антиоксидантные витамины (С, Р, Е), венотоник диосмин, ношение компрессионных чулок 2–3 степени компрессии, диета, спорт и метформин 2000 мг/сут. Для коррекции ортостатической гипотензии был назначен 0,1 мг флудрокортизон утром. С учётом возможной депрессогенности варфарина как антагониста витамина К, была предложена его замена на дабигатран, добавлен аспирин 100 мг/сут как противовоспалительное средство. После этого переносимость психотропных средств у пациентки значительно улучшилась. Стало возможным подобрать ей адекватную ПФТ и вывести в ремиссию.

Результаты: Данный клинический случай доказывает, что депрессивные расстройства и варикозная болезнь ног не просто часто бывают коморбидны, но и могут иметь частично пересекающиеся механизмы патогенеза. Одновременное лечение обоих заболеваний может способствовать преодолению резистентности психического расстройства.

Выводы: Необходимо повышение квалификации как психиатров, так и флебологов в отношении возможной связи депрессий и варикозной болезни ног, а также методов, способных помочь в лечении обоих заболеваний.

РАК-АССОЦИИРОВАННЫЕ ТРОМБОЗЫ: ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Варданян А.В., Карабач Ю.В., Кислов Э. Е, Долидзе Д.Д,
Шевякова Т.В.

Москва, Россия

Цель: определение лечебной тактики ВТЭО (венозных тромбозомболических осложнений) у «особой группы» - онкологических пациентов в условиях хирургического стационара.

Материалы и методы: проведен анализ результатов лечебной тактики ВТЭО у 85 онкологических больных за период с 2020-2023гг., получивших лечение в отделении сосудистой хирургии ГКБ им. С.П. Боткина. Возраст пациентов варьировал от 35 до 87 лет (средний возраст 61,5 ± 0,7). Количество мужчин и женщин: 32 и 53 соответственно.

Локализация выявленных злокачественных новообразований распределилась следующим образом: первичное или метастатическое поражение головного мозга, опухоли желудочно-кишечного тракта, опухоли гепатобилиарного тракта, рак органов женской репродуктивной системы, колоректальный рак.

Для выбора оптимальной тактики и продолжительности лечения ВТЭО проводилась оценка риска кровотечения при антикоагулянтной терапии согласно (АССР) American College of Chest Physician, 2016 и Российским клиническим рекомендациям, 2015г, Российским практическим рекомендациям по профилактике и лечению тромбэмболических осложнений у онкологических больных (RUSSCO), 2023.

Результаты и обсуждение.

У всех исследуемых онкологических пациентов имелась клиническая картина тромбоза глубоких вен (ТГВ), а при УЗАС сосудов системы нижней полой вены был выявлен тромбоз дистальных и проксимальных глубоких вен различной локализации. В качестве начальной и основной терапии у пациентов с онкологическими заболеваниями и ВТЭО использовались НМГ (низкомолекулярные гепарины), как препараты первой линии выбора. При проведении антикоагулянтной терапии у пациентов с онкологическим заболеванием и ВТЭО использовались НМГ и ПОАК (прямые оральные антикоагулянты) согласно имеющимся клиническим рекомендациям.

При оценке лабораторных показателей системы гемостаза отмечена выраженная ассоциация биомаркеров Д-димера и фибриногена у «особой группы» онкологических пациентов с ВТЭО,

При продленной профилактике ВТЭО у пациентов с активным онкологическим заболеванием (опухольями гастроинтестинальной и мочеполовой системы) переход с НМГ на ПОАК рекомендовали после 3-6 месяцев лечения НМГ.

Основываясь на Результаты международных исследований расширена, доля онкологических пациентов с ВТЭО, которые могут получать лечение ПОАК, включая пациентов с раком желудочно-кишечного тракта.

Заключение: лечебная тактика ВТЭО у онкологических пациентов в проведенном исследовании демонстрирует современные возможности, основанные на принципах доказательной медицины.

РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДИКИ В ПРЕДОТВРАЩЕНИИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ

**Варданян А.В., Цуркан В.А., Араблинский А.В. Карабач Ю.В.
Долидзе Д.Д., Шевякова Т.В., Кислов Э.Е.**

Москва, Россия

Цель. Оценка эффективности рентгеноэндоваскулярных методик в предотвращении тромбоза легочных артерий (ТЭЛА).

Материал и методы. В исследование включены 128 больных высокого риска (по шкале Каприни) с эмболоопасным тромбозом глубоких вен (ТГВ) с января 2018 по декабрь 2023 г., находящихся на лечении в отделении сосудистой хирургии ГКБ

им. С.П. Боткина. Возраст пациентов варьировал от 21 до 91 года (средний возраст $66,6 \pm 0,5$). Количество мужчин и женщин: 53 (41,4 %) и 75 (58,6%) соответственно.

У 53 (41,4%) больных с венозными тромбоэмболическими осложнениями (ВТЭО) диагностировано онкологическое заболевание, а у 25 (19,5%) больных ТГВ развился вследствие переломов костей нижней конечности. Идиопатический илиофemorальный тромбоз выявлен у 48 (37,5) больных, а ретромбоз – у 2 (1,7%) больных.

Всем больным с диагностированным эмболоопасным тромбозом в системе нижней полой вены назначалась антикоагулянтная терапия низкомолекулярными гепаринами (НМГ), с последующей продленной профилактикой ВТЭО прямыми пероральными антикоагулянтами (ПОАК) ингибиторами Ха фактора.

Результаты исследования. При УЗАС системы нижней полой вены (НПВ) у 48 (37,5%) больных выявлен илиофemorальный тромбоз с признаками флотации. Уровень венозного тромбоза с признаками флотации: общая бедренная вена у 77 (60,2%) больных, общая подвздошная вена у 43 (33,6%) больных, в том числе у 15 (11,7%) больных с локализацией флотирующей части тромба в НПВ, ниже уровня впадения почечных вен. У 3 (23,3%) больных выявлен ТГВ с локализацией в ОПВ (общей подвздошной вене) с флотирующей частью тромба в НПВ выше уровня впадения почечных вен, произведено эндоваскулярное фрагментирование венозного тромба с использованием устройства «ТРЭКС» и последующей имплантацией кава-фильтра.

Всем 128 пациентам имплантированы кава-фильтры, при этом у пациентов с онкологическим заболеванием имплантировали постоянный кава-фильтр. У 43 (33,6%) больных впоследствии кава-фильтры были удалены. Все пациенты были выписаны из стационара на 6–7 сутки.

Заключение. Как видно из приведенных данных эндоваскулярные миниинвазивные технологии с использованием кава-фильтра и устройства «ТРЭКС» позволяют избежать массивной ТЭЛА, сохранить жизнь больному, и избежать открытой тромбэктомии в условиях искусственного кровообращения, а при эмболоопасных тромбозах системы НПВ у больных высокого риска в ряде случаев все еще не имеют альтернативы.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СТАДИИ ТРОФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Велиев К.С., Хитарьян А.Г.

Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования - сравнительная оценка результатов различных тактик хирургического лечения хронической венозной недостаточности (ХВН) в стадии трофических расстройств.

Материалы и методы. На базе флебологического центра ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД Медицина» г. Ростова-на-Дону» было проведено сравнительное исследование, в которое были включены 218 пациентов с ХВН нижних конечностей в стадии трофических расстройств (4-6 ст. по СЕАР). В 1 группу (n=79) вошли пациенты, которым в стационарных условиях выполнялась эндовазальная лазерная коагуляция (ЭВЛК) БПВ и МПВ с микропенной склеротерапией варикозно расширенных притоков БПВ и МПВ в сочетании с эндоскопической субфасциальной диссекцией недостаточных перфорантных вен (SEPS). Во 2 группу (n=79) – пациенты, которым в амбулаторных условиях выполнялась ЭВЛК стволов БПВ и МПВ с микропенной склеротерапией варикозно расширенных перфорантных вен. В 3 группу (n=60) были включены больные, для которых методика амбулаторного вмешательства определялась диаметром перфорантных вен группы Коккета (определяемым при УЗДС вен нижних конечностей): при диаметре менее 3,5 мм - ЭВЛК стволов БПВ и МПВ и устранение патологического горизонтального венозного рефлюкса посредством микропенной экосклеротерапии, а в случае диаметра более 3,5 мм - проводилась ЭВЛК стволов БПВ и МПВ и устранение патологического горизонтального венозного рефлюкса согласно патенту РФ №2570291 «Способ малоинвазивного лечения венозной недостаточности нижних конечностей». Ближайшие результаты оценивались по выраженности болевого синдрома (по ВАШ), послеоперационным осложнениям. Через 2 мес. - посредством УЗ-контроля оценивали качество облитерации перфорантов. Отдаленные результаты лечения оценивались через 6 и 12 мес. после операции по шкале VCSS и посредством УЗ-контроля. Статистическая обработка данных выполнялась на ПК с использованием статистического пакета STATISTICA 10.0 посредством методов параметрической и непараметрической вариационной статистики. Критическим уровнем значимости (p) считался 0,05.

Результаты исследования. При сопоставлении данных о ранних послеоперационных осложнениях в исследуемых группах было выявлено, что во 1 группе шансы наличия гематом были выше в 11,3 раза по сравнению со 2 группой (ОШ=11,3 95%ДИ: 1,4-90,6), а шансы нагноения ран во 2 группе 7,6 раз меньше, чем в 1 группе (ОШ=0,132 95%ДИ: 0,016-0,98); в 3 группе шанс встречаемости гематом был в 4,2 раза меньше, чем в 1 группе (ОШ=0,238 95%ДИ: 0,05-0,92). Все отличия были статистически значимыми (p<0,05). Кроме этого, было выявлено, что во 2 и 3 группах средний балл по шкале ВАШ в первые 4 суток послеоперационного периода был меньше, чем в 1 группе (p<0,05). Через 2 мес. после оперативного вмешательства ни в одной из групп пациентов случаев рецидива по стволам БПВ и МПВ зарегистрировано не было. Рецидив горизонтального рефлюкса отмечался только у 6 (7,6%) человек во 2 группе. Детальный анализ каждого случая рецидива выявил, что перфоранты с большим (более 5,0 мм) диаметром и высокой (более 7,5 см/сек) скоростью кровотока наблюдались в 66,7% и 83,3% случаев, соответственно. В отдаленные послеоперационные сроки наблюдения во всех группах было установлено статистически значимое (p<0,001) снижение тяжести заболевания по шкале VCSS. В целом, отмечались сопоставимые результаты лечения, за исключением пациентов 1 группы, перенесших SEPS с отложенным

послеоперационным течением. Сохранение патологического рефлюкса по перфорантам наблюдался у 16 (22,5%) пациентов 2 группы. При этом, в 10 (62,5%) и 11 (68,75%) случаях рецидивов перфоранты имели, соответственно, большой диаметр и высокую скорость кровотока.

Заключение. Обобщая полученные результаты, можно сделать вывод о необходимости при выборе методики хирургического вмешательства у пациентов с ХВН в стадии трофических расстройств использовать дифференцированный подход, основанный на предоперационной оценке и учете свойств перфорантов. Таким образом, малоинвазивную методику, выполняемую по заявленному способу (патент РФ №2570291), следует рассматривать как эффективный метод облитерации несостоятельных перфорантных вен, технически несложное хирургическое вмешательство, не ассоциированное с серьезными осложнениями в раннем и отдаленном послеоперационном периодах и не оказывающее влияние на риск рецидива венозных трофических язв у пациентов тяжелыми формами ХВН нижних конечностей.

ДЕЙСТВИЕ НИЗКОЧАСТОТНОГО ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО УЛЬТРАЗВУКА НА ВЕНОЗНУЮ СТЕНКУ

Гавриленко А.В., Вахратьян П.Е., Аракелян А.Г., Борде А.С., Иванова Е.И., С.И. Щукин, Самородов А.В., Саврасов Г.В.

Москва, Россия

Цель. Изучить повреждение венозной стенки в результате эндоваскулярного воздействия низкочастотным ультразвуком и оценить его эффективность по данным гистологии.

Методы. Для достижения поставленной цели было проведено экспериментальное исследование на лабораторных животных – 17 самцов кроликов. Лабораторным животным выполняли ультразвуковую абляцию и контрольную процедуру 34 вен – медиальная ветви центральной вены уха правой и левой. Для наблюдения и контроля были сформированы 4 экспериментальные группы: 0 группа контрольная процедура 30 дней наблюдения; 1 группа ультразвуковая абляция 60 дней наблюдения; 2 группа ультразвуковая абляция 95 дней наблюдения; 3 группа ультразвуковая абляция 138 дней наблюдения. Помимо этих групп одно животное из 1,2,3 группы случайно было выбрано и включено в острый эксперимент для оценки прямых эффектов ультразвукового воздействия.

Контрольная процедура заключалась в канюлировании вены ультразвуковым инструментом-иглой без подачи ультразвуковой энергии с целью подтверждения того, что механическое повреждение, вызванное канюлированием, само по себе не приводит к окклюзии вены.

Обработанные в ходе острого эксперимента бедренные вены были извлечены спустя 30-45 минут после процедуры и фиксировались в 10% нейтральном буферном растворе формалина в течение 24 ч., далее осуществляли проводку в гистопроцессоре Leica TP1020 и заливали в парафин для макроскопического и микроскопического анализа.

Результаты. После низкочастотного ультразвукового воздействия облитерация венозного просвета наблюдалась в 29 из 30 медиальных ветвей центральной вены уха что составило 97%. Гистологическое исследование показало признаки теплового и механического повреждения венозной стенки, такие как абразия эндотелия и прогрессирование фиброза в tunica media и tunica adventitia. Окклюзированные сегменты состояли в основном из клеточного фиброзного материала. В остром эксперименте гистологически подтверждено повреждение всех слоев венозной стенки.

Выводы. Эндовенозная низкочастотная ультразвуковая абляция приводит к схожей с эндовенозной лазерной абляцией и радиочастотной абляцией картине теплового повреждения, а также к механическому разрушению эндотелия аналогично механохимической абляции что приводит к венозной окклюзии.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ ГЛУБОКИХ ВЕН ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ РАННЕЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ

**Гаврилов Е.К., Зохранов Ф.И., Рамазанов А.Ю., Хасанов А.Р.,
Хубулава Г.Г.**

Санкт-Петербург, Москва, Россия

Цель - изучить особенности огнестрельных повреждений магистральных вен нижних конечностей, сопровождающихся профузным венозным кровотечением в современном вооруженном конфликте, а также оценить ближайшие результаты хирургического лечения у данной категории раненых.

Материал и методы. Ретроспективно оценены результаты лечения у 34 раненых с огнестрельными повреждениями магистральных вен нижних конечностей, находившихся на 3-м этапе (медицинский отряд специального назначения) оказания ранней специализированной медицинской помощи врачами — сердечно-сосудистыми хирургами в период с 1.05.2022 по 1.09.2022 гг., а также в период с 15.03.2023 по 15.06.2023 гг. в ходе специальной военной операции. Все раненые были мужчины, средний возраст составил $(33,6 \pm 9,3)$ лет. У 31 раненого

были осколочные, у 3 – пулевые огнестрельные ранения нижних конечностей. У 20 раненых отмечены изолированные огнестрельные ранения конечностей (у 12 человек – обеих нижних конечностей), а у 14 раненых – тяжелая сочетанная огнестрельная травма, в том числе у 11 человек в сочетании с повреждением груди или живота, у 3 – с повреждением головы. Профузное венозное кровотечение при огнестрельных ранениях нижних конечностей у большинства раненых отмечено при сочетанном характере повреждений артерий и вен нижних конечностей (28 раненых), а также у 6 раненых с изолированным повреждением глубоких вен. Хирургическое лечение произведено всем раненым. Наиболее частым вариантом хирургического лечения являлось одновременное выполнение артериальной реваскуляризации нижних конечностей, ушивания или перевязки магистральных вен, а также широкой фасциотомии голени. Разработан способ остановки профузного кровотечения, который заключался в наложении так называемого «венозного» жгута, в том числе интраоперационно, на сегмент нижней конечности на несколько сантиметров ниже огнестрельной раны, из которой отмечается обильное венозное кровотечение, что выполнено у 18 раненых.

Результаты. Геморрагический шок присутствовал при поступлении у 33 раненых (97%), при этом шок тяжелой степени – у 16 (47%). Тяжесть повреждений у раненых согласно шкале ВПХ – П(ОР) составила $5,9 \pm 1,7$ баллов. Компенсированный характер ишемии нижней конечности имелся у 5, некомпенсированный – у 25 раненых (все с сочетанными повреждениями артерий и вен). Наиболее часто повреждалась подколенная вена (в 15 случаях), далее – поверхностная бедренная вена и венозные синусы голеней (по 9 случаев). У 8 раненых отмечено повреждение нескольких магистральных вен (наиболее часто подколенной вены и синусов голеней). Лишь в 4 случаях произведено ушивание магистральных глубоких вен, в остальных (32) – их перевязка и пересечение. Артериальная реваскуляризация выполнена у 28 раненых в виде наложения первичного шва у 17 раненых, протезирования реверсированной аутовеной – у 11 раненых. Широкая фасциотомия выполнена у 28 раненых. 30-дневные результаты хирургического лечения прослежены у 21 раненого (62%). Летальность составила 9,5 % (2 раненых). Рецидивов профузного венозного кровотечения отмечено не было. После реваскуляризации выполнено 3 ампутации нижних конечностей (14,3%), повторная реваскуляризация – у 2 (9,5%). Наиболее частым осложнением служило возникновение тромбозов глубоких вен на оперированной конечности, у незначительной части пациентов сопровождавшихся клинически незначимой ТЭЛА.

Заключение. Особенности повреждений магистральных вен при огнестрельных ранениях нижних конечностей являются их частое сочетание с повреждениями артерий, наличием шока у пострадавших в абсолютном большинстве случаев, нередкое повреждение нескольких магистральных вен на протяжении. Исходя из полученных результатов в хирургии подобных повреждений, возможно, является оправданным выбор наиболее простых способов артериальной реваскуляризации нижних конечностей и окончательной остановки венозного кровотечения у данной категории раненых.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИМФОВЕНОЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Гаврилов К.А., Шевела А.И., Сметанина М.А., Короленя В.А., Севостьянова К.С.

Новосибирск, Россия

Введение. Осложнения варикозной болезни в виде трофических нарушений занимают значимое место среди общего числа пациентов. Зачастую причины возникновения трофических нарушений ясны, как ясны их проявления у пациентов. Основная масса возникающих нарушений имеют «классическую картину» и не возникает трудности в их диагностике. Но в виду распространения сочетанной патологии и возникновения варикозной болезни в раннем возрасте картина трофических проявлений стирается и диагностика их затрудняется.

Цель. Представление клинических исследований молекулярно-генетических изменений у пациентов с трофическими нарушениями.

Материалы и методы. Представлены обзорные данные мировых клинических исследований молекулярно-генетических изменений у пациентов с трофическими проявлениями ХВН. Так же представлены данные авторов доклада. У пациентов выполнялся интраоперационный забор крови в вакуумную пробирку и забор варикозно измененной и неизменённой подкожных вен с письменного согласия пациентов. Образцы вен помещались в специализированный раствор и доставлялись генетикам ИХБФМ СО РАН для проведения исследования гипо или гиперметелирования генов с последующим подсчётом.

Результаты исследования. Данные мировых исследований и полученные нами данные показывают изменение молекулярного и генетического материала при формировании трофических нарушений. При этом сравнительный анализ таких данных с острыми ранами и данных пациентов без трофических нарушений чётко показывают нам их диагностическую ценность.

Выводы. На сегодняшний день трофические нарушения при варикозной болезни встречаются достаточно редко. При своевременном их выявлении и лечении можно добиться стойкой ремиссии заболевания, что существенно улучшает качество жизни пациентов. Но другой стороной медали становится сочетание патологий, которые отягощают течение друг друга и становятся камнем преткновения в выборе препаратов и методов хирургического лечения. В успешном лечении таких пациентов нужен мультидисциплинарный подход и согласованная работа команды.

КОМПРЕССИОННОЕ ТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ВЕНОЗНОГО ОТТОКА ИЗ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ТАЗА

Гаврилов С.Г., Каралкин А.В., Москаленко Е.П., Гришенкова А.С.

Москва, Россия

Цель. Изучение состояния венозного оттока из нижних конечностей при варикозной болезни таза (ВБТ) и возможностей компрессионного лечения в коррекции нарушений эвакуаторной функции мышечно-венозной (МВП) голени.

Материалы и методы. В одноцентровое проспективное сравнительное когортное исследование включены 90 пациенток с симптомной и асимптомной формами ВБТ и 10 пациенток с варикозной болезнью нижних конечностей (ВБНК) класс С2 и С3 по СЕАР. Всем пациенткам выполняли дуплексное ультразвуковое сканирование (ДУС) вен таза и нижних конечностей, радионуклидную флебографию (РФГ) нижних конечностей и однофотонную эмиссионную томографию (ОФЭТ) тазовых вен с мечеными *in vivo* эритроцитами. С помощью радионуклидных методов оценивали эвакуаторную функцию МВП голени на основании определения среднего времени транспорта изотопа ($T_{\text{среднее}}$) в секундах в сухожильной ($T_{\text{ср.1}}$), мышечной ($T_{\text{ср.2}}$) частях помпы и подколенной вене ($T_{\text{ср.3}}$). Увеличение $T_{\text{ср.1}} > 6-8$ с, $T_{\text{ср.2}} > 10-12$ с, $T_{\text{ср.3}} > 12-16$ с указывало на дисфункцию МВП голени. Сцинтиграфическим признаком тазового венозного полнокровия (ТВП) являлось увеличение коэффициента тазового венозного полнокровия (Ктвп) > 0.5 . Пациентам с дисфункцией МВП голени назначали компрессионное лечение (гольфы или чулки 1 или 2 класса). После 10-дневного применения компрессионного трикотажа проводили повторное клиническое и радионуклидное обследование с оценкой динамики симптомов и признаков ХЗВ и показателей работы МВП голени.

Результаты. Нарушение эвакуаторной функции МВП голени выявлено у 76.7% пациенток с ВБТ. Среди пациенток с симптомной ВБТ дисфункция МВП обнаружена в 78.7% наблюдений, у больных асимптомной ВБТ – в 74.4% случаев. Дисфункция МВП голени по данным РФГ характеризовалась значительным увеличением $T_{\text{среднее}}$ ($T_{\text{ср.1}} - 18-30$ с, $T_{\text{ср.2}} - 27-45$ с, $T_{\text{ср.3}} - 20-40$ с). Аналогичные показатели работы МВП отмечены у 90% пациенток с ВБНК, что указывало на единообразие нарушений эвакуаторной функции МВП голени у пациентов с ВБТ и ВБНК вне зависимости от наличия или отсутствия симптомов ХЗВ. Компрессионные гольфы 1-2 классов использованы у 79.7% пациентов с ВБТ. Компрессионные чулки 2 класса назначены 20.3% пациентов с ВБТ и варикозными венами на голени и бедре. После проведения компрессионного лечения у пациенток с ВБТ и дисфункцией МВП в 100% наблюдений отмечено купирование симптомов ХЗВ и восстановление эвакуаторной функции МВП голени ($T_{\text{ср.1}} - 6-14$ с, $T_{\text{ср.2}} - 9-16$ с, $T_{\text{ср.3}} - 7-14$ с).

Заключение. Дисфункция МВП голени возникает у 76.7% пациентов с ВБТ вне зависимости от вариантов клинического течения заболевания, наличия или отсутствия ХЗВ нижних конечностей. Компрессионное лечение с использованием гольф 1-2 классов служит адекватным методом восстановления эвакуаторной функции МВП голени у пациентов с ВБТ.

ВЛИЯНИЕ КОМПРЕССИОННОГО СТЕНОЗА ЛЕВОЙ ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЫ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕВОЙ ПОЧКИ У ПАЦИЕНТОВ С ТАЗОВЫМИ ВЕНОЗНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Гаврилов С.Г., Каралкин А.В., Гришенкова А.С.

Москва, Россия

Цель: Изучить влияние компрессионного стеноза левой почечной вены (ЛПВ) на функциональное состояние левой почки у пациентов с тазовыми венозными заболеваниями (ТВЗ).

Методы: Проведено одноцентровое проспективное когортное исследование. Обследованы 162 пациента с ТВЗ, компрессионный стеноз ЛПВ выявлен у 40 пациентов с помощью дуплексного ультразвукового сканирования (ДУС). В ходе ДУС оценивали угол отхождения верхней брыжеечной артерии (ВБА), отношение диаметров ($D_{\text{ворота}}/D_{\text{стеноз}}$) ЛПВ и скоростей ($V_{\text{стеноз}}/V_{\text{ворота}}$) в ней. Пациенты разделены на симптомную ($n=26$) и асимптомную ($n=14$) группы. Им выполнены лабораторные исследования (общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови) и динамическая сцинтиграфия почек (ДСП), позволяющую оценить фильтрационную и секреторную функции почек путем определения времени максимального накопления изотопа в паренхиме почек (T_{max}), периода полувыведения изотопа из почек ($T_{1/2}$) и значения эффективного плазмотока.

Результаты: У 26 пациентов были клинические проявления ТВЗ, которые указывали на наличие венозного полнокровия тазовых органов, но у них отсутствовали характерные для синдрома щелкунчика (СЩ) боли в левом фланке живота либо в поясничной области. Лабораторные показатели продемонстрировали отсутствие каких-либо патологических изменений в обеих группах пациентов, в анализах мочи и крови гематурия, протеинурия, анемия не обнаружены. Отношение $D_{\text{ворота}}/D_{\text{стеноз}}$ колебалось от 2,8 до 5,2, отношение $V_{\text{стеноз}}/V_{\text{ворота}}$ – от 2,9 до 5,3 у симптомных и асимптомных пациентов без существенной статистической разницы между группами. У всех 40 пациентов со стенозом ЛПВ выявлен рефлюкс в ЛГВ, его продолжительность в симптомной группе составила 4.7 ± 0.6 с, в асимптомной – 2.2 ± 0.6 с ($p=0.005$). Ультразвуковые признаки синдрома щелкунчика

(СЦ) выявлены у 8 пациентов (5 – симптомных: угол ВБА - $34,8 \pm 2,7^\circ$, $D_{\text{ворота}} / D_{\text{стеноз}}$ - $5,04 \pm 0,2$, $V_{\text{стеноз}} / V_{\text{ворота}}$ - $5,2 \pm 0,4$; 3 – асимптомных; угол ВБА - $35 \pm 2,8^\circ$, $D_{\text{ворота}} / D_{\text{стеноз}}$ - 5 , $V_{\text{стеноз}} / V_{\text{ворота}}$ - $4,7 \pm 0,6$), значимых ультразвуковых отличий состояния ЛПВ между симптомными и асимптомными пациентами не выявлено. По данным ДСП не обнаружено каких-либо нарушений фильтрационной и секреторной функций левой почки у всех пациентов, в том числе и у пациентов с ультразвуковыми признаками СЦ: время максимального накопления изотопа в паренхиме почки, период полувыведения изотопа и значения эффективного плазмотока были в пределах нормы (таблица).

Параметр		Симптомное ТВЗ, n=26	Асимптомное ТВЗ, n=14	p
T_{max} паренхима, $M \pm m$, мин	Левая почка	2.9 ± 0.4	3.08 ± 0.6	0.5
	Правая почка	3.01 ± 0.3	3.05 ± 0.3	
$T_{1/2}$ паренхима, $M \pm m$, мин	Левая почка	6.7 ± 0.8	7.3 ± 0.8	0.7
	Правая почка	7.4 ± 0.7	7.3 ± 0.8	0.6
Плазмоток, $M \pm m$, мл/мин	Левая почка	197.3 ± 11.5	201.7 ± 9.4	0.7
	Правая почка	185.1 ± 10.4	183.4 ± 11.1	
Перфузия почек		Не нарушена	Не нарушена	-

Заключение: Компрессионный стеноз ЛПВ без гематурии не оказывает влияния на функциональное состояние левой почки вне зависимости от степени сужения сосуда по данным ДУС. Результаты ДСП служат объективными показателями функционирования левой почки у пациентов с ТВЗ.

ТРОМБОЗ ТАЗОВЫХ ВЕН У ПАЦИЕНТОВ С ТАЗОВЫМИ ВЕНОЗНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Гаврилов С.Г., Москаленко Е.П., Каралкин А.В., Аленичев А.В.

Москва, Россия

До настоящего времени сведения о распространенности тромбоза тазовых вен (ТТВ), диагностике и тактике лечения этого состояния разрознены и противоречивы. Отсутствуют убедительные доказательства необходимости и

оптимального регламента применения антикоагулянтного лечения пациентов с ТТВ.

Цель. Изучить частоту встречаемости ТТВ у пациентов с тазовыми венозными заболеваниями (ТВЗ) и оценить результаты антикоагулянтного лечения ТТВ.

Методы. В 2021-2023 гг обследованы 588 пациентов женского пола с ТВЗ (217 асимптомных, 371 – симптомных). Всем пациентам после клинического исследования выполняли трансабдоминальный и трансвагинальный дуплексное ультразвуковое сканирование (ДУС) вен таза. В случае обнаружения ТТВ пациентам назначали антикоагулянтную терапию (АКТ) в амбулаторных условиях. Использовали низкомолекулярные гепарины (НМГ) в лечебных дозах (enoxaparin sodium 100 МЕ/кг или nadroparin calcium 86 МЕ/кг дважды в сутки под кожу живота) в течение 10 дней. В случае стабильного течения тромботического процесса, отсутствия увеличения размеров тромба по данным повторного ДУС вен таза, НМГ отменяли и назначали пероральные антикоагулянты – ривароксабан 15 мг или апиксабан 5 мг дважды в сутки в течение 3 недель. По истечению этого срока рекомендовали прием ривароксабана 20 мг или апиксабана 5 мг один раз в сутки в течение 2 месяцев. Общая продолжительность антикоагулянтной терапии (АКТ) составляла 3 месяца. Повторные клинические осмотры и ДУС пациентам с ТТВ выполняли через 10, 30 и 90 суток после начала АКТ, фиксировали динамику клинических проявлений заболевания, тромботического процесса в венах таза, тазового венозного рефлюкса.

Результаты. ТТВ обнаружен у 7.6% пациентов с ТВЗ, из них симптомный ТТВ был у 28.8%. Симптомами ТТВ служили острая тазовая боль (ОТБ) либо усиление хронической тазовой боли (ХТБ), лихорадка, ознобы. Наиболее часто у асимптомных пациентов обнаружен тромбоз параметральных вен (90.6%). Симптомное течение ТТВ сопровождалось поражением двух и более венозных коллекторов у 84.6% пациентов. Тазовый венозный рефлюкс более 2 с выявлен у 100% пациентов с симптомным ТТВ и лишь у 15.6% пациентов с латентным ТТВ ($p=0.01$). Выявлена высокая корреляция между длительностью рефлюкса, количеством тромбированных тазовых вен и наличием симптомов заболевания ($r=0.73$ и $r=0.69$, соответственно). АКТ проведена всем пациентам, на фоне её проведения наблюдали купирование симптомов ТТВ у симптомных пациентов в течение 10 дней и реканализацию тазовых вен через 1-3 месяца. Увеличение распространенности тромбов, легочной эмболии и осложнений АКТ не было. Осложнений АКТ не отмечено ни в одном из наблюдений.

Заключение. ТТВ встречается у 7.6% пациентов с ТВЗ. Частота его обнаружения не связана с наличием симптомов ТВЗ, но симптомы ТТВ возникают чаще у пациентов с рефлюксом в тазовых венах более 2 с и тромботическим поражением 2 и более тазовых венозных коллекторов. АКТ является эффективным и безопасным способом купирования симптомов заболевания, предотвращения распространения тромботического процесса в тазовых венах

ГЕНИТАЛЬНЫЙ ВАРИКОЗ. ПОДХОДЫ И ВОЗМОЖНОСТИ

Гаврин П.Ю., Корниевич С.Н., Познякова О.В., Мазынский Д.В.,
Юшкевич Д.В.

Минск, Беларусь

Цель исследования. Провести анализ ближайших и краткосрочных результатов лечения пациенток с варикозной болезнью, осложненной генитальным варикозом, с использованием пенной УЗ-контролируемой склеротерапии в условиях тумесцентной анестезии (ТА) варикозных вен и перфорантов генитального региона. Позитивная роль ТА состоит прежде всего в уменьшении диаметра обрабатываемых вен, уменьшении объема крови в вариксах и, соответственно, повышении эффективности процедуры склеротерапии. На одном из съездов EVF в 2012 г. были представлены результаты исследования, демонстрирующие более высокую эффективность склеротерапии ствола большой подкожной вены в условиях ТА, чем без нее (82,4% окклюзия ствола после 14 мес против 71% у пациентов без ТА).

Материал и методы. В нашем исследовании (2018—2020) обследовали 24 пациентов с варикозной болезнью (С2), осложненной генитальным варикозом. Возраст пациентов составил 27—42 года. Склеротерапия проводилась с использованием венозных катетеров и этоксисклерола 1—3% под УЗ-контролем и ТА. Проводилась как изолированная склеротерапия, так и в сочетании с надфасциальной лазерной коагуляцией несостоятельных перфорантов. Перфоранты коагулировались как одномоментно, так и в рамках следующей сессии (2 нед—3 мес после первой процедуры). Лечебный эффект оценивали каждые 2 мес в течение года.

Результаты. Технический успех достигнут у 20 (83,3%) пациентов (без реканализации). У этих больных отмечены высокая активность репаративных процессов в зоне вмешательства и редукция клинических симптомов в первые 2—3 нед. Отмечены осложнения: экхимозы (25% случаев), тромбоз флебит (4,1%), парестезия (4,1%). Второй сеанс склеротерапии понадобился 15 (62,5%) пациентам. Три сеанса и более были проведены у 4 (16,7%) пациентов.

Выводы. Внедрение катетерной УЗ-контролируемой пенной склеротерапии и надфасциальной лазерной коагуляции несостоятельных перфорантов в лечение пациентов с осложненными формами варикоза позволяет улучшить результаты лечения и снизить количество осложнений. Предлагаемый метод не требует госпитализации и может быть методом выбора на амбулаторном этапе. Минимальная инвазивность способствует скорейшему выздоровлению, отсутствию временной нетрудоспособности и улучшению качества жизни.

ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ТАЗА НА ФОНЕ АОРТО-МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ КОМПРЕССИИ

Гаптраванов А.Г., Бредихин Р.А., Ахметзянов Р.В., Игнатъев И.М.,
Немировская Т.А.

Казань, Россия

Цель: улучшить результаты хирургического лечения варикозной болезни таза на фоне синдрома щелкунчика путем измерения градиента давления в левой яичниковой вене.

Материалы и методы: Объектом исследования стали результаты хирургического лечения 81 пациенток с варикозной болезнью таза (ВБТ) на фоне стеноза левой почечной вены (ЛПВ) вследствие аорто-мезентериальной компрессии.

Всего в исследование включена 81 пациентка в возрасте от 19 до 54 лет (средний возраст 32 ± 5 лет). Лечение проводилось в отделение сосудистой хирургии ГАУЗ МКДЦ в периоды с 2007 по 2023 гг.

Все пациентки обследованы по стандартному для клиники алгоритму, который включает ультразвуковое ангиосканирование (УЗАС) вена таза и левой почечной вены и вен таза, компьютерную флебографию таза (КТ-флебография) и тазовую флебографию. Ключевыми точками оценки являлись следующие параметры: угол между аортой и верхней брыжеечной артерией лежа и полусидя (45%), линейная скорость кровотока в области «пинцета» (скорость кровотока не более 50 см/с), диаметр ЛПВ в области пинцета (диаметр от 3-5 мм), диаметр левой яичниковой вены (диаметр в норме 3-4 мм), диаметр маточных вен и вен гроздевидного сплетения (диаметр в норме от 2,0 до 5,0 мм).

С 2015 года всем пациенткам в ходе оперативного вмешательства выполнялось интраоперационное измерение градиента давления в левой яичниковой вене (патент RU 2623331 C1). Значимым, позволяющим определить тактику, считали градиент свыше 55 мм кровяного столба (4 мм.рт.ст). При градиенте ниже 55 мм водного столба ниже выполнялась резекция ЛЯВ, если градиент выше, то проводилось левостороннее овариико-илиакальное шунтирование.

В зависимости от метода хирургического лечения пациентки были разделены на четыре группы:

- 1А (n=12). Выполнена операция левостороннего овариико-илиакального шунтирования без интраоперационного измерения градиента давления в левой яичниковой вене (ЛЯВ). Подобные операции выполнялись с 2007-2015 гг.

-1Б (n=24). Выполнена операция резекции ЛЯВ без интраоперационного измерения градиента давления в ЛЯВ (также 2007-2015гг.)

-2А (n=10). Выполнена операция овариико-илиакального шунтирования с учетом результата измерением градиента давления в ЛЯВ 2016-2023гг.

-2Б (n=35). Выполнена операция резекции ЛЯВ с учетом результата измерения градиента давления в ЛЯВ 2016-2023гг.

Результаты лечения проанализированы через 6 и 12 месяцев после операции. Качество жизни оценивали с помощью валидированных опросников качества жизни (патент RU (11) 2 598 056(13) С1) и опросника тяжести ВБТ (патент RU (11) 2015 112 275 (13) А).

Полученные данные обработаны с помощью критерия χ^2 для таблиц сопряженности признаков и проведена сравнительная статистика переменных данных с помощью параметрического t – критерия Стьюдента, критерия Манна – Уитни. Для обработки данных использовали статистический пакет «Statistica for Windows» версии 10.0 и программу «Microsoft Excel 2010».

Результаты: «Передне - задний» размер ЛПВ в «пинцете» составил в 1А группе $2,3 \pm 0,7$ мм, в 1Б группе $2,5 \pm 0,5$ мм во 2А группе $1,9 \pm 0,9$ мм во 2Б группе $2,3 \pm 0,6$ мм. Исходя из полученных данных можно сделать вывод, что размер ЛПВ в «пинцете» косвенно отражает гемодинамическую значимость стеноза и влияет на возникновение рено-кавального градиента.

Линейная скорость кровотока в пинцете составила в 1А группе $62,7 \pm 32,7$ см/сек, в 1Б группе $65,8 \pm 36,4$ см/сек во 2А $121,6 \pm 71,0$ см/сек во 2Б группе $53,4 \pm 1,7$ см/сек. Как видим из полученных данных, в группах 1А и 1Б ЛСК в «пинцете» различались с меньшей достоверностью, чем в группах 2А и 2Б, которые уже различались более чем в два раза. Полученные показатели доказывают правильность распределения пациенток на группы и выбор метода операции, путем измерения градиента давления в ЛЯВ.

Диаметр ЛЯВ составил в 1А группе $10,0 \pm 4,6$ мм, в 1Б группе $7,1 \pm 1,3$ мм, во 2А группе $7,5 \pm 1,5$ мм, во 2Б группе $6,7 \pm 1,9$ мм. Ранее, до внедрения метода по измерению градиента венозного давления, диаметр ЛЯВ нами рассматривался как определяющий в выборе тактики лечения, хотя статистически в группах 2А и 2Б диаметр различался не значимо. Сейчас можно достоверно сказать, что опираться на этот показатель при выборе метода лечения нельзя.

Аорто-мезентеральный угол по данным КТ составил в 1А группе $20,3 \pm 4,70^\circ$, в 1Б группе $22,7 \pm 8,50^\circ$ во 2А группе $19,2 \pm 6,10^\circ$ во 2Б группе $29,4 \pm 21,60^\circ$.

Диаметр вен гроздевидного сплетения ($U=17-351,5$; $p < 0,05$) и маточного сплетения ($U=23,5-319,5$; $p < 0,05$) в группах 2А и 2Б значимо различался в до/послеоперационном периоде.

При анализе опросника качества жизни ($U=12-57-15,5-170$; $p < 0,05$) и тяжести ВБТ ($U=15-77-18,5-212$; $p < 0,05$) отмечалась статически значимая разница в пред- и послеоперационном периоде во все группах, и в сравнении групп при шунтирующих операциях они снижались достоверно выше.

Обсуждение. До настоящего времени значение рено-кавального градиента (РКГ), определяющего тяжесть венозной гипертензии в ЛПВ окончательно не определена, и не дана оценка определению давления в ЛЯВ.

Однако полученные результаты четко свидетельствуют о рациональности интраоперационного измерения давления в ЛЯВ в проксимальном и дистальном сегменте как определение подтверждающего способа оперативного вмешательства. Метод обладает хорошей чувствительностью, безопасен в проведении, не требует дополнительных затрат на оснащение дорогостоящим оборудованием и

может выполняться сосудистыми хирургами всех уровней квалификации в медицинских центрах всех уровней оказания медицинской помощи.

Выводы: Способом интраоперационной диагностики, позволяющим выбрать метод хирургического лечения варикозной болезни вен таза на фоне стеноза левой почечной вены является метод определения градиента давления в левой яичниковой вене. При интраоперационном показателе рено-кавального градиента ≥ 4 мм.рт.ст. (55 мм.вод.ст.), показано выполнение овариико-илиакального шунтирования, при показателе менее 4 мм.рт.ст. (55 мм.вод.ст.) показана резекция яичниковой вены.

ДОСТУПНОСТЬ БОЛЬШИХ ПОДКОЖНЫХ ВЕН, КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ КОНДУИТОВ, У ПАЦИЕНТОВ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Головина В.И., Панфилов В.А., Золотухин И.А.

Москва, Россия

Атеросклерозом периферических артерий страдает свыше 200 млн. человек. Большая подкожная вены является наилучшим кондуитом при проведении шунтирующих операций. С 1996 по 2014 год в США количество эндовенозных облитераций увеличилось на 4529%. В связи с этим большое количество пациентов в будущем может столкнуться с отсутствием пластического материала при операциях на артериях н/к. Методы гемодинамической коррекции CHIVA и ASVAL являются эффективным способом устранения рефлюкса с сохранением стволов подкожных вен, которые могут быть использованы в качестве кондуита при операциях коронарного и периферического шунтирования.

Цель - оценить влияние предшествующих интервенций (флебэктомии, ЭВЛО, РЧО) на доступность большой подкожной вены в качестве будущего кондуита у пациентов с хронической артериальной недостаточностью нижних конечностей.

Материалы и методы. В исследование было включено 174 пациента, обратившихся в клинику КБ им. В.В. Виноградова с целью консультации по поводу атеросклероза артерий н/к с клинической картиной хронической артериальной недостаточности нижних конечностей с декабря 2022 г. по май 2023 г. У всех пациентов оценивали степень ХАНК по классификации Фонтейна-Покровского. Пациентов с варикозной болезнью классифицировали по CEAP. Пациентам с варикозной болезнью было выполнено дуплексное УЗИ, при помощи которого регистрировали наличие варикозного расширения ствола БПВ, признаков пе-

ренесенного тромбофлебита БПВ. Проводили сбор хирургического анамнеза: флебэктомии, эндовенозной термической или нетермической облитерации, а также предшествующего шунтирования с использованием аутовены.

Результаты. В исследование вошло 174 пациента, мужчин 126 (72,4%) и женщин 48 (27,6%). Средний возраст пациентов составил $70,5 \pm 9,1$ лет. 1 степень ХАНК по классификации Фонтейна-Покровского была у 48 пациентов (27,6%), 2А степень у 55 пациентов (31,6%), 2Б степень у 49 (28,2%), 3 степень у 11 (6,3%) и 4 степень у 11 (6,3%). У трех (1,7%) пациентов БПВ отсутствовала на обеих нижних конечностях, а у 12 (6,9%) — на одной нижней конечности, поскольку она была использована при предыдущей операции шунтирования. Варикозная болезнь была у 30 (17,2%) пациентов (24 мужчины и 6 женщин), средний возраст составил $63,8 \pm 10,5$ лет. Клинический класс С2 по CEAP был у 20 пациентов (66,6%), С3 у 6 пациентов (20%) и С4 у 4 пациентов (13,4%). 10 пациентов (30%) с ВБНК не имели пригодной БПВ в качестве возможного кондуита для шунтирования. У 7 (23,3%) БПВ была не пригодна (посттромбофлебитические изменения/варикозно измененный ствол), была использована ранее на шунт или отсутствовала из-за предыдущих операций на БПВ по поводу варикозной болезни. У трех (6,7%) пациентов ствол БПВ был варикозно изменен на обеих н/к.

Заключение. Число пациентов с хронической артериальной недостаточностью нижних конечностей без доступной большой подкожной вены, относительно невелико. Веносохраняющие процедуры следует рассматривать у пациентов с варикозной болезнью, имеющих высокий риск развития атеросклероза.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ВЕН К КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Гужков О.Н. Оралов А.М. Пелевин А.В.

Ярославль, Иванов, Россия

Цель исследования: изучить приверженность к использованию медикаментозной и компрессионной терапии при амбулаторном лечении пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей (ВБНК).

Материалы и методы: проведено анкетирование 250 больных с варикозной болезнью, которым на амбулаторном этапе назначено комплексное лечение включающие компрессионную и фармакотерапию. В исследовании приняли участие 212 (84,8 %) женщин и 38 (15,2 %) мужчин, в возрасте от 35 до 95 лет, в среднем $60,2 \pm 1,3$ года. Все пациенты имели клинические симптомы ХЗВ. В соответствии с клиническими проявлениями по классификации CEAP больные распределились: С2s - 44 (17,6%), С3s - 122 (48,8%), С4s - 60 (24%), С5s - 14 (5,6%), С6s - 10 (4%). Длительность клинических проявлений ХЗВ в среднем составила $10,8 \pm 3,1$

лет. Установлено, что у 55,3% пациентов ближайшие родственники страдают хроническими заболеваниями вен.

Результаты: ретроспективный анализ установил, что регулярно использовали компрессионную терапию в соответствии с назначениями лечащего врача 65 пациентов (26%), по своему желанию или возможностям – 185 человек (74%). Менее комплаентные к использованию компрессионной терапии пациенты с СЗс функциональным классом (75,6%), в возрасте до 50 лет (84,9%). При оценке приверженности к фармакотерапии выявлено, что использование системных флеботропных препаратов в соответствии со схемой лечения применили 72 пациента (28,8%), а нарушали лечение 178 человек (71,2%). Наиболее комплаентными являлись пациенты с трофическими нарушениями кожи. В группе больных с активной или зажившей трофической язвой суммарный показатель приверженности к лечению составил 72,1%, что превышает аналогичные показатели в других группах в 2-2,5 раза. Основной причиной нарушения врачебных рекомендаций (63,4%), являлось забывание приема таблеток. Не стали принимать лекарственные препараты по причине недоверия к эффективности назначенного комплексного лечения 62% пациентов. Отказались от лечения по причине улучшения состояния («drug holiday») 61,4%, а его ухудшения 57,9% больных. Выявлено, что пациенты пожилого и старческого возраста гораздо лучше соблюдают рекомендации врача, а основной причиной отказа от лечения они называют забывчивость (62%) и ухудшение общего состояния на фоне проводимого лечения (55%).

Выводы: полученные данные свидетельствуют, что независимо от стадии ХЗВ и возраста, пациенты с варикозной болезнью в 75% не соблюдают консервативные лечебные рекомендации в амбулаторных условиях. Низкая приверженность к лечению с использованием медикаментозной и компрессионной терапии способствует прогрессированию ХЗВ.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СУЛОДЕКСИДА НА ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭНДОВАЗАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛЯЦИИ

Гужков О.Н., Рыбачков В.В., Оралов А.М., Пелевин А.В.

Ярославль, Иваново, Россия

Цель исследования: оценить влияние препарата сулодексид на течение послеоперационного периода после выполнения эндовазальной лазерной облитерации.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 83 пациента, которым выполнялась эндовазальная лазерная облитерация. Пациенты были разделены на две параллельные группы методом слепых конвертов. В основной

группе после выполнения хирургического пособия назначался сулодексид: 250 ЛЕ 2 раза в день в течение 8 недель. В группе сравнения дополнительных лекарственных препаратов не назначалось. Основная группа составила 41 пациент: 20% мужчин и 80% женщин, средний возраст 50 ± 11 лет, ИМТ составил $26,4 \pm 3,2$. Клинические проявления ХЗВ в соответствии с классификацией CEAP: C2 – 17,2 %, C3 – 41,4 %, C4 – 41,4%. Контрольная группа составила 42 пациентов, из них 21 % мужчин и 79 % женщин, средний возраст 44 ± 13 лет, ИМТ составил $26,2 \pm 3,0$. Клинические проявления ХЗВ в соответствии с классификацией CEAP: C2 – 38 %, C3 – 38 %, C4a – 24 %. Обе группы сопоставимы по половому составу, возрасту, ИМТ и клиническим проявлениям ХЗВ. Оценка клинических симптомов и качества жизни в послеоперационном периоде проводили с использованием шкалы VCSS, CIVIQ-20, которые самостоятельно заполнялись пациентом до операции и через 8 недель после нее выполнения.

Результаты: при анализе полученных результатов сравнивались показатели шкал до комбинированного лечения и через 8 недель после хирургического вмешательства, при этом отмечается статистически значимые снижения баллов в шкале VCSS в обеих группах. При сравнении динамики снижения выраженности симптомов ХЗВ по шкале VCSS отмечается статистически значимое отличие между группами: в основной группе динамика была более выраженная на $7 \pm 2,5$ пунктов, а в группе контроля $5 \pm 2,0$ пунктов ($p < 0,001$). Стоит отметить, что наиболее клинически значимым является снижение показателя выраженности венозного отека в основной группе на 2 ± 1 , а группе контроля на 1 ± 1 пункта ($p < 0,033$). При оценке качества жизни опросником CIVIQ20 снижение выраженности симптомов, которые влияют на качество жизни диагностированы в вопросах, связанных с повседневной деятельностью и работой, а так же настроением пациентов имеющих хронические заболевания вен, что подтверждается снижением показателя GIS в основной группе на $35 \pm 18,1$ а в группе контроля на $22 \pm 13,2$ пунктов ($p < 0,007$).

К вопросам, где были выявлены достоверно значимые отличия между группами, относятся: насколько ваши проблемы с ногами беспокоили вас на работе или повседневной жизни ($p < 0,002$), вы спали плохо из-за проблем с ногами и как часто ($p < 0,02$), в течение последних недель в какой степени проблемы с ногами беспокоили вас при выполнении: долгого стояния ($p < 0,004$), выполнении работы по дому ($p < 0,025$), а среди вопросов связанных с настроением: я легко раздражался (лась) в последнее время ($p < 0,003$).

Частота приема обезболивающих средств в послеоперационном периоде в основной группе составляет в среднем $2 \pm 0,8$ раза в контрольной $4 \pm 1,1$ раза ($p < 0,001$).

Выводы: использование в послеоперационном периоде препарата сулодексид в основной группе достоверно ускоряет купирование симптомов хронических заболеваний вен, болевого синдрома, что приводит к более быстрой реабилитации и возвращению пациентов к повседневной жизни.

ЛИМФОВЕНОЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ И ПУТИ ЕГО РАЗРЕШЕНИЯ

Дадаев Ш.А., Джуманов А.К., Хасанов С.М.

Ташкент, Республика Узбекистан.

Инфекционный панкреонекроз является одним из основных факторов, влияющих на тяжесть острого панкреатита из-за высокого уровня смертности - до 32%. (Trikudanathan G. И. и соавт. 2011г.) При критических состояниях иммунитет слизистой оболочки кишечника теряет свою барьерную функцию, вызывая повреждение слизистой оболочки и повышение ее проницаемости. (Otsuka Y. И. и соавт. 2022г.) Также происходит апоптоз эпителия кишечника, наряду с изменениями в плотных компонентах эпителия. Из-за чего, энтеральный микробиом становится патобиомом, в результате чего комменсальные кишечные бактерии становятся более вирулентными и количество патогенных бактерий увеличивается в геометрической прогрессии. Когда токсины выделяются из кишечника через портальное кровообращение и мезентериальную лимфу, начинается повреждение многих органов. (De Waele E. и соавт. 2019г.) Поскольку микробиом кишечника состоит как из бактерий, так и из грибов, имеет смысл полагать, что возникновение тяжелого острого панкреатита связано с транслокацией и колонизацией кишечных грибов в поджелудочной железе. Часто хирурги сталкиваются тяжелым острым панкреатитом сопровождающий с кандидозом. (Паршин Д.С. и соавт. 2023г.) Наряду с положительными результатами экстракорпоральных методов лечения эндогенной интоксикации при остром панкреатите, которые в настоящее время широко применяются, они имеют серьезные недостатки, в связи с чем ведется поиск новых, патогенетически обоснованных, менее инвазивных методов борьбы с панкреатогенной интоксикацией. В последние годы в лечении эндогенной интоксикации ведущее место занимают методы сорбционной детоксикации организма, суть которых заключается в извлечении ядовитых соединений и патологических метаболитов из биологических жидких сред организма. (Галлямов Э.А. и соавт. 2020г., Мусашайхов Х.Т. и соавт. 2023г.)

Цель работы: улучшить результаты лечения больных с тяжёлым острым панкреатитом путем внедрения забрюшинный лимфатропный медикаментозный терапии в комплексе с энтеросорбции.

Материалы и методы: на базах кафедры хирургических болезней Ташкентского Педиатрического Медицинского Института проанализированы результаты 408 больных с острым панкреатитом. Условно больные были разбиты на 2 группы (2 периода). 185 больным (I группа-контрольная с 2015 по 2020г.) с момента поступления в клинику на фоне назогастральной гипотермии проводилась традиционная консервативная терапия, направленная на устранение болевого синдрома, угнетение панкреатической и желудочной секреции, восполнение энергетических затрат, подавление микрофлоры, коррекцию волевических и микроциркуляторных нарушений под контролем лабораторных показателей, УЗИ и КТ. Активация липопероксидации при ОП является одним из ключевых патогенетических моментов и ведет к быстрому истощению факторов антиоксидантной системы. Тяжелый ОП сопровождается сни-

жением уровня аскорбиновой кислоты (АК) в крови в десятки раз, что обуславливает плохой прогноз. Начиная с 2020 года, 223 больному (II группа) в комплекс лечебных мероприятий была включена открытая длительная забрюшинная лимфотропная, антибактериальная терапия путем катетеризации забрюшинного пространства разработанная на кафедре, с целью профилактики гнойно-некротических процессов поджелудочной железы и окружающей клетчатки – панкреонекроза, проводилась энтеросорбция, кишечный лаваж, подавления секреции поджелудочной железы (5-фторурацил, октреотид), для подавления кислотности желудочного сока – блокатор протонной помпы (пантопрозол), коррекции нарушения микроциркуляции (тренталом или гепарин, фраксипарин). В качестве иммунокоррекции - Т-активин или полиоксидоний в соответствующих дозировках, а также введение высоких доз 5% раствора аскорбиновой кислоты (до 2000мг).

Результаты и обсуждение: из 408 больных 367 (89.95%) неоперированных, летальных исходов не было. 41 (10.05%) больных в виду безуспешности консервативной терапии с признаками перитонита оперированы. Из 41 больных 16 (39.02%) больным выполнены лапаротомии, а у 25 (60.98%) больных выполнены лапароскопические операции.

Из 16 оперированных больных лапоратомным путем умерли 2 (12.5%) Причиной летальности являлись прогрессирование полиорганной недостаточности, забрюшинная флегмона, сепсис, аррозивное кровотечение.

Из 25 оперированных лапороскопическим путем умер 1 (4,0%), от инфаркта миокарда на 3 сутки.

Выводы: Таким образом, своевременная комплексная патогенетически обоснованная забрюшинная лимфатропная медикаментозно терапия при остром панкреатите с применением высоких доз аскорбиновой кислоты, подавлением секреции поджелудочной железы (5фторурацил, октреотид), секреции желудочно-кишечного тракта (пантапрозол) позволяет улучшить результаты лечения путем достижения феномена «обрыва», локализации процесса и проведения его по асептическому пути, что открывает перспективы для дальнейших исследований.

ЗНАЧЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПРАКТИКЕ ФЛЕБОЛОГА

Джумабаев Э.С., Азизов Г.А., Джумабаева С.Э., Комилжанов А.Э.

Андижан, Республика Узбекистан

Цель. Изучить степень отражения синдрома лимфатической недостаточности в современных классификациях и диагностике заболеваний вен нижних ко-

нечностей и оценить консервативные и хирургические способы лимфатического воздействия в лечении этой патологии.

Материал и методы. Обследованы 692 больных с заболеванием вен нижних конечностей, Из них 153 больных- с острым поверхностным тромбозом; 154- с тромбозом глубоких вен; 385- с хронической венозной недостаточностью. Основная группа - 405 больных, с включением лимфологических методов лечения, контрольная- 287 больных, с использованием традиционного лечения, согласно клиническим рекомендациям. Для уточнения состояния лимфатической системы использовали рентген-контрастную лимфографию у 22 больных, радиоизотопную лимфосцинтиграфию у 75 больных и ультразвуковое ангиосканирование у 325 больных, УЗИ гиподермы у 256 больных. Изучена полнота отражения лимфатических расстройств в современных клинических рекомендациях, классификациях и оценочных шкалах развития и течения заболеваний вен нижних конечностей.

Результаты исследования. Данные лимфосцинтиграфии показали, что начальные стадии тромбоза вен нижних конечностей сопровождаются ускорением лимфотока в 1,2-1,4 раза, как при тромбозе глубоких так и поверхностных вен ($P_{здор} = 0.477$), ($P_{здор} = 0.406$), соответственно и интенсивности выведения радиофармпрепарата с 29% до 42% ($P_{здор} = 0.002$), ($P_{здор} = 0.040$) относительно здоровых (n=14). На 14 день развития тромбоза скорость лимфотока и резорбция РФП снижались примерно в 2 раза, ($P_{здор} = 0.038$), ($P_{здор} = 0.048$), соответственно. По мере прогрессирования венозной недостаточности наблюдалось замедление лимфатического дренажа пораженной конечности различной степени выраженности. Применение хирургических и консервативных лимфологических подходов у больных с лимфовенозной недостаточностью достоверно увеличивало лимфатический дренаж тканей, улучшало микроциркуляцию, что на уровне статистически значимых различий приводило к положительной динамике течения раннего и отдаленных периодов заболевания. Развитие стойкого индуративного отека, увеличение толщины подкожно-жировой клетчатки до 3-6 см., патологическое увеличение жировых долек до 2-3 см в диаметре, циркулярная гипертрофия жировой ткани преимущественно в дистальных отделах голени, прогрессирующий фиброз надфасциальных тканей в области лодыжечного сегмента. - это важные клинико-инструментальные признаки лимфовенозной недостаточности.

Заключение. Заболевания вен нижних конечностей, сопровождающиеся флебогипертензией, уже на самых ранних стадиях заболевания приводят к существенным изменениям в лимфатической системе, с характерными проявлениями. В современных классификациях и оценочных шкалах венозной патологии ног не уделяется должного внимания лимфатическим расстройствам и возможностям лимфологического воздействия, что снижает эффективность лечения рассматриваемой патологии. Использование методов консервативной и хирургической лимфогенной коррекции улучшает результаты лечения заболеваний вен нижних конечностей.

СОСТОЯНИЕ ГЕМОКОАГУЛЯЦИИ И ИММУННЫЙ СТАТУС В ЦЕНТРАЛЬНОМ И РЕГИОНАЛЬНОМ КРОВОТОКЕ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ТРОМБОЗАМИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Джумабаев Э.С., Азизов Г.А., Комилжонов А.Э.

Андижан, Республика Узбекистан

Острые тромбозы магистральных вен тяжелые нередко угрожающие жизни больного, заболевания. Число таких больных с каждым годом не только не уменьшается, но и отмечается явная тенденция к их росту. У 60-80% больных спустя определенное время развивается посттромбофлебитическая болезнь, а в последующем у 15-29% - трофические язвы голени. Все это нередко приводило к продолжительной нетрудоспособности и даже инвалидности лиц молодого трудоспособного возраста. В после годы увеличивается количество работ, указывающих на участие в процессе венозного тромбообразования аутоиммунноагрессии, которая способствует развитию и прогрессированию венозной недостаточности. В начальных стадиях заболевания антигенными свойствами обладает только венозная стенка, а при дальнейшем прогрессировании патологического процесса этими качествами обладают и окружающие сосуд ткани. Коррекция гемокоагуляции и иммунологического статуса больных с тромбозами вен нижних конечностей будет способствовать ранней реканализации и улучшит результаты лечения.

Цель работы изучить коагулирующий и иммунологический статус в центральном и региональном кровотоке при венозных тромбозах нижних конечностей с целью патогенетического обоснованного воздействия на гемокоагуляцию и иммунный статус при лечении данной категории больных.

Материал и методы исследования. Были обследованы 84 больных с венозными тромбозами нижних конечностей. Из них у 58 был диагностирован острый тромбоз глубоких вен и у 26 поверхностных. Мужчин было – 38 и женщин – 46. Непосредственной причиной заболевания у 22% были воспалительные заболевания и инфекция, оперативные вмешательства и травма – 19,5%, сердечно-сосудистые заболевания – 17%, варикозная болезнь – 14,5%. Другие причины (онкологические, внутривенные инфузии, переохлаждения, физические перенапряжения) – 13%. В 15 % случаев причина не установлена. Исследование данной категории больных выявило, что в первые 3 суток после появления первых клинических признаков заболевания поступило 21 (25%), основная группа больных поступила на 4-8 сутки заболевания 63 (75%). Это связано с продромальной стадией заболевания, когда в период формирования первичного тромба в вене отсутствуют выраженные нарушения гемодинамики в конечности.

Кровеносная система исследована с помощью ультразвуковой доплерографии. Для определения состояния гемокоагуляции и иммунного статуса у

больных утром производилось взятие крови из локтевой вены (общий кроваток). С целью оценки гемокоагуляции и иммунологического статуса в близи очага тромбоза и в перивазальной ткани забор крови производили из бедренной вены в участке, не поражённой тромбозом (региональный кроваток).

Оценка иммунного статуса включала исследование относительного количества Т-лимфоцитов и их субпопуляций – теофиллинрезистентные (Т-хелперы) и теофиллинчувствительные (Т-супрессоры) которые определяли методом спонтанного розеткообразования. Содержание сывороточных иммуноглобулинов класса А, М и G определялось методом радиальной иммунодиффузии по Манчини. Контрольную группу составили 24 практически здоровые лица.

У больных с тромбозами глубоких вен имелись выраженные изменения гемокоагуляции как в центральном, так и региональном кровотоке. Это характеризовалось уменьшением времени свертываемости крови, а также времени рекальцификации плазмы, повышением содержания фибриногена. Снижалось фибринолитическая активность крови. При этом фибринолитическая активность, несмотря на выраженную гиперкоагуляцию замедлялось в региональном кровотоке, что связано, прежде всего, со снижением уровня местных факторов фибринолитической активности.

Всё это отражало сдвиги функционального состояния свёртывающей и противосвёртывающей систем. Таблица №. 1.

Таблица 1. Показатели коагулограммы в центральном и региональном кровотоке у больных с тромбозами глубоких вен (n-72)

Показатели	Норма (n-26)	Тромбоз глубоких вен	
		Центральный кроваток	Региональный кроваток.
Время свёрт. крови (мин)	4,2±0,5	4,0±0,3	3,7±0,3
ПТИ (%)	84±1,3	92±2,5	98±2,3
Толерант. плазмы к гепарину (мин)	8,5±0,5	7,7±0,5	6,7±0,6
Время рек. плаз. (сек).	110±5,2	123±4,1	129±3,3
Тромботест (степень)	IV	IY-Y	Y-YI
Фибриноген (г/л)	2,76±0,11	3,65±0,16	4,05±0,26
Фибринолит. активн. (мин)	220±3,4	188±4,8	176±5,1

Исследование больных показало, что время свертываемости крови сокращалось у 70% больных в центральном и еще более - в региональном кровотоке в сравнении со здоровыми ($4,2 \pm 0,5$ мин.) и составили соответственно $4,0 \pm 0,5$ и $3,7 \pm 0,3$ мин. Толерантность плазмы к гепарину у 82% сокращалась в центральном и региональном кровотоке в сравнении со здоровыми ($8,5 \pm 0,5$) и составили соответственно $7,7 \pm 0,3$ мин. ($p > 0,05$) и $6,1 \pm 0,2$ мин. ($p < 0,05$). Количество фибриногена увеличивалось у 93% больных и составляло в центральном кровотоке $3,65 \pm 0,16$ г/л и в региональном $4,68 \pm 0,30$ г/л по отношению к здоровым ($2,76 \pm 0,11$) было достоверно повышено ($p < 0,05$). Фибриноген В выявлялся у 90% больных в центральном кровотоке и у всех больных в региональном. Несмотря на выраженную гиперкоагуляцию у 95% больных была угнетена противосвертывающая система. Так отмечалось понижение фибринолитической активности в среднем до $188 \pm 4,8$ в центральном и до $176 \pm 5,5$ мин. в региональном кровотоке по отношению к здоровым ($220 \pm 7,3$ мин.), что было достоверно снижено ($p < 0,05$).

Таким образом, проведенные исследования выявили, что у пациентов с острыми тромбозами глубоких вен нижних конечностей по данным коагулограммы в центральном кровотоке вышеперечисленные показатели умеренно отклонялись от нормы тогда как в региональном кровотоке отмечены значительные сдвиги в сторону гиперкоагуляции.

Исследование клеточного иммунитета у больных с острым тромбозом глубоких вен выявило, что содержание относительного процента Т-лимфоцитов у данной группы больных составило $49,5 \pm 1,1\%$, а абсолютное его количество – $788 \pm 46,5$ кл/мкл в то время как в региональном - $46,7 \pm 0,9\%$ и $717,3 \pm 43,5$ кл/мкл соответственно ($P < 0,01$). Количество относительного процента Тф резистентных лимфоцитов в центральном кровотоке составило $37,1 \pm 0,8\%$, абсолютное количество - $292,5 \pm 25,7$ кл/мкл, а в региональном соответственно $35,9 \pm 0,7\%$ и $257,5 \pm 21,7$ кл/мкл. Эти показатели по сравнению с контрольной группой здоровых лиц ($39,1 \pm 1,2$ и $386,3 \pm 31,5$) были умеренно снижены ($p < 0,05$). Исследование Тф чувствительных Т лимфоцитов выявило, что их количество составило в центральном кровотоке $12,4 \pm 1,0\%$ и абсолютное количество – $97,8 \pm 17,8$ кл/мкл, а в региональном соответственно - $10,2 \pm 1,2\%$ и $73,1 \pm 16,2$ кл/мкл, что по отношению к контрольной группе здоровых лиц ($18,3 \pm 0,8$ и $180,8 \pm 16,5$) было значительно снижено ($P < 0,05$).

Таким образом, у больных с острыми тромбозами глубоких вен было снижено количество теофиллинчувствительных Т лимфоцитов и менее выраженное подавление теофиллинрезистентных Т лимфоцитов. Данные представлены в таблице N° 2.

Таблица 2. Показатели клеточного иммунитета в центральном и периферическом кровотоке у больных острыми тромбозами глубоких вен нижних конечностей (n-40)

Показатели		Пракически здор. лица (n-24)	Центральный кро-	регионарный кро-
			воток	воток
Т%-лимфоц	Относит	57,6±1,5	49,5±1,1	46,7±0,9
	Абсолют	988±39,4	788+46,5	717,3+43,5
Тф.рез. лим- фоциты		Относит	39,1±1,2	37,1±0,8
	Абсолют	386,3±31,5	292,5+25,7	257,5+21,7
Тф.ч. лимфо- циты		Относит	18,3±0,8	12,4±1,0
	Абсолют	180,8±16,5	97,8+17,8	73,1+16,2

Исследование гуморального звена иммунитета показало увеличение концентрации иммуноглобулина класса А в 55% случаев где он в центральном кровотоке составлял $3,02 \pm 0,2$ г/л и в региональном $3,24 \pm 0,4$ г/л в контрольной группе он составлял $2,68 \pm 0,25$ г/л ($p > 0,05$). При этом имелось выраженное повышение концентрации иммуноглобулина М у 85% больных в центральном кровотоке до $1,96 \pm 0,32$ г/л и в региональном до $2,35 \pm 0,28$ г/л в сравнении с контрольной группой - $1,32 \pm 0,3$ г/л ($p < 0,05$). Повышалось концентрация иммуноглобулинов класса G в 60% случаев в центральном кровотоке до $14,9 \pm 0,4$ г/л ($p < 0,1$) и в региональном до $16,7 \pm 0,3$ г/л ($p < 0,001$) в сравнении с контрольной группой здоровых лиц – $13,3 \pm 0,5$ г/л. Данные представлены в таблице N° 3.

Таблица 3. Показатели иммуноглобулинов в общем и регионарном кровотоке

Показатели (г/л)	практичес. здор.лица (n-24)	центральный кровоток	Регионарный кровоток
A	2,68±0,2	3,02±0,2	3,24±0,3
M	1,32±0,3	1,96±0,32	2,35±0,26
G	13,36±0,8	14,9±0,4	16,7±0,2

Таким образом, у больных с острыми тромбозами нижних конечностей имелось нарушение в иммунном статусе характеризующееся как снижение клеточного иммунитета, которое выражается в уменьшении субпопуляций Т-хелперов и Т-супрессоров, а гуморальное звено иммунитета характеризовалось умеренным повышением всех классов иммуноглобулинов в центральном кровотоке и более выраженными сдвигами в региональном кровотоке.

ВЫВОДЫ:

1. Проведенные исследования выявили, что у пациентов с острыми тромбозами вен нижних конечностей имелось повышение свертывающей и снижение антисвертывающей системы крови. Нарушения в иммунном статусе характеризовались снижением клеточного и увеличением гуморального иммунитета. При этом выявлены преимущественные изменения в региональном кровотоке.

2. У больных с острыми тромбозами нижних конечностей исследование регионального кровообращения позволяет выявить степень автономности процесса которые в значительной степени влияют на развитие и исход патологического процесса.

3. Комплексная оценка состояния реактивности организма необходимо для патогенетическом подходе к лечению данной категории больных.

ОСТРАЯ ОККЛЮЗИЯ ЛЕГОЧНОГО СТВОЛА ПРОТЯЖЕННЫМИ ФЛОТИРУЮЩИМИ ТРОМБОЭМБОЛАМИ КАК НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ ВЕНОЗНОЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ

Гаврилов Е.К., Пелешок А.С., Наумов А.Б., Хубулава Г.Г.

Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования — ретроспективно на основании анализа серии клинических случаев изучить особенности клинической картины острой эмболии легочного ствола и оценить возможности хирургического лечения по спасению жизни таких пациентов.

Материал и методы. С января 2018 г. по декабрь 2021 г. под наблюдением находились 4 пациента с эмболией легочного ствола протяженными флотирующими тромбами. Эмболия легочного ствола диагностирована у 2 пациентов при нахождении в лечебном учреждении, у 2 пациентов — интраоперационно. Все случаи характеризовались остановкой кровообращения, реанимационными мероприятиями до или в ходе экстренных оперативных вмешательств. У 3 пациентов на дооперационном этапе выявлены флотирующие тромбоэмболы правых камер сердца. У одной больной отмечена парадоксальная эмболия через открытое овальное окно в магистральные артерии нижних конечностей.

Результаты. Всем пациентам произведена открытая тромбэмболэктомия из легочного ствола и легочных артерий в условиях искусственного кровообращения и холодной кровяной кардиopleгии, у 2 пациентов также произведено удаление флотирующих тромбов правых камер сердца (у одного пациента тромбы из правых камер сердца во время вводного наркоза мигрировали в легочный ствол). В течение 30 сут госпитализации скончались 2 пациента: на 5-е сутки от рецидива ЛЭ и на 26-е сутки от полиорганной недостаточности и сепсиса. Осложнения развились у 3 пациентов. На настоящий момент один пациент жив. Один больной скончался через 8 мес после вмешательства от прогрессирования рака.

Заключение. Массивная эмболия легочного ствола протяженными флотирующими тромбами — крайне опасная патология сердечно-сосудистой системы, а возможности спасения таких пациентов ограничены даже при ее развитии в специализированном стационаре.

КОМПРЕССИОННОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ БОЕВОЙ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ СОСУДИСТОЙ ТРАВМЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Гаврилов Е.К., Зохранов Ф.И., Рамазанов А.Ю., Хасанов А.Р.,
Хубулава Г.Г.

Санкт-Петербург, Москва, Россия

Цель исследования. По данным компрессионного ультразвукового исследования (КУЗИ) изучить структуру боевой огнестрельной сосудистой травмы нижних конечностей у раненых в ранние сроки с момента ее получения.

Материал и методы. Ретроспективно оценены результаты КУЗИ у 347 раненых с боевой огнестрельной травмой нижних конечностей, находившихся на передовом этапе оказания ранней специализированной медицинской помощи в период с 01.05.22 по 01.09.22 в ходе специальной военной операции на территории Донбасса. Все раненые — лица мужского пола, их средний возраст составлял $32,7 \pm 8,8$ года. Среднее время, прошедшее с момента получения огнестрельной боевой травмы, составило $257,8 \pm 109,3$ мин. Исследование магистральных артерий и вен нижних конечностей проводили с помощью стационарных и портативных ультразвуковых сканеров в триплексном режиме (В-режим, режим цветового доплеровского сканирования, режим импульсной доплерометрии) линейными (8—10 МГц) и при необходимости конвексными (3—5 МГц) датчиками.

Результаты. Боевая огнестрельная сосудистая травма нижних конечностей выявлена у 29 (8,4%) раненых. В период 4—6 ч с момента получения боевой огнестрельной травмы наиболее часто наблюдались признаки артериального перерыва (бокового ранения или пересечения) нижних конечностей — у 23 (79,3%) раненых. При этом из них у 21 (72,4%) раненого отмечено сочетанное повреждение магистральных артерий и вен нижних конечностей. В большинстве случаев артериального перерыва повреждалась подколенная артерия или тibiоперонеальный ствол — у 17 (58,6%) раненых. Наиболее частым вариантом сосудистой травмы оказалось сочетанное повреждение подколенной артерии / тibiоперонеального ствола с повреждением и сегментарным тромбозом подколенной вены, и/или берцовых вен, и/или венозных синусов голени — у 15 (51,8%) раненых. Предложен оригинальный способ ультразвуковой диагностики артериального перерыва при огнестрельных ранениях нижних конечностей. Тромботическое поражение магистральных сосудов отмечено у 27 (93,1%) раненых, в абсолютном большинстве случаев оно являлось сегментарным и сопутствовало имеющемуся артериальному и/или венозному перерыву. При отсутствии непосредственного прямого повреждения тромбоз магистральных артерий нижних конечностей выявлен у 2 (6,9%) раненых, тромбоз магистральных глубоких вен — у 1 (3,4%) раненого.

Заключение. В раннем периоде травматической болезни основным видом боевой огнестрельной сосудистой травмы нижних конечностей является артериальный перерыв (боковое ранение или пересечение магистральных артерий). На

втором месте по частоте встречаемости находится сочетанное прямое механическое повреждение магистральных артерий и вен нижних конечностей. Первичное контузионное тромботическое поражение магистральных сосудов нижних конечностей при отсутствии их прямого повреждения в ранние сроки с момента получения травмы отмечается у единичных пациентов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИЙ

Егорова Е.А., Калинин Р.Е., Сучков И.А., Жильцова Е.Е.

Рязань, Россия

Цель: Сравнение эффективности и безопасности лечения телеангиэктазий на лице Nd:YAG лазером с длиной волны 1064 нм и технологией MicroPulse 650 мкс и устройством с E-Light-технологией, представляющей синергизм IPL (Intense Pulsed Light) и радиочастотного RF-воздействия.

Материал и методы: 20 пациентов мужского и женского пола возрастной категории от 20 до 70 лет с I-III фототипом кожи по Фитцпатрику были разделены на 2 группы, по 10 человек в каждой. Для рандомизации пациентов был выбран метод случайных чисел. Каждому пациенту был проведен сеанс лазерной облитерации телеангиэктазий на лице. В первой группе облитерация осуществлялась с использованием Nd:YAG лазера с длиной волны 1064 нм и технологией MicroPulse 650 мкс. Во второй группе облитерация осуществлялась аппаратом IPL (Intense Pulsed Light), совмещенном с радиочастотным RF-воздействием. Критериями исключения из исследования стали: беременность и лактация; активная инсоляция в анамнезе за 14 дней до лазерного воздействия; прием фотосенсибилизирующих препаратов; наличие онкологических заболеваний; наличие острых или хронических заболеваний кожи в стадии обострения и травмы кожного покрова в месте предполагаемого воздействия; соматические заболевания в стадии декомпенсации; тяжелые психические расстройства. В 1 группе сеанс облитерации телеангиэктазий на лице с использованием Nd:YAG лазера (длина волны 1064 нм, длительность импульса 650 мкс) проводился на следующих параметрах: диаметр пятна 2 мм, плотность потока энергии от 127 до 191 Дж/см². Предварительное и параллельное охлаждение кожных покровов у каждого пациента в первой группе осуществлялось контактным способом с использованием кубиков льда. Во 2 группе сеанс облитерации телеангиэктазий на лице аппаратом IPL (Intense Pulsed Light), совмещенном с радиочастотным RF-воздействием проводился на параметрах: размер пятна 8 x 40мм, плотность потока энергии IPL 19-21 Дж/см², RF 3 Дж/см³. Предварительное и параллельное охлаждение кожных покровов у каждого пациента во второй группе осуществлялось контактным способом, с использованием сапфирового наконечника (t° сапфирового стекла -2°C). В течение периода наблюдения, составившего 1 месяц, пациентам проводилась макрофотосъемка и дерматоскопия сосудистых поражений

лица с целью оценки динамики процесса облитерации, а также анализировались постпроцедурные субъективные ощущения по визуально-аналоговой шкале.

Результаты исследования:

	1 группа (n=10)	2 группа (n=10)	U=
дерматоскопия телеангиэктазий до лазерной облитерации (n±m)	53,2 ± 45,54	14,0 ± 7,67	0,012612
дерматоскопия телеангиэктазий через месяц после лазерной облитерации (n±m)	22,7 ± 21,44	8,4 ± 4,88	0,121225
оценка субъективных ощущений по ВАШ сразу после лазерной облитерации (n±m)	5,2 ± 1,23	6,3 ± 0,82	0,053903

Статистическая значимость рассматриваемых выборок достоверна.

Количество телеангиэктазий у пациентов первой группы после 1 сеанса лазерной облитерации уменьшилось на 57,3%, во второй группе - на 40%. Постпроцедурных осложнений у пациентов, включенных в исследование, не наблюдалось.

Заключение: Эффективность одного сеанса облитерации телеангиэктазий на Nd:YAG лазере с длиной волны 1064 нм и технологией MicroPulse 650 мкс выше на 17,3%, чем на устройстве с E-Light-технологией. По результатам оценки субъективных ощущений с помощью визуально-аналоговой шкалы, процедура на Nd:YAG лазере также переносилась пациентами комфортнее. Nd:YAG лазер и аппарат с E-Light-технологией являются безопасными устройствами, так как ни в одной из групп не было получено постпроцедурных осложнений.

РОЛЬ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ СЕПСИСА. 10 ЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ГОСПИТАЛЯ

Есипов А. В., Мусаилов В. А., Филиппов А.В., Кисленко А.М.
Харитонов В.В.

Красногорск, Россия

Основная функция лимфатических сосудов — удаление из интерстициального пространства тканей белков и других веществ с молекулярным весом свыше 20 000 дальтон (бактерии, вирусы и их токсины — это миллионы дальтон), которые не могут всасываться в венозной части капилляров — облигатная лимфатическая нагрузка по Foldi.

Таким образом, при развитии воспаления лимфа является самой высокотоксичной биологической средой организма, но возможности дренирующей функции лимфатической системы не беспредельны и при определённых обстоятельствах: (обширность воспалительного процесса, например, разлитой перитонит, а не местный, возрастная и приобретённая иммунодепрессия, высокая вирулентность возбудителя и др.) происходит блокирование периферических лимфатических сосудов и лимфоузлов, что приводит к лимфостазу в области воспаления.

Далее, в интерстиции появляется большое количество протеолитических ферментов. Давление воспалительного экссудата в межклеточном пространстве не может увеличиваться бесконечно и когда оно начинает превышать давление в венозной части кровеносного капилляра, стенки которого повреждаются протеолитическими ферментами начинается сброс воспалительного экссудата из интерстициального пространства очага воспаления напрямую в кровеносную систему, развивается Сепсис.

Прямое поступление воспалительного экссудата в кровь, минуя лимфатическую систему с её мощным дезинтоксикационным аппаратом, приводит к выраженному токсическому поражению печени, почек, сердечно-сосудистой системы, мозга – развивается синдром полиорганной недостаточности.

Именно поэтому эндолимфатическое введение антибиотиков и иммуномодуляторов, антиоксидантов, антикоагулянтов является патогенетически обоснованным. Лекарственное насыщение ЛС позволяет создать высокие терапевтические концентрации антибиотиков и других лекарственных препаратов на путях движения бактериальных факторов, улучшить реологию лимфы, что позволяет разблокировать воспалённые ЛУ, ликвидировать токсическое депо в воспалённых тканях и уменьшить вероятность ограничения и абсцедирования воспалительных инфильтратов.

Высокообъёмная прямая эндолимфатическая терапии в лечении тяжёлых форм воспаления.

Учитывая ведущую роль лимфатической системы в патогенезе воспалительных заболеваний и в дальнейшем развитии её тяжёлых форм, приводящих к сепсису, одной из главных задач является восстановление её нарушенных функций, а именно:

1. ликвидация лимфостаза и восстановление дренажной функции лимфатической системы, что приведёт к ликвидации «токсического депо» в интерстициальном пространстве, уменьшению отёка и восстановлению пассажа лимфы далее по лимфососудам в лимфоидную ткань,

2. санация высокотоксической лимфы, поступающей из очагов воспаления антимикробными препаратами до поступления её в кровеносное русло и развития общего эндотоксикоза,

3. восстановление временно утраченных функций клеток иммунной системы (Т и В лимфоциты, макрофагов, плазматических клеток и др.), которые до 90% находятся в лимфатической системе.

Выполнение этих задач возможно с помощью лекарственного насыщения лимфатической системы, посредством **прямой высокообъёмной эндолимфатической терапии**, при этом особое значение имеет лимфатическое русло нижних конечностей, так как при введении лекарственных препаратов именно в эти сосуды происходит их прямое поступление в лимфатическое русло паховой,

подвздошных областей, забрюшинного пространства, в лимфатическое русло брюшной и грудной полостей и во всю систему грудного протока.

Операция дренирование периферического лимфатического сосуда на нижней конечности осуществляется через небольшой разрез под местной анестезией в верхней трети голени или в средней бедра, код операции А16.06.010 (приказ № 804н Минздрава РФ от 13.10.2017 г.). Далее через установленный микродренаж (рег. удостоверение на мед. изделие № ФСР 2008/03909 от 03.10.2017г.) с помощью инфузомата производится введение лекарственных препаратов, со строго определённой скоростью от 12 до 30 мл в час, скорость введения зависит от диаметра лимфатического сосуда, толщины его стенок, проходимости лимфатического русла, и определяется хирургом в конце операции.

С 2013 по 2023 год в ²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр высоких медицинских технологий — Центральный военный клинический госпиталь имени А. А. Вишневского» МО РФ произведено свыше 2500 операций дренирование периферического лимфатического сосуда (код А16.06.010). Если первые годы эти операции производились эпизодически (1 – 2 операции в месяц), то только за 2021 и 2022 годы произведено 802 операции, из них: 750 операции произведены у пациентов 33 отделения и 52 операций у пациентов в реанимационных отделениях. За 2023 выполнено 522, из них 120 в реанимациях.

Основными показаниями для производства прямой высокообъёмной эндолимфатической терапии являются тяжёлые гнойно- септические заболевания и неэффективность традиционной антибиотикотерапии. Средние сроки проведения лечения – 16,2 дней, минимально – 5 дней, максимально – 58 дней.

Осложнения:

Экстравазация вводимых препаратов. Чаще возникает при дренировании коллекторов малых диаметров, с тонкой стенкой и при превышении скорости введения. При сроках лечения более 10 – 12 суток, лечение прекращается, при более коротких сроках и при необходимости продолжить лечение, производится дренирование в другом месте. Встречается примерно в 5 – 7% случаев.

ТЕПЛОВИЗИОННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИМФЕДЕМЫ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ИХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Есипов А.В., Филиппов А.В., Кисленко А.М., Долгов И.М., Харитонов В.В., Романюк Н.А., Шалыгин К.Н.

Москва, Красногорск, Россия

Своевременная дифференциальная диагностика лимфедемы и хирургической инфекции мягких тканей нижних конечностей и их сочетание при их отеках

подкожной клетчатки является залогом успеха эффективного лечения. Верификация очагов хирургической инфекции в первые сутки поступления в стационар у пациентов с отеком подкожной клетчатки нижних конечностей до настоящего времени является проблемой. Нами в течение 5 лет используется метод тепловидения или термографии. Следует отметить, что в Российской Федерации тепловидение включено в номенклатуру медицинских услуги относится к работам и услугам по функциональной диагностике, при этом первичный анализ результатов функциональных исследований может проводиться лечащим врачом.

Цель работы. Изучить возможность диагностика лимфедемы и хирургической инфекции мягких тканей нижних конечностей.

Материалы и методы. 127 пациентов, проходивших лечение в отделении гнойной хирургии с лимфедемой, хирургической инфекцией мягких тканей нижних конечностей и их сочетанием, были разделены на две группы. I группа - контрольная 56 пациентов, диагностика и лечение, которым проведено по общепринятым протоколам. Во II группу вошли 71 пациентов, которым к общепринятым протоколам диагностики и лечения применяли телевизионную диагностику с целью поиска очагов хирургической инфекции. Критерии включения: модель пациента - взрослые, температура тела при первичном осмотре - менее 38,5 0С, длительность после возникновения хирургической инфекции и перенесенной травмы - без ограничений.

Результаты. Составлена таблица сопряженности результатов термографии и рентгенографии, КТ, МРТ. Во II группе 38 из 71 пациентов (53,5%) локализация очагов инфекции была верифицированы с помощью термографии и подтверждены другими инструментальными методами диагностики представляли собой хроническое рожистое воспаление. Поводилось комплексное лечение рожистого воспаления. Повторное проведение термографии позволяет наблюдать в динамике эффективность проводимого лечения.

Выводы: тепловизионная диагностика может быть рекомендовано в качестве метода ранней диагностики между инфекционно-воспалительного очагов хирургической инфекции и лимфедемой нижних конечностей и метода контроля эффективности проводимого лечения у пациентов разных профилей в многопрофильном стационаре.

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВУЛЬВАРНЫМ ВАРИКОЗОМ. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВУЛЬВАРНЫМ И ПРОМЕЖНОСТНЫМ ВАРИКОЗОМ

Жураева Ш.С. Умаров Ф.Р.

Ташкент, Республика Узбекистан

Вульварный варикоз — частая венозная патология, выявляемая у пациентов с варикозной болезнью таза и нижних конечностей, беременных женщин.

Диагностика ВВ не требует применения специальных методов исследования. Его обнаружение диктует необходимость изучения состояния внутритазовых вен, а в случае сочетания с беременностью — дальнейшего наблюдения и обследования в послеродовом периоде.

Цель исследования: Разработать оптимальную тактику лечения пациентов с вульварным варикозом в условиях амбулаторного звена здравоохранения Республики Узбекистан.

Материал и методы. Были проанализированы результаты лечения 252 пациенток с вульварным варикозом.

Во время клинического обследования на гинекологическом кресле учитывались визуальные проявления болезни, жалобы пациенток, влияние варикоза на качество жизни, при доплерографии – расширенное влагалищное венозное сплетение, промежностные перфорантные вены, пелвиоперинеальный рефлюкс.

Исследуемые были поделены на 3 группы:

Первую группу составили пациентки с бессимптомным течением болезни – 110 (43,8%) (S0V3bPpelv,r,nt).

Вторая группа – пациентки с умеренно выраженными симптомами – переходящие боли во время менструации и диспареуния – 86 (34,1%) (S3V3abPpelv,r,nt).

Третья группа пациентки с выраженными симптомами венозного тазового полнокровия – боли тянущие, ноющие, жгучие с концентрацией в нижних отделах живота, с иррадиацией в промежность, прямую кишку, достигающие максимума в период менструации (альгодисменорея) и диспареуния – 56 (22,1%) (S3V3abPpelv,r,nt).

Пациенткам второй и третьей групп была предложена МРТ флебография вен малого таза.

Пациенткам всех групп была проведена эхоконтролируемая склерооблитерация варикозных вен промежности, вульвы, несафенных вен задне-медиальной поверхности бедра, с учетом точек выхода перфорантных вен из таза.

Результаты. В первой группе у всех 110 (100%) пациенток наблюдался хороший клинический результат, варикозно–трансформированные вены облитерировались и в течение года рассосались. В течение 2 лет рецидив не наблюдался.

Во второй группе у 86 пациенток также наблюдался хороший клинический результат, жалобы и симптомы полностью ликвидированы. Однако, у 10 (11,6%) пациенток в течение 2 лет наблюдался рецидив – появились варикозно расширенные вены в области вульвы и промежности, с болевой симптоматикой.

У представительниц третьей группы также отмечались хорошие результаты после склерооблитерации варикозных вен, жалобы сведены к минимуму. Однако, в течение полугода у 19 (34,1%) пациенток наблюдалось прогрессирование симптоматики и появление варикозных вен в области вульвы и промежности.

Пациентки второй и третьей групп были направлены на рентген-эндоваскулярное вмешательство.

Выводы. Эхоконтролируемая склерооблитерация варикозных вен наружных половых органов, с учетом точек выхода ПВ из таза, дает хорошие результаты в лечении вульварного и промежностного варикоза и минимизации симптомов твн.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВОГО ТРОМБОЗА НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

Заваруев А.В., Мазуренко А.А.

Благовещенск, Россия

Цель: проанализировать непосредственные результаты хирургического лечения больных с опухолевой инвазией нижней полой вены.

Материал и методы: в исследование включены 30 пациентов с опухолевой инвазией нижней полой вены на фоне злокачественных новообразований почек. Среди них 25 мужчин и 5 женщин, с возрастной медианой 62 года (ранжированный возраст 38-80 лет). Четвертая стадия онкопроцесса диагностирована у 13 пациентов: за счет олигометастазирования (легкие, контрлатеральный надпочечник, головной мозг, кость) или местно-распространенного роста. Для распределения пациентов по уровню опухолевой инвазии нижней полой вены использовали широко распространенную классификацию клиники Мейо, согласно которой выделяют 5 уровней инвазии. С учётом этой классификации у десяти больных определен 0 уровень опухолевой инвазии нижней полой вены, ещё у семи - 1 уровень, у пяти - 2 уровень, у шестерых - 3 уровень и у двоих 4 уровень. Источником опухолевого роста в большинстве случаев была правая почка (76%).

Результаты: все пациенты оперированы планомерно после соответствующей предоперационной подготовки. Неoadьювантная терапия не проводилась. На этапе подготовки к операции один больной умер в результате массивной эмболии легочной артерии (исключен из исследования). В качестве первого этапа хирургического лечения у 3-х пациентов первым этапом выполнена эмболизация почечной артерии, ещё у одного пациента, с нарушенной функцией второй почки, превентивно сформирована артерио-венозная фистула. При наддиафрагмальном уровне инвазии оперативным доступом выбрана стернолапаротомия, у остальных срединная тотальная лапаротомия. Вариантом вмешательства на нижней полой вене при 1-4 уровне инвазии у десяти пациентов была тромбэктомия из нижней полой вены с пластикой или обычным ушиванием, у остальных десяти пациентов тромбэктомия с протезированием нижней полой вены, в том числе у двоих с реплантацией контрлатеральной почечной вены в протез. Нефрэктомия во всех случаях выполняли после реконструктивного этапа на нижней полой вене. Для протезирования и пластики нижней полой вены использовали протезы из политетрафторэтилена. Протезирование выполняли при прорастании опухоли в стенку нижней полой вены. Независимо от характера регионарного метастазирования в обязательный объём операции входила аорто-кавальная лимфодиссекция. При местно-распространенном процессе и солитарных отдаленных внутрибрюшных или забрюшинных метастазах выполняли резекцию скомпрометированных органов. Искусственное кровообращение не применялось. В двух случаях при наддиафрагмальном уровне инвазии применяли центрифужный ве-

но-венозный обход. Тромбозов реконструированных сегментов нижней полой вены зафиксировано не было. Послеоперационные осложнения составили 23%, среди которых: связанные с повреждением лимфатических коллекторов, пневмоторакс, кровотечение, острая кишечная непроходимость, инсульт, перфорация двенадцатиперстной кишки с перитонитом. Летальность в раннем послеоперационном периоде составила 6,6% (2 пациента). Смерть первого пациента была обусловлена перфорацией двенадцатиперстной кишки и развившимся перитонитом, у второго в результате ишемического инсульта.

Выводы: на сегодняшний день реконструктивные операции на нижней полой вене не имеют альтернатив в хирургическом лечении опухолевой инвазии нижней полой вены и являются единственным результативным способом продления жизни пациента даже при наличии отдаленных метастазов и высоком уровне развития послеоперационных осложнений.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ФОРМИРОВАНИЯ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ ФИСТУЛ НА ПРЕДПЛЕЧЬЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АУТОЛОГИЧНОЙ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ

**Землянников И. Д., Журавель В. В., Панков А. Н., Семитко С. П.,
Степанов А. В., Гетажеев К. В., Ферзалиева З. Р., Попов Р. Ю.,
Абраменко В. Э.**

Москва, Россия

Цель. Провести анализ результатов формирования артериовенозных фистул (АВФ) с использованием аутологичной большой подкожной вены (БПВ) у пациентов с диаметром сосудов на обеих верхних конечностях, недостаточным для формирования классических АВФ, в раннем и среднеотдаленном периодах

Методы. В исследование были включены 47 пациентов, которым были сформированы АВФ на предплечье не доминантной руки с применением БПВ. Все операции были выполнены в отделении кардиохирургии Научно-Практического Центра Интервенционной Кардиоангиологии (Сеченовский университет) с февраля 2022 года по апрель 2023 года.

Для участия в исследовании были отобраны пациенты с диаметром *a. radialis* или *a. ulnaris* менее 2 мм в диаметре, а *v. cephalica* или *v. basilica* менее 2,5 мм и скоростью объемного кровотока по *a. radialis* менее 300 мл/мин в месте предполагаемого формирования анастомоза на предплечье. *v. basilica* и *v. cephalica* также были не пригодны для выполнения фистулы. В ходе предоперационной подготовки с помощью ультразвукового контроля подбирался пригодный для шунта

участок БПВ. Критерии выбора: диаметр от 2,5 до 6 мм, отсутствие варикозного расширения, флебитов и тромбозов. Контроль АВФ проводился с помощью осмотра и УЗИ АВФ на 10, 30, 90 сутки и через 12 мес. после операции

Результаты. За время наблюдения 3 (6,3%) пациента с функционирующими АВФ были из исследования из-за смерти от основного заболевания. В раннем послеоперационном периоде несостоятельность АВФ была выявлена в 2 (4,2%) случаях из-за недостаточного потока по АВФ, что потребовало повторного вмешательства. Первичная проходимость через 10 дней, 30 дней, 90 дней и 12 месяцев соответственно составила 90,7%, 90,7%, 88,9%, 83,3%. Выполнение программного гемодиализа было возможно на 12 сутки ($\pm 2,7$ дней).

Выводы. Использование аутологичной БПВ для формирования АВФ продемонстрировало удовлетворительные результаты. На наш взгляд этот метод является недооцененным. Использование аутологичной БПВ можно рассмотреть в качестве альтернативы применения сосудистого протеза. Требуется продолжение исследования для определения более точных показаний к использованию этого метода и проведение сравнительного анализа с использованием синтетических сосудистых протезов с большим количеством наблюдений.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Золкин В.Н., Омельчук А.М.

Москва, Россия

Цель: оценить эффективность и безопасность применения половинной дозировки тромболитического препарата при селективном введении, а также при использовании его в комбинации с аспирационной тромбэктомией у пациентов с ТЭЛА, имеющих высокие и промежуточные риски ранней смерти. Улучшить профилактику рецидива ТЭЛА в сложных клинических ситуациях.

Материалы и методы: Изучены результаты обследования и лечения 1153 пациента с ТЭЛА проходивших лечение в ГБУЗ «ГКБ им. Д.Д. Плетнёва ДЗМ» с января 2008 по февраль 2024 года. Из них 392 пациентам проводилась реперфузионная терапия. Среди них 232 пациента имели высокий риск, 135 промежуточно-высокий и 25 промежуточно-низкий риск 30-дневной смерти. 87 % пациентов первоначально нуждались в дополнительной ингаляции O₂ (SpO₂ < 93% на воздухе). Реперфузионная терапия включала: системный тромболитизис - 364, селективный тромболитизис в половинной дозе 25 (из них 2 в сочетании с аспирационной тромбэктомией), механическая тромбэктомия – 4. После проведенной реперфузионной терапии оценивались показатели гемодинамики малого круга кровообращения по данным эхокардиографии, нормализации сатурации кислорода, клинического улучшения, проводился контроль течения венозного тромбоза. Пациентам с не

верифицированным источником ТЭЛА выполнялось МРТ-флебография вен малого таза/брюшной полости (7) и УЗДС трансвагинальным датчиком (3). Больным с тромбозом глубоких вен нижних конечностей в 29 % потребовалась профилактика рецидива тромбэмболии легочной артерии: перевязка поверхностной бедренной вены (в том числе с тромбэктомией из общей бедренной и наружной подвздошной вен) – 45, имплантация съёмного кава-фильтра - 71.

Результаты исследования: У 75% (273) после системного тромболизиса в полной дозировке наблюдался полный регресс дыхательной недостаточности. Сатурация кислорода возвратилась к нормальным ($SpO_2 > 93\%$) у 67% (244). СДЛА < 40 мм. рт. ст) у 31% (113). Геморрагические осложнения - 4,6% (17), из них 0,5% фатальных кровотечений (2). Селективный тромболизис в половинной дозе: полный регресс дыхательной недостаточности 78% (18), нормализовались показатели сатурации крови у 74%(17), СДЛА нормализовалось у 52% (12). Геморрагические осложнения - 4,3%(1). Летальность при локальном тромболизисе составила 4,3%, при системном тромболизисе 5,8% ($p>0,1$). У 2-х из 3-х пациентов с не верифицированным источником ТЭЛА при трансвагинальном ультразвуковым исследованием обнаружены тромботические массы в венах малого таза. При выполнении аспирационной тромбэктомии с селективным тромболизисом умер 1 пациент, которому вмешательство проводилось на фоне развившегося кардиогенного шока. После механической тромбэктомии умер 1 пациент. Использование МРТ- флебографии вен малого таза/брюшной полости не позволило выявить источник ТЭЛА.

Заключение: Регресс дыхательной недостаточности, нормализация гемодинамики по малому кругу кровообращения при использовании селективной тромболитической терапии в половинной дозировке приравнивается к системному при использовании полной дозировки тромболитического препарата. Селективная тромболитическая терапия позволяет снизить риск геморрагических осложнений. Комбинация аспирационной тромбэктомии с селективным тромблизисом улучшит результаты лечения пациентов с ТЭЛА. Использование трансвагинального ультразвукового исследования позволяет своевременно выявлять эмбологенный тромбоз вен малого таза и избежать рецидива ТЭЛА.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИО-ВЕНОЗНЫХ ФИСТУЛ КАК РАННИХ ПОСЛЕДСТВИЙ БОЕВОЙ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ СОСУДИСТОЙ ТРАВМЫ КОНЕЧНОСТЕЙ

Зохрабов Ф.И., Гаврилов Е.К., Ларин И.А., Хубулава Г.Г.

Санкт-Петербург, Москва, Россия

Цель: изучить особенности клинико-инструментальной картины раненых с артерио-венозными фистулами нижних конечностей как последствиями боевой

огнестрельной сосудистой травмы, а также и оценить ближайшие результаты открытого хирургического лечения этих пациентов.

Материал и методы: ретроспективно оценены результаты лечения у 71 раненого с огнестрельными повреждениями магистральных сосудов нижних конечностей, осложнившихся развитием травматической артерио-венозной фистулы магистральных сосудов, поступавших для оказания специализированной медицинской помощи в тыловые военно-медицинские учреждения с 1.01.2023 по 1.03.2024 гг., в ходе специальной военной операции. Все раненые были мужчины, средний возраст составил ($35,1 \pm 11,8$ лет).

Результаты исследования: у 66 военнослужащих ранения были осколочные, у 5 – пулевые огнестрельные ранения нижних конечностей. Сроки развития травматической артериовенозной фистулы составили от 4 до 42 дней с момента получения ранения. У 3 раненых с артерио-венозной фистулой, исходом осложнения явился разрыв стенки фистулы, что требовало экстренного оперативного вмешательства. Морфологически у 23 (32,4 %) раненых имелось артериовенозное соустье между бедренной артерией и веной, 31 (43,7 %) раненых – подколенной артерией и веной, у 5 (7 %) раненых – тibiоперонельным стволом и венами голени, у 12 (16,7 %) раненых между берцовыми артериями и берцовыми венами. Средняя длина поврежденного сегмента магистрального сосуда составила 4,2 см (от 1,8 см до 12 см). У 52 (73,2 %) пациентов ранящий снаряд интимно прилегал к стенке магистрального сосуда, то есть механически повреждал ее, однако признаков экстравазации при дополнительных методах исследований (УЗАС, КТ, ангиографии) не обнаружено. У 19 (26,8 %) пострадавших ранящий снаряд не имел прямого контакта с сосудистой стенкой, механизмом её повреждения, явилось воздействие баллистической головной ударной волны. Признаков развития тромбозов артерио-венозных фистул, при поступлении раненых, не зафиксировано. Всем пациентам выполнено открытое оперативное вмешательство по разобщению артерио-венозной фистулы и восстановлению артериального кровотока. При этом у 4 (5,6 %) раненых произведено наложение первичного шва, у 64 (90,2 %) – аутовенозное протезирование, протезирование синтетическим протезом выполнено в 3 (4,2 %) клинических случаях. При выполнении оперативного вмешательства связанного с разобщением артерио-венозной фистулы лишь в 12 (16,9 %) удалось сохранить кровоток в магистральных венах наложением краевого шва, в остальных случаях дефект венозной стенки не позволял ее восстановить, выполнялось прошивание вены. Случаев летального исхода не зафиксировано. В 30-дневный срок наблюдения в послеоперационном периоде у всех пациентов удалось добиться положительного клинического эффекта, критерием которого явилось отсутствие признаков недостаточности кровоснабжения конечностей. После операций разобщения артерио-венозных фистул и восстановления кровотока удалось избежать выполнения ампутаций конечностей у всех раненых. Из осложнений, отмеченных у 8 (11,2 %) пациентов имелось лишь развитие периферической невропатии в виде преходящих парестезий в дистальных сегментах конечностей.

Заключение: исходя из полученных результатов особенностями клинико-инструментальной картины травматических артериовенозных фистул после

огнестрельных ранений являются наличие пульсирующего образования с явным систолическим шумом при физикальном осмотре, высокие скоростные показатели кровотока в венах при УЗАС вен в проекции зоны ранения. При исследовании КТ АГ конечностей определяется вся картина артериовенозного сброса с его топографо-анатомическими характеристиками. С учетом повреждения сосудов среднего и малого калибра, короткого срока диагностики основного заболевания, признаков венозной недостаточности, перегрузок правых камер сердца и легочной гипертензии не наблюдается. В открытом хирургическом лечении данных видов осложнений огнестрельных повреждений магистральных сосудов конечностей основным вмешательством является линейное аутовенозное протезирование артерии в комбинации с ушиванием вены либо ее легированием и одномоментным удалением ранящего снаряда, что сопровождается отсутствием летальности и необходимости ампутаций конечностей.

ПЕННАЯ СКЛЕРОТЕРАПИЯ СТВОЛОВЫХ ФОРМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ибрагимова М.А. Эгамов Ю.С. Латипов Р.Ж.

Андижан, Республика Узбекистан

Варикозная болезнь нижних конечностей – расширение поверхностных вен, сопровождающееся несостоятельностью клапанов и нарушением кровотока. Согласно эпидемиологическим данным, различные формы этого заболевания встречаются у 26-28 % женщин и 10-20 % мужчин трудоспособного возраста. Последнее десятилетие ознаменовалось внедрением технологии — пенной склерооблитерации вен, основанной на введении препарата в форме мелкодисперсной пены. Склеротерапия в большей степени использовалась в лечении ретикулярного варикоза и сосудистых звездочек. С внедрением в клиническую практику инновационной технологии склерооблитерации вен с использованием пенной формы препарата и ультразвукового контроля процедуры, метод получил более широкое применение, в том числе и для лечения стволовых форм варикозной болезни.

Цель исследования: Анализ опыта применения пенной склеротерапии у больных со стволовыми формами варикозной болезни нижних конечностей.

Материалы и методы. Нами пролечено 38 пациентов с первичным варикозным расширением вен нижних конечностей. Из них мужчин – 18 (47%), женщин – 20 (53%). Возраст больных колебался от 18 до 56 лет. Больные находились в наиболее трудоспособном возрасте. Время от начала заболевания до поступления в стационар составляло от 2 до 12 лет. Во всех случаях отмечалось: отсутствие жалобы, единственными проявлениями заболевания были локаль-

но расширенные вены до 1,5 см в диаметре. Пациентам с варикозно расширенными венами выполнялась ультразвуковая доплерография (УЗДГ) вен нижних конечностей, при этом оценивалась проходимость глубоких вен голени и бедра. Основные правила техники выполнения пенной склеротерапии: элевации ноги, пережатия БПВ в паховой области датчиком или ребром ладони, ограничения объема склеропены (не более 10 мл за один сеанс), горизонтального положения пациента на протяжении 10—15 мин после введения пены и отказ от использования пены у больных с септальным дефектом. В основе метода пенная склеротерапии лежит на перекрытие кровотока в больном сосуде и вытеснение из него имеющейся крови. Далее происходит химическое обжигание стенок пораженной вены, приводящее к их склеиванию. В дальнейшем обработанный сосуды рассасываются.

Результаты исследования: В результате исследования показано, что малотравматичные методики хирургического лечения ВБВНК имеют выраженную клиническую и эстетическую эффективность медицинской помощи. При этом социальная эффективность определялась тем, что длительность госпитализации и сроки восстановления трудоспособности после малотравматичного хирургического лечения не превышали 5,0 дней, а после традиционного - 9,5 и 18,0 дней, соответственно. Отмечена выраженная экономическая эффективность медицинской помощи пациентам с ВБВНК, прооперированных с применением современной малотравматичной методики хирургического лечения.

Заключение. Пенная склеротерапия — инновационный, патогенетически обоснованный метод лечения варикозной болезни нижних конечностей с вертикальным рефлюксом. Он позволяет добиться хороших результатов при соблюдении определенных условий — средней степени расширения стволов вен (до 8—12 мм) и ультразвуковом контроле процедуры. Полученные данные свидетельствуют, что включение предлагаемых эфферентных способов склеротерапии в комплекс лечебных мероприятий у больных с осложненной варикозной болезнью нижних конечностей, предупреждает рецидив и осложнение.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С ДИАГНОЗОМ ВАРИКОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ ПРАВОЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ И ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ

Иванов С.В., Горбунов А.А., Бондарь Д.Г.

Симферополь, Россия

Введение. Заболевания лимфатической системы по данным некоторых авторов составляют от 10-12% от всех встречающихся заболеваний. Но на ряду с заболеваниями лимфы как лимфостаз идет венозная недостаточность, встреча-

ющаяся у женщин от 1% до 40% и у мужчин от 1% до 17%. При жалобах пациента на болезненность и отеки нижних конечностей следует проводить в первую очередь ультразвуковую звуковую диагностику лимфатических и кровеносных сосудов конечностей. Вот один из случаев болезни.

Цель работы. Уточнить важность оценки протока крови и лимфы по сосудам при жалобах больной.

Материалы и методы. Анализ жизни и истории болезни пациента до и после оперативного лечения.

Результаты и их обсуждение. Пациентка А., частный предприниматель, 53 года, 4 детей с большой разницей в возрасте (4 года, 16 лет, 18 лет-мальчики, 28 лет девочка). Первое обследование УЗИ 03.11.2021г. на основании жалоб на расширение вен обеих нижних конечностей при физической работе, две язвы на правой голени Большая подкожная вена правой нижней конечности не изменена, варикозно расширена, на медиальной поверхности правой голени нижней трети отеков нет. Периферическая пульсация артерий сохранена. Симптомы Мозеса, Хоманса отрицательны. Варикозно расширенные вены на левом бедре. Периферические лимфоузлы увеличены. На правой голени по передней поверхности 2 язвы 2см и 3см расположены симметрично с некрозами. На основании дуплексного сканирования вен обеих н\ку больной имеется рефлюкс по притокам БПВ, и патологические перфорантные сбросы на обеих голени. Поставлен диагноз: варикозное расширение поверхностных вен обеих конечностей, ХВН 1 ст. слева, ХВН 3 ст. справа. Трофические язвы правой голени. Получена рекомендация на оперативное лечение в плановом порядке. Даны рекомендации на лечение.

Анамнез жизни. Инфекционные заболевания и туберкулез отрицает, ВИЧ-отрицает. На аллергию жалоб не предъявляет. Травмы отрицает. Инфарктов и инсультов не было со слов больной. Сахарного диабета нет. Наследственность не отягощена. Рост 168см, вес 118 кг. Ожирение 3 степени.

Работает частным предпринимателем на овощах и фруктах. В отсутствие грузчика приходится самой переносить ящики от 5-12 кг.

12.07.22г. Больная поступила в стационар отделения сосудистой хирургии.

Местный статус: Нижние конечности теплые на ощупь, отечны. На правой нижней конечности контурируются варикозно- расширенные подкожные вены. Симптомы Мозеса, Хоманса отрицательны с обеих сторон. Чувствительность сохранена, движения в полном объеме. На правой передней поверхности голени трофические язвы 3*3см и 2,5*3 см.

Проведено оперативное лечение 14.07.22г.- Удаление поверхностных вен правой нижней конечности. Пациентка находилась в стационаре с 12.07 по 20.07.22, после чего была выписана с рекомендациями по дальнейшему лечению и снятию швов у хирурга в поликлинике 27.07.22г., местное лечение язв, ограничение физических нагрузок.

После снятия швов через месяц пациентка приступила к работе. Соблюдая предписание по приему медицинских препаратов. В настоящее время: на работе вынужденное стоящее положение тела, физическая нагрузка. 19.03.2024. Жалобы на расширение вен обеих верхних конечностей, усталость в конце дня, отеки. По данным УЗИ Варикозное расширение поверхностных вен обеих нижних ко-

нечностей ХВН 1ст.Рекомендовано оперативное лечение. Больная сдает анализы и готовится вновь к оперативному вмешательству.

Пациентам надо соблюдать все рекомендации врачей тем более после оперативного вмешательства чтобы не приходилось повторно оперироваться.

РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ ЭКСТРАВАЗАЛЬНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ ЛЕВОЙ ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЫ ПРИ СИНДРОМЕ ПЕРЕДНЕГО ЩЕЛКУНЧИКА

**Игнатенко Д.А., Бахишев Т.Э., Хангереев Г.А., Созаев А.А.,
Закеряев А.Б., Виноградов Р.А.**

Краснодар, Российская Федерация

Цель. Оценка раннего послеоперационного результата хирургического лечения пациентов с синдромом переднего щелкунчика.

Материалы и методы. исследование проспективное, одноцентровое, продольное. Включены 12 пациентов (n-7 женщины; n-5 мужчины) с синдромом переднего щелкунчика, которым было выполнено экстравазальная декомпрессия армированным синтетическим протезом. Оперативное вмешательство всем было выполнено с использованием робота Da Vinci Xi. Проведен проспективный анализ раннего послеоперационного периода. Технологически: после позиционирования и установки портов (три роботизированных порта, один ассистентский) ЛПВ была обнажена и проведено ее выделение по окружности вплоть до впадения в нижнюю полую вену. Было измерено расстояние между устьем почечной вены и надпочечниковой веной. Выполнено армирование из двух раскроенных вдоль частей политетрафторэтиленового протеза диаметром 10 мм каждый. Края армированного протеза были фиксированы друг к другу полипропиленовыми нитями 3/0, сам протез подшит отдельными узловыми швами к паравазальной клетчатке верхней брыжеечной артерии.

Результаты исследования. Среднее время операции составило 63 ± 20 мин. Интраоперационная кровопотеря была 50-100 мл. Средняя длина использованного трансплантата составила $2,5 \pm 0,5$ см. Длительность пребывания в стационаре не превышал 5 дней (диапазон 3-5). Осложнений не возникло. Для контроля проходимости конструкции выполнили КТ-флебографию. О снижении флебогипертензии можно говорить на основании клиники – отсутствие жалоб на боли; лабораторных данных – отсутствие гематурии, а также на основании компьютерной флебографии – уменьшение диаметра левой почечной вены.

Заключение. Робот-ассистированная экстравазальная декомпрессия ЛПВ армированным сосудистым протезом при СЩ представляется безопасным и высокоэффективным оперативным вмешательством.

МАРКЕРЫ ВЕНОСПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Камаев А.А., Калинин Р.Е., Сучков И.А.

Рязань, Россия

Цель. Определить изменения уровня показателей веноспецифического воспаления (Е-селектин, MCP-1, VEGF, MMP-2, MMP-9) у пациентов с тяжелыми формами варикозного расширения вен нижних конечностей на фоне оперативного и консервативного лечения.

Материал и методы. В одноцентровое проспективное когортное исследование были включены 113 человек с варикозной болезнью нижних конечностей клинических классов С4-С6 (CEAP). Исследуемые были разделены на пять групп, в зависимости от проводимого лечения. В 1-й группе пациенты использовали компрессионный трикотаж (21 человек); во 2-й группе пациенты получали препарат МОФФ (24 человек), в 3-й группе рекомендовался прием препарата сулодексид (23 человек), в 4-й и 5-й группах пациентам проводилось хирургическое лечение (эндовенозная лазерная облитерация), после которого проводилась терапия препаратами МОФФ и сулодексида соответственно (23 и 22 человек). Период наблюдения и консервативная терапии после оперативного лечения проводилась в течение 2 месяцев. Содержание в сыворотке крови Е-селектина, MCP-1, VEGF, MMP-2, MMP-9 определяли методом иммуноферментного анализа.

Результаты исследования. В 1-й группе отмечалась тенденция к снижению маркеров через 2 месяца, но достоверно значимые результаты не были получены. Во второй группе после приема МОФФ через 2 месяца отмечалось уменьшение концентрации Е-селектина, MCP-1 и VEGF на 12%, 17% и 22% соответственно. В 3-й группе на фоне приема сулодексида определялось снижение Е-селектина (исходно $55,2 \pm 3,1$ нг/мл, через 2 месяца - $34,1 \pm 2,8$ нг/мл, $p < 0,002$), MCP-1 (исходно $201,4 \pm 9,2$ нг/мл, через 2 месяца - $136,5 \pm 8,1$ нг/мл, $p < 0,001$), MMP-2 (исходно $414,7 \pm 11,5$ нг/мл, через 2 месяца - $234,1 \pm 10,1$ нг/мл, $p < 0,001$) и MMP-9 (исходно $18,3 \pm 2,3$ нг/мл, через 2 месяца - $8,4 \pm 1,2$ нг/мл, $p < 0,001$). В 4-й группе отмечалось снижение четырех исследуемых маркеров через 2 месяца (Е-селектина на 36%, MCP-1 на 42%, VEGF на 51% и MMP-9 на 25%). В 5-й группе после проведенного оперативного лечения и назначения сулодексида отмечалось снижение Е-селектина (исходно $58,4 \pm 4,1$ нг/мл, через 2 месяца - $42,3 \pm 3,2$ нг/мл, $p < 0,01$), MCP-1 (исходно $224,1 \pm 103$ нг/мл, через 2 месяца - $139,4 \pm 5,6$ нг/мл, $p < 0,001$), MMP-2 (исходно $459,3 \pm 13,4$ нг/мл, через 2 месяца - $213,2 \pm 8,2$ нг/мл, $p < 0,001$) и MMP-9 (исходно $17,3 \pm 1,4$ нг/мл, через 2 месяца - $7,1 \pm 1,4$ нг/мл, $p < 0,001$).

Заключение. Назначение препаратов МОФФ и сулодексида пациентам с варикозной болезнью нижних конечностей и трофическими нарушениями целесообразно с позиции их положительного влияния на процессы деградации коллагена и внеклеточного матрикса, снижение веноспецифического воспаления. Наиболее выраженное изменение концентрации Е-селектина, MCP-1, VEGF, MMP-2, MMP-9 отмечалось у пациентов, которым проводилась эндовенозная лазерная облитерация с последующим назначением фармакотерапии.

ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ С ДЛИННОЙ ВОЛНЫ 1940 НМ НЕЭСТЕТИЧНЫХ ВЕН ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Капериз К.А.

Москва, Россия

В последнее время значительно возрос спрос на процедуры, направленные на улучшение эстетического вида верхних конечностей. Для омоложения рук используется комплексный подход, включающий такие процедуры как склеротерапия, лазерная облитерация поверхностных вен, минифлебэктомия, липофиллинг, инъекции филлеров на основе гиалуроновой кислоты, химический пилинг, фотоомоложение, мезотерапия.

Достаточно долгое время специалисты эстетической медицины пренебрегали внешним видом верхних конечностей, уделяя больше внимания лицу и шеи, но на данный момент, пожалуй, следующим объектом, который может выдать истинный возраст, является внешний вид рук. Наиболее частыми причинами появления нежелательных вен на руках являются естественный процесс старения кожи, возрастная атрофия подкожно-жировой клетчатки, повышенная нагрузка на верхние конечности (физическая активность, подъем тяжестей).

Кроме того, использование лазерного излучения с длиной волны 1940 нм для эндовенозной лазерной коагуляции обеспечивает более точное и контролируемое воздействие на сосуды, что позволяет избежать повреждения окружающих тканей и минимизировать риск осложнений. В целом, эндовенозная лазерная коагуляция с использованием лазерного излучения с длиной волны 1940 нм является безопасной и эффективной процедурой для устранения нежелательных вен на руках.

ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОНУКЛИДНОЙ ФЛЕБОГРАФИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ФЛЕБОГЕМОДИНАМИКИ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С3 - С6 КЛАССОВ

Каралкин А.В., Юмин С.М., Еречканова Д.М.

Москва, Россия

Радионуклидная флебография является высокоинформативным методом исследования состояния венозной системы нижних конечностей. Метод позво-

ляет получить интегральную характеристику венозного кровотока, а также оценить наличие и степень выраженности его нарушений в условиях, максимально приближенных к физиологическим (в ортостазе при имитации ходьбы). Целью настоящей работы явилась оценка целесообразности применения радионуклидной флебографии для уточнения характера нарушений венозного оттока и определения лечебной тактики у пациентов с хроническими заболеваниями вен (ХЗВ) нижних конечностей С3 - С6 классов по СЕАР.

Материал и методы: Проведен ретроспективный анализ результатов 64 радионуклидных флебографий, выполненных в клинике в 2018 - 2024 гг. у 58 больных (29 мужчин и 29 женщин, в возрасте от 28 до 83 лет) с хронической венозной недостаточностью (ХВН) одной или обеих нижних конечностей. По данным предварительного физикального и ультразвукового обследования в 37 (58%) случаях диагностирована посттромботическая болезнь, в 19 (30%) – варикозная болезнь или ее рецидив, в 8 (12%) наблюдениях при наличии объективных клинических симптомов ХЗВ ультразвуковые признаки поражения глубоких и поверхностных вен отсутствовали. 45 (70%) пациентов имели трофические изменения мягких тканей голени, у 22 (34%) больных выявляли открытую или зажившую венозную язву. Во многих случаях основанием для назначения радионуклидной флебографии, как дополнительного высокотехнологичного исследования, была необходимость определения хирургической тактики в условиях несоответствия клинической и ультразвуковой картины заболевания.

Результаты: У 18 (28%) пациентов результаты ультразвукового и радиоизотопного обследования в целом совпадали. У 46 (72%) больных радиофлебография предоставила новую, отличную от ультразвуковой информацию: в 5 случаях диагностирована функциональная окклюзия проксимальных отделов венозного русла с шунтированием крови по коллатералям, в 4 наблюдениях проксимальная венозная окклюзия не подтвердилась, в 4 исследованиях визуализирован вертикальный рефлюкс по подкожным венам, в 10 – кровоток по подкожным венам был антеградным (исключен вертикальный рефлюкс), в 15 случаях диагностирована дисфункция мышечно-венозной помпы с нарушением кровотока по берцовым венам, в 5 наблюдениях визуализирован перфорантный рефлюкс, в 3 исследованиях рефлюкс по перфорантам был исключен.

По результатам проведенного обследования 34 (53%) пациентам рекомендовано хирургическое лечение, успешные эндоваскулярные или открытые операции впоследствии были выполнены 25 из них. В 30 (47%) случаях от каких-либо вмешательств воздержались, больным было рекомендовано продолжить компрессионную и медикаментозную терапию.

Выводы: Для оценки нарушений флебогемодинамики и определения лечебной тактики у пациентов с ХЗВ нижних конечностей С3 - С6 классов клинического и ультразвукового обследования во многих случаях недостаточно. Радионуклидная флебография позволяет уточнить наличие, локализацию, характер и степени выраженности нарушений венозного оттока. Выполнение радиоизотопного исследования особенно актуально в случаях несоответствия клинической и ультразвуковой картины заболевания, при распространенных посттромботиче-

ских изменениях глубоких вен нижних конечностей, при подозрении на наличие проксимальной венозной окклюзии. Данные радиофлебографии, как высокоинформативного функционального метода, могут иметь решающее значение в определении хирургической тактики.

ФЛЕБОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ

Кательницкий И.И., Сидоров Р.В., Кательницкая Е.С., Простов И.И.

Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность: Несмотря на значительные достижения в профилактике и лечении венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО), тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) остается наиболее распространенной предотвратимой причиной больничной смертности. Предупреждение венозных тромбоэмболических событий, как фармакологическими, так и оперативными методиками, не только позволяет улучшить результаты лечения хирургических пациентов с коморбидной патологией, а так же сократить число ВТЭО в данной группе пациентов.

Материалы и методы: проведен анализ 104 пациентов с доброкачественными заболеваниями желудка, которым требовалось проведение оперативного вмешательства в плановом порядке, имеющих в свою очередь II – III степень венозной недостаточности (4, 5 и 6 класс по классификации CEAP). Данные пациенты помимо венозной недостаточности, на фоне основного заболевания, имели высокую степень коморбидности по сопутствующим патологиям, таким как ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, хроническая почечная недостаточность, хроническое нарушение мозгового кровообращения, гипертоническая болезнь, ожирение II-IV степени. Все пациенты разделены на четыре сопоставимые группы. В первую группу вошли пациенты (25 человек), которым профилактика включала медикаментозную терапию ВТЭО (НМГ - эноксапарин) и механическую профилактику в виде компрессионной терапии. Во второй группе (24 пациента) профилактика ВТЭО была представлена эндовазальными вмешательствами в сочетании с медикаментозной профилактикой и госпитальным трикотажем. В третьей группе пациентов (26 человек) - в качестве профилактики развития ПТФС, наряду с НМГ и компрессионным трикотажем добавлены флеботропные (Флебодиа 600) препараты. В четвертой группе пациентов (29 человек) профилактика ВТЭО была представлена эндовазальными вмешательствами наряду с НМГ и компрессионным трикотажем с добавлением флеботропного препарата (Флебодиа 600).

Полученные результаты: у пациентов первой и третьей групп ВТЭО наблюдались в 7 случаях: два проксимальных тромбоза, четыре дистальных тромбоза и

развитие одной ТЭЛА мелких ветвей. Соответственно, применяемая стандартная медикаментозная профилактика не позволяла исключить развитие осложнений. Во второй группе пациентов развитие тромботических наблюдалось в меньшем количестве случаев: четыре дистальных тромбоз, один проксимальный тромбоз. В четвертой группе пациентов, с применением комбинации методов профилактики отмечено развитие четырех дистальных тромбозов. Отсутствие ТЭЛА во второй и четвертой группе позволяет сделать вывод, что подход с применением оперативных методов коррекции венозной недостаточности, позволяет более эффективно проводить профилактику ВТЭО у данных пациентов.

Выводы: У коморбидных пациентов с заболеваниями желудка, нуждающихся в выполнении оперативных вмешательств, с целью сокращения количества ВТЭО, необходим индивидуальный подбор метода профилактики, включающий не только антикоагулянтную терапию, но и оперативные методы профилактики, включающие коррекцию хронической венозной недостаточности. Добавление же к медикаментозной терапии флеботропных препаратов способствует профилактике развития клинических проявлений ПТФС и симптомов ХЗВ.

ДВУХКОНТУРНЫЙ ИНФИЛЬТРАЦИОННЫЙ ДИСПЕНСЕР (ДИД) ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Комарова Л.Н., Акимов А.Н.

Тюмень, Россия

Введение. Варикозная болезнь нижних конечностей (ВБНК) является наиболее частой патологией периферических сосудов, которая наблюдается преимущественно у людей трудоспособного возраста, и в 5 раз чаще у женщин. В настоящее время для оперативного лечения варикозной болезни нижних конечностей применяются современные термические методы оперативного лечения: эндовазальная лазерная коагуляция (ЭВЛК) и РЧО (радиочастотная облитерация), при которых используется паравазальная тумесцентная анестезия, а раствор подаётся через инфльтрационную помпу.

Цель исследования — разработать двухконтурный инфльтрационный диспенсер (ДИД) для тумесцентной паравазальной анестезии.

Методы исследования. Теоретические (анализ и синтез исследований по данной проблеме); социологическое (метод анкетирования); экспертный анализ и системный подход. При разработке прототипа использовали эффект элементов Пельтье, который заключается в переносе тепла между двумя материалами при пропускании через них электрического тока. Предлагаемый нами двухконтурный инфльтрационный диспенсер представляет собой систему, состоящую из корпуса основного блока, на котором имеются два перистальтических насоса,

блока ножного управления, блока охлаждения (теплообменника) анестезирующего раствора.

Прототипом предлагаемого нами двухконтурного инфльтрационного диспенсера стала помпа DP30 – диспенсер инфльтрационный. За 2023 год на базе «ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Тюмень» нами проведён научный поиск, закуплены необходимые детали (перистальтические насосы, датчики и др.), подана заявка на патент, поэтапно проводится сборка опытного образца.

Результаты. На основании проведенного исследования мы выявили значительные преимущества предлагаемого нами двухконтурного инфльтрационного диспенсера (ДИД). Отдельной особенностью его применения является также то, что он востребован у пациентов, имеющих отягощённый аллергологический анамнез (непереносимость) на местные анестетики. Благодаря блоку охлаждения (теплообменнику) температура подаваемого раствора вдоль вены понижается, создаётся так называемая «холодовая подушка», позволяющая практически безболезненно для пациента под местной тумесцентной паравазальной анестезией проводить сосудистые операции. Имеющиеся в составе нашего прибора ультразвуковые датчики блокируют пузырьки воздуха, чем обеспечивают высокую безопасность.

Заключение. Применение данного двухконтурного инфльтрационного диспенсера позволит сократить время оперативного вмешательства, уменьшить травматичность операции, расширить диапазон вмешательств под местной анестезией, ускорить реабилитацию пациентов и повысить их качество жизни.

МАЗЬ «ВОСКОПАНТ» ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАН

Комарова Л.Н., Старусева А.Н.

Тюмень, Россия

Введение. Гнойно-воспалительные заболевания и их осложнения составляют, по разным источникам, 30-40% в структуре хирургической патологии. Интерес хирургов, флебологов, камбустиологов остаётся к длительно незаживающим ранам, к трофическим язвам, отморожениям, ожогам, пролежням.

Цель исследования — разработать и внедрить повсеместно новое мазевое средство для местного лечения ран – мазь «Воскопант».

Методы исследования. Теоретический (анализ и синтез исследований по данной проблеме); социологический (метод анкетирования); экспериментальный (изготовление мази и её апробация), экспертный анализ и системный подход. Мазь «Воскопант» содержит композицию из чистого пчелиного воска, оливкового растительного масла, сахарной пудры и водного экстракта пантов в определенной мас. пропорции. Применение данной мази не дает аллергической реак-

ции, быстро снимает признаки воспаления: гиперемию, отёк тканей, способствует быстрому созреванию молодой грануляционной ткани и полной эпителизации; является пластичной; обладает повышенной проникающей способностью. Панты марала характеризуются быстрым ростом, до 2 мм в сутки, имеют трубчатую неороговевшую структуру с сетью кровеносных сосудов. Панты марала растут, получая максимальное количество питательных веществ и макро-/микроэлементов. Из 22 аминокислот в пантах содержится от 20 до 16, в зависимости от вида. Кроме того, панты содержат фосфолипиды, эфиры ненасыщенных жирных кислот, макро- и микроэлементы (Fe, Mn, Mg, Co, Zn, Cu, Ca, F, I), сбалансированный набор жирно- и водорастворимых витаминов, регуляторы действия гормонов и пептидов, нормализующих реактивность иммунной системы.

Предложенная мазь «Воскопант» для местного лечения ран внедрена на базе: «Частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница» РЖД-Медицина» г. Тюмень» в 2023 году. Данное средство было использовано у 5-и пациентов с трофическими язвами, у 2-х пациентов со смешанной формой рожистого воспаления (эритематозно-буллёзной), у 3-х пациентов с пролежнями, у 5-и пациентов с ожогами I-III А степенью.

Результаты. На основании проведенного исследования следует отметить, что регенерация тканей у ослабленных пациентов на фоне хронической железодефицитной анемии, обменных нарушений, как сахарный диабет, дефицит массы тела, заболевания щитовидной железы, которым использовалось новое средство, была более выраженной, полное заживление ран отмечено в среднем на 5-7 дней быстрее, чем у пациентов, у которых для местного лечения ран предлагаемое средство не использовалось.

Заключение. Таким образом, предлагаемая мазь «Воскопант» ускоряет развитие молодой грануляционной ткани, пролиферацию эпителия, способствует быстрому разрастанию соединительной ткани, играющей основную роль при заживлении ран.

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОТРЕБНОСТИ ПАЦИЕНТОВ МЕДИЦИНСКИМИ КОМПРЕССИОННЫМИ ИЗДЕЛИЯМИ НА НИЖНИЕ КОНЕЧНОСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Концевая А.В., Дмитриева О.В., Сапелкин С.В.

Москва, Россия

Введение. Объем импортируемых в РФ компрессионных изделий в 2023 г. превысил 2,3 млн пар изделий в количественном выражении. Средняя стои-

мость одной поставки в 2023 г. выросла на 10.4% к предыдущему году. Соответственно, вопрос импортозамещения в этом сегменте медицинских товаров стоит достаточно остро.

Цель: оценить медицинскую потребность и социально-экономическую эффективность обеспечения пациентов медицинскими компрессионными изделиями на нижние конечности в РФ, потенциальные риски в случае значимого сокращения импорта данных изделий, а также целесообразность политики импортозамещения.

Материалы и методы. В качестве материалов исследования использованы законодательные и нормативно-правовые акты РФ, регламентирующие применение медицинской эластической компрессии, отчетные материалы главного хирурга Минздрава России, данные Федеральной службы государственной статистики, таможенной аналитической системы, представленные в открытом доступе в сети Интернет, результаты социологического маркетингового опроса 2022 г. двух с половиной тысяч покупателей компрессионных изделий. В качестве методов исследования выбрана интерпретация статистических данных, представленных в перечисленных источниках.

Обсуждение. Результаты анализа показали, что у 75% пациентов покупка компрессионного трикотажа не связана с операцией (из числа покупателей не противоэмболического трикотажа).

73% покупателей не противоэмболического (госпитального) компрессионного трикотажа приобретают изделие по рекомендации врача. Содержание рекомендаций специалистов компрессионного (не противоэмболического трикотажа) делятся на 3 группы: рекомендован только класс компрессии (73%), рекомендован конкретный бренд компрессионного изделия (14%), рекомендовано только конкретное место покупки - ортопедический салон (11%).

Анализируя данные импорта компрессионных медицинских изделий в РФ, находим подтверждение результатам опроса: на протяжении последних пяти лет в топ-5 по объему импорта (как в штуках, так и в рублях) входят бренды, представленные только в аптечном розничном сегменте, и занимающие 3-4-е позиции в общей доле рынка медицинских компрессионных изделий в РФ.

Лояльность пациентов к брендам, представленным в аптечном сегменте, в первую очередь обоснована более доступной стоимостью изделий, чем в специализированных магазинах.

Выводы. Учитывая потенциал современных методов профилактики и терапии, реальные возможности своевременной диагностики и лечения патологии вен на амбулаторном уровне, приоритет профилактических мероприятий при сердечно-сосудистых заболеваниях на государственном уровне, проблема импортозамещения компрессионных изделий представляется достаточно актуальным направлением. Это поможет не только уменьшить финансовое давление на бюджет здравоохранения, но и способствовать снижению тяжелых инвалидизирующих заболеваний, показателей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, значимому улучшению качества жизни пациентов.

ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ОБЛИТЕРАЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ

Корниевич С.Н., Климович М.В., Познякова О.В., Евтушенко А.В.,
Гаврин П.Ю., Мазынский Д.В., Юшкевич Д.В.

Минск, Республика Беларусь

Введение. Варикозная болезнь нижних конечностей встречается у 15-30% взрослого населения. Трофические язвы осложняют течение хронических заболеваний вен в 1-2% случаев, являются серьезным осложнением варикозной болезни, которые могут привести к хроническому поражению кожи и тканей, инфекциям и длительному заживлению. В возрастной группе старше 65 лет количество трофических язв возрастает до 4-5%.

Эндовенозная лазерная облитерация (ЭВЛО) является менее инвазивной процедурой по сравнению с традиционными хирургическими методами, что позволяет сократить реабилитационный период и уменьшить риск осложнений. Этот метод также позволяет сохранить здоровые ткани и предотвратить повторное возникновение трофических язв. Термические методы облитерации варикозных вен являются актуальными и эффективными методами лечения, которые позволяют достичь хороших результатов и улучшить качество жизни пациентов.

Цель. Улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей, осложненной трофическими язвами. Оценить эффективность изолированной эндовенозной лазерной облитерации (ЭВЛО) и комбинированной операции, включающей ЭВЛО в сочетании с минифлебэктомией.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование (2012-2022гг.) включено 102 пациента (женщины – 68, мужчины – 34) с варикозной болезнью нижних конечностей, осложненной трофическими язвами. В основную группу включили 72 (70,6%) пациента, которым выполняли изолированную лазерную облитерацию стволов подкожных вен. Во второй группе – 30 (29,4%) пациентов, которым выполнили комбинированную операцию, включающую ЭВЛО с минифлебэктомией варикозных притоков и перфорантных вен вне зоны трофических нарушений кожи нижней конечности. Возраст пациентов составил от 37 до 84 лет. ЭВЛО выполнялась с применением диодного лазерного аппарата и двухкольцевого радиального световода. Длина волны излучения 1470нм, мощность 10 Вт. Операции выполнялись под местной анестезией с обязательным интраоперационным ультразвуковым контролем. Местное лечение трофических язв сопровождалось применением повязок с раствором антисептиков (хлоргексидина и йодискина) и ранозаживляющих повязок. Использовали эластичный компрессионный трикотаж II класса компрессии (23-32 мм рт.ст.) на протяжении 4-6 недель.

Результаты и обсуждение. Эффективность лечения оценивали 1-е, 7-10 и 30-е сутки, и каждые 3 месяца в течение одного года после проведенного вмешательства. Заживления трофических язв удалось добиться в 95 случаев (93,1%). При этом у всех пациентов была отмечена высокая активность репаративных процессов в зоне трофической язвы уже в первые недели после операции. Рецидивов трофических язв не было. Инфекционно-воспалительных осложнений не было. У 7 (6,9%) пациентов язвы не заживали в течение 6 месяцев с момента операции, выполнена дерматомная пластика.

Выводы. Выполнение ЭВЛО с использованием двухкольцевого радиально-го световода и длины волны излучения 1470нм для лечения пациентов с осложненными формами варикозной болезни позволяет улучшить результаты лечения, избежать инфекционно-воспалительных осложнений. Операцией выбора является изолированная лазерная облитерация ствола варикозной подкожной вены.

ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСВЕНОЗНОГО КАТЕТЕРУПРАВЛЯЕМОГО ТРОМБОЛИЗИСА В ЛЕЧЕНИИ «СИНЕЙ ФЛЕГМАЗИИ» НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Корнилов Д.Ю., Максимов А.В.

Нижневартовск, Россия

Цель: привести пример успешного лечения проксимального илиофemorального тромбоза, осложненного синей флегмазией, методом селективного трансвенозного катетер управляемого тромболизиса

Материалы и методы: пациентка О., 40 лет, поступила в стационар 10.11.2022 с признаками тромбоза глубоких вен правой нижней конечности. Из анамнеза известно, что пациентка обследовалась, выявлен аденомиоз, по поводу которого принимала оральные контрацептивы в течение 6 мес. При поступлении состояние тяжелое, тяжесть обусловлена основным заболеванием и выраженным болевым синдромом, резкими распирающими болями в правой голени и бедре, по тяжести состояния госпитализирована в ОРИТ. Локально: правая нижняя конечность цианотичная, отечная, резко болезненная при пальпации, активные и пассивные движения сохранены, ограничены, резко болезненны, пульсация не определяется на всех уровнях справа в связи с выраженным отеком. По данным МСКТ ОГК с контрастом двухсторонняя сегментарная ТЭЛА, МСКТ ОБП с контрастом – окклюзивный илиофemorальный флеботромбоз справа. Консилиумом, учитывая наличие клиники «синей флегмазии», провести регионарный катетерный тромболизис в условиях операционной РХМД. Противопоказаний к тромболизису не выявлено. Описание процедуры: под местной анестезией раствором Новокаина 0,25%-5 мл, в асептических ус-

ловиях, в положении пациентки на животе, под УЗ-навигацией, выполнена пункция подколенной вены, в просвет вены проведен проводник, установлен интродьюсер 6Fr 25 см, системная гепаринизация 5000 Ед гепарина, в просвет нижней полой вены проведен 0,035 проводник Emerald 260, по проводнику заведен модифицированный гайд-катетер 6Fr с перфорациями на протяжении 40 см, выполнена селективная флебография НПВ, флотирующего тромбоза НПВ не выявлено, катетер подтянут в просвет тромбированной ОПВ справа, введено болюсно 6 мг tPA, начата непрерывная микроструйная инфузия tPA в дозе 1 мг в час в просвет гайд-катетера. Пациентка транспортирована в ОРИТ, параллельно с тромболизисом, продолжена антикоагулянтная терапия НФГ под контролем АЧТВ 80-90 сек, в дозе от 2000-2500 Ед гепарина в час. Через 24 часа: регресс симптоматики синей флегмазии, регресс отека бедра и голени, купирование болевого синдрома с восстановлением физиологической окраски кожных покровов. На контрольной флебографии, частичный лизис тромботических масс в общей подвздошной вене справа, полный лизис в наружной подвздошной, бедренной и подколенной вене. Через 36 часов: на контрольной флебографии отмечается частичный лизис тромбов в ПОПВ, пристеночный дефект контрастирования в приустьевой области со стенозированием до 90%. Принято решение о ТБА общей подвздошной вены. Выполнена баллонная ангиопластика области стеноза ПОПВ баллонным катетером Armada 10x40мм давлением 12 атм. экспозиция 10 мин. При контрольном контрастировании отмечается субоптимальный результат, с остаточным стенозом 30%. Лизис прекращен, катетер удален из просвета подколенной вены. Общая доза tPA за 36 часов 48 мг. Геморрагических осложнений, рецидива ТЭЛА отмечено не было. Через 3 суток непрерывной микроструйной инфузии НФГ, пациентка переведена на ПОАК (ксарелто в дозе 15 мг 2 р в сутки 21 день), с дальнейшим приемом в дозе 20 мг 1 р в сутки не менее 12 мес. На 15 сутки выписана из стационара в удовлетворительном состоянии.

Заключение: селективный внутривенный катетеруправляемый тромболизис показывает свою эффективность и безопасность в лечении такого грозного состояния как «*phlegmasia cerulea dolens*». Несомненным остается тот факт, что ранняя реканализация и восстановление венозного оттока обязательны для успеха лечения «синей флегмазии».

МЕТОД “ИНЪЕКЦИОННОГО ТРОМБОЛИЗИСА” В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ИЛИОФЕМОРАЛЬНОГО ФЛЕБОТРОМБОЗА

Корнилов Д.Ю., Максимов А.В.

Нижневартонск, Россия

Цель: анонсировать новый способ лечения острого проксимального илиофemorального тромбоза методом “инъекционного тромболизиса”

Материалы и методы: исследование одноцентровое ретроспективное. Проведен анализ эффективности и безопасности нового метода инъекционного тромболизиса в лечении острого илиофemorального флеботромбоза. Исследована группа из 6 пациентов, поступившая в БУ ХМАО Югры “Нижневартовская окружная клиническая больница” с октября 2023 по февраль 2024 года с диагнозом “острый илиофemorальный флеботромбоз”. При поступлении диагноз был подтвержден клиническими и инструментальными методами исследования (УЗТАС, МСКТ с контрастом, венозная фаза). Показанием к проведению процедуры являлось наличие острой тромботической окклюзии илиофemorального венозного сегмента и давностью тромбоза не более 14 суток. Решение о проведении процедуры принималось решением локального этического комитета, при отсутствии противопоказаний к ее проведению. Распределение по полу в группе: 3 пациента мужчины (50%), 3 пациента женщины (50%). Средний возраст $59,5 \pm 8,4$ лет. Давность тромбоза от 1 до 14 суток, медиана 4. Описание метода: в условиях перевязочного кабинета, под ультразвуковой навигацией портативным аппаратом Logiq E выполнялась серия из 2-3 инъекций в просвет подколенной, поверхностной бедренной и общей бедренной вены. Для тромболизиса использовался t-РА (Актилизе). Инъекции проводились иглой 23 г 150 мм. После введения проводилась компрессия места пункции в течение 3-5 минут. Инициальная болюсная доза препарата составляла 20-30 мг. Далее пациент переводился в общехирургическую палату и проводилось согревание пациента системой обогрева Equator с температурным режимом 44 С в течение 2х часов. Пациент использовал компрессионный трикотаж 2 класс компрессии, был рекомендован активный двигательный режим. Через 8,16,24,48 часов проводилось контрольное ультразвуковое исследование. При необходимости инъекции препарата повторялись на следующие сутки, если имелась резидуальная тромботическая обструкция.

Результаты исследования: оценена непосредственная эффективность и безопасность метода. Удовлетворительная реканализация с регрессом клинической симптоматики (уменьшением отека и объема конечности) отмечена у 5 (83,33%) из 6 пациентов. На каждого пациента потребовалось 2 процедуры инъекционного введения препарата с интервалом 24 часа. В среднем на одного пациента было затрачено 30-35 мг тромботического агента. Время до появления удовлетворительной реканализации составило у 5 пациентов от 6 до 24 часов, в среднем 11,6 часов. В одном случае у пациентки с давностью тромбоза около 14 суток процедура была не эффективна, степень реканализации не удовлетворительная по данным УЗИ, однако был отмечен регресс отека и клинической симптоматики. В исследуемой группе не отмечено геморрагических осложнений. Средний койко-день составил 4.

Заключение: метод инъекционного транвенозного тромболизиса только под ультразвуковой навигацией имеет эффективность сопоставимую с методами катетеруправляемого тромболизиса. Благодаря технической доступности и относительной безопасности возможно применение данного метода в любом хирургическом стационаре.

БОЕВАЯ ОГНЕСТРЕЛЬНАЯ СОСУДИСТАЯ ТРАВМА – ОПЫТ, КОТОРЫЙ МОЖЕТ ПОНАДОБИТЬСЯ КАЖДОМУ ИЗ НАС

Котив Б.Н., Хубулава Г.Г., Гаврилов Е.К., Мясников Н.И.,
Меньков И.А., Китачев К.В., Шишкевич А.Н., Сухарев А.Е.

Санкт-Петербург, Россия

Цель – на основании опыта оказания специализированной медицинской помощи в современном вооруженном конфликте изложить основные принципы диагностики и хирургического лечения боевой огнестрельной травмы сердца и сосудов.

Материал и методы. Ретроспективно оценены результаты лечения у раненых с огнестрельными повреждениями сердца, магистральных артерий и вен нижних конечностей, находившихся как на этапе оказания ранней специализированной медицинской помощи, так и на этапе лечения в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова за период с 1.05.2022 по 1.03.2024 гг. в ходе специальной военной операции. В лекциях симпозиума освящены вопросы основ тактической медицины при боевой сосудистой травме, КТ-семиотики боевой огнестрельной травмы сердца и сосудов, хирургического лечения боевой огнестрельной сосудистой травмы на этапах ранней специализированной помощи, хирургического лечения ранних осложнений боевой сосудистой травмы конечностей (артерио-венозных аневризм, ложных аневризм сосудов), возможностей рентгенэндоваскулярных способов лечения ранних осложнений боевой сосудистой травмы конечностей (артерио-венозных аневризм, ложных аневризм сосудов), диагностики и хирургической тактики огнестрельных ранений сердца.

Результаты исследования. Представлены тактика, современные материальные средства обеспечения и техника оказания само-и взаимопомощи раненым с огнестрельными повреждениями сосудов конечностей. Сделан акцент на разный порядок оказания само и взаимопомощи при повреждениях артерий и повреждениях вен конечностей. Представлены табельные средства индивидуальных аптечек военнослужащих, а также современные гемостатические средства. На большом фактическом материале с индивидуальными примерами представлены основные КТ симптомы огнестрельных ранений сердца и магистральных сосудов брюшной полости, шеи, конечностей. Продемонстрирована высокая чувствительность и специфичность метода КТ-ангиографии в диагностике боевой огнестрельной сосудистой травмы. Детально рассмотрены вопросы диагностики и открытого хирургического лечения боевой огнестрельной травмы на этапах ранней специализированной медицинской помощи группами усиления врачами – сердечно-сосудистыми хирургами. Изложена современная тактика при огнестрельной травме сердца и сосудов, продемонстрированы клинические примеры различных хирургических вмешательств и их результаты. Проанализированы результаты открытого хирургического лечения ранних осложнений боевой огнестрельной травмы сосудов конечностей – артериовенозных аневризм, ложных аневризм. Дифференцированная тактика по применению первичного шва, заплаты сосуда, протезирования аутовеной и синте-

тически протезом позволяют свести на нет необходимость выполнения ампутаций конечностей в данных случаях. Определены и продемонстрированы возможности современных рентгенэндохирургических методов лечения в устранении ранних осложнений боевой сосудистой травмы. Рассмотрены показания для использования стенграфтов при артериовенозных фистулах и ложных аневризмах в различных сосудистых бассейнах. Рассмотрена тактика диагностики и хирургического лечения огнестрельных повреждений сердца и крупных сосудов грудной полости на этапах ранней специализированной помощи и в тыловых военно-медицинских учреждениях. Проанализированы результаты хирургического лечения.

Обсуждение. В современном вооруженном конфликте у раненых преобладают осколочные и минно-взрывные огнестрельные ранения сердца и сосудов, которые у большинства пациентов имеют сочетанный и множественный характер. Длинное звено эвакуации из-за особенностей современного боя требует высокий уровень специальной подготовки военнослужащих по тактической медицине. В инструментальной диагностике боевой огнестрельной травмы сердца и сосудов ведущее значение отдается УЗ и КТ методам. Усиление врачами специалистами мобильных военно-медицинских учреждений 3 звена (типа медицинский отряд специального назначения) с необходимым материальным обеспечением операций на сердце и сосудах позволяет существенно уменьшить санитарные потери от боевой огнестрельной сосудистой травмы. Дифференцированный выбор открытых оперативных вмешательств с эндоваскулярными способами реваскуляризации конечностей позволяет сократить до минимума риск потери конечностей на фоне травматических артериовенозных соустьев и ложных аневризм. Топическая диагностика ранений сердца и выполнение специализированного кардиохирургического оперативного вмешательства значительно улучшает результаты лечения этой наиболее тяжелой группы раненых.

Заключение. Учет особенностей современной боевой огнестрельной сосудистой травмы, рассмотренных принципов диагностики и хирургического лечения повреждений сердца и сосудов в различных локализациях будет способствовать улучшению конечных результатов лечения раненых с подобными повреждениями.

ПРОТОКОЛ ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: ЧТО ВАЖНО, ЧТО НЕТ?

Кравцов П.Ф., Маркин С.М., Артемова А.С., Круглов Е.В., Шаламов М.Е.

Самара, Санкт-Петербург, Пермь, Новосибирск, Россия

Актуальность. Ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) является ведущим неинвазивным методом диагностики хронических заболеваний, тром-

ботических и посттромботических изменений вен конечностей, таза. Методика получила максимальное распространение, в то же время единый подход к формированию протокола между хирургами и специалистами функциональной диагностики отсутствует, нет его и внутри каждого профессионального сообщества. Клинические междисциплинарные рекомендации, строго описывающие требования к заключению, отсутствуют.

Целью исследования стала оценка значимости отдельных пунктов протокола дуплексного сканирования вен нижних конечностей для специалистов хирургического профиля и врачей функциональной диагностики. Определение ключевых, несущих максимальную информационную нагрузку параметров исследования, требующих обязательного отражения в заключении.

Материалы и методы. Был осуществлен анонимный опрос 190 специалистов, занимающихся диагностикой и лечением пациентов с хроническими и острыми заболеваниями вен. Большую часть опрошенных составили врачи функциональной диагностики 40% и флебологи 29%, примерно с одинаковой частотой - сосудистые хирурги -16% и хирурги общей практики -15%. В опросе участвовали представители всех федеральных округов РФ.

Опрос включал 9 вопросов, касающихся как особенностей выполнения дуплексного сканирования, так и оценки выявленных изменений, целесообразности включения в протокол исследования отдельных параметров.

Результаты. В своей повседневной практике дуплексное сканирование выполняют на приеме 52,9% опрошенных специалистов, 47,1% - предпочитают, чтобы данную манипуляцию осуществлял специалист УЗ-диагностики. УЗДС в положении пациента "только стоя" выполняют 21,8% респондентов, "только лежа" – 3,2%, в положении "и стоя и лежа" – 71,3% специалистов.

Для оценки рефлюкса пробу дистальной компрессии применяют 86,3% опрошенных, пробу Вальсальвы используют 85,1%, пробу проксимальной компрессии – 38,9%, пробу тыльного сгибания стопы – 27,4%, имитацию ходьбы – 5,1% респондентов. Основным параметром для определения "патологичности" рефлюкса для 74,4% участников опроса является оценка его продолжительности, протяженность и локализация рефлюкса является ключевыми для 25,0% респондентов. При формировании протокола УЗДС локализацию и распространенность рефлюкса указывают 90,9% респондентов, наличие патологического рефлюкса в глубоких/поверхностных венах – 89,8%, наличие патологического рефлюкса в перфорантных венах – 76,1%, указывают продолжительность рефлюкса – 53,4%, а его скорость – 8,5% специалистов.

При оценке состоятельности перфорантов считают таковыми вены диаметром до 3,5 мм 74,5% опрошенных, до 5 мм – 5,3%, считают, что диаметр не имеет значения – 17,0% специалистов. Варикозными притоками считают дополнительные вены с патологическим рефлюксом 80,9% респондентов, с извитым ходом – 61,2%, ориентируются на диаметр притока более 3 мм – 48,1%, а более 5 мм – 19,7% опрошенных.

Наиболее важными параметрами, заслуживающими отражения в протоколе УЗДС респонденты посчитали: оборудование, на котором выполнено исследование

(60,1% опрошенных), наличие перфорантных вен диаметром более 3,5 мм (51,1%), диаметр большой и малой подкожных вен на бедре/голене (47,3%). Не заслуживают отражения в протоколе УЗДС, по мнению опрошенных специалистов время проведения исследования (40,4%), диаметр глубоких вен на бедре/голене (37,8%) и диаметр варикозных притоков большой и малой подкожных вен (30,3%).

Вывод. Опрос показал существенные различия в подходах к организации и выполнению дуплексного сканирования в среде хирургов и специалистов функциональной диагностики. Общая выборка, не смотря на единство целей процедуры, по-разному оценивает значение отдельных параметров исследования. Отсутствие универсального междисциплинарного протокола дуплексного сканирования вен нижних конечностей – следствие фундаментального расхождения представлений о задачах выполняемой процедуры среди специалистов. Указанные различия определяют необходимость организации дальнейшего взаимодействия между врачами различных клинических направлений, более тесных - внутри каждой профессии. Искомый междисциплинарный протокол при этом обязан в значительной степени исходить из реальных потребностей хирургов, основывающихся на этих данных лечебную тактику.

ОПТИМИЗАЦИЯ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДИСТАЛЬНЫХ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У РАНЕНЫХ С ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ БОЕВОЙ ТРАВМОЙ

Крюков Е.В., Гаврилов Е.К., Салухов В.В., Варавин Н.А.

Санкт-Петербург, Россия

Цель. Оценить эффективность и безопасность режима применения низкомолекулярных гепаринов (НМГ) в лечении дистальных тромбозов глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК) у раненых с боевой огнестрельной травмой, основанного на достижении целевых диапазонов скорости роста сгустка (V) теста «Тромбодинамика» (ТД) и анти-Ха активности (аХа) по сравнению с их назначением в зависимости от массы тела.

Материалы и методы. В основную группу включены 30 мужчин (средний возраст $36,9 \pm 9,8$ лет, ИМТ $23,9 \pm 3,28$ кг/м², масса тела $77,7 \pm 8,12$ кг) после огнестрельных ранений различной локализации нижних конечностей с установленным дистальным спровоцированным окклюзирующим ТГВНК, госпитализированных для обследования и лечения в Военно-медицинскую академию им. С.М. Кирова, которым на фоне лечения проводили титрацию эноксапарина натрия (далее - эноксапарин) до достижения рекомендованного параметра V теста ТД и целевого значения аХа. Аналогично в группу сравнения включено 30 раненых

(средний возраст $35,3 \pm 9,1$ лет, ИМТ $24,7 \pm 3,76$ кг/м², $80,9 \pm 8,41$ кг) после получения боевой огнестрельной травмы с установленным ТГВНК, которым назначалась антикоагулянтная терапия в зависимости от массы тела (1 мг/кг 2 раза в сутки). Определение параметра V теста ТД и аХа проводили на пике действия препарата (через 3-4 часа после введения для оценки безопасности) и на исходе (перед очередной инъекцией для оценки эффективности) действия препарата. Статистическую обработку данных проводили с помощью прикладного пакета программы Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США).

Результаты исследования. В основной группе диапазон целевых доз эноксапарина составил от 60 до 120 мг 2 раза в сутки, $92,7 \pm 17$ мг. В группе сравнения диапазон доз эноксапарина оказался от 60 до 100 мг 2 раза в сутки, 77 ± 3 мг. В основной группе медиана и межквартильный интервал значения параметра V на пике действия препарата составили 7,4 [6,45; 8,3] мкм/мин, на исходе - 13,9 [13,4; 17,3], диапазон аХа составил на пике 0,9 [0,7; 1,05], на исходе 0,5 [0,4; 0,575] при назначении целевых доз НМГ. В группе сравнения медиана и межквартильный интервал значения параметра V на пике действия препарата составили 8,9 [7,4; 11,0] мкм/мин, на исходе 19,7 [14,2; 24,9], диапазон аХа составил на пике 0,7 [0,5; 0,9], на исходе 0,25 [0,1; 0,43]. Установлено, что титрация эноксапарина в основной группе до достижения рекомендованного параметра V теста ТД и целевого диапазона определения аХа на исходе терапии (остаточная концентрация) приводит к значимому сокращению сроков частичной реканализации (9 [7; 12] vs 15 [11; 17] суток), а также полной реканализации дистальных ТГВНК (15 [13; 19] vs 24 [18; 29] суток) от момента назначения лечебных доз НМГ по сравнению со стандартным назначением антикоагулянтной терапии в зависимости от массы тела лицам группы сравнения при отсутствии случаев кровотечений в обеих группах за период наблюдения.

Заключение. Использование персонализированного подхода к титрации НМГ, который основывается на показателях тестов ТД и определения аХа позволяет более эффективно и также безопасно осуществлять антикоагулянтную терапию дистальных ТГВНК у раненых с боевой огнестрельной травмой по сравнению со стандартным назначением антикоагулянтной терапии в зависимости от массы тела.

ВАЛИДАЦИЯ ШКАЛЫ CAPRINI У РАНЕНЫХ С ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ БОЕВОЙ ТРАВМОЙ

Крюков Е.В., Гаврилов Е.К., Салухов В.В., Варавин Н.А.

Санкт-Петербург, Россия

Цель. Ретроспективно на основании анализа данных историй болезней раненых с боевой огнестрельной травмой произвести оценку прогностической значимости шкалы Caprini у этой категории пациентов.

Материалы и методы. Проведено ретроспективно исследование, в которое были включены данные 60 историй болезней раненых с боевой огнестрельной травмой с установленным венозным тромбоэмболических осложнений (тромбоз глубоких вен нижних конечностей, тромбоэмболия легочной артерии) и аналогичное количество данных историй болезней у раненых у которых за время госпитализации и путем дальнейшего опроса путем мобильной связи был исключен факт обращения за медицинской помощью по поводу венозного тромбоэмболического осложнения, период наблюдения составил 180 дней. Все раненые были отнесены к группе высокого риска развития венозного тромбоэмболического осложнения по шкале Caprini (>5 баллов) и имели 3–4 фактора риска их развития. Включенные в исследование раненые проходили обследование в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в период с июня 2022 г. по март 2023 г. Статистическую обработку данных проводили с помощью прикладного пакета программ SPSS Statistics 26.0 (IBM). Анализ качества шкалы Caprini проводили с помощью ROC-анализа.

Результаты. Для оценки прогностической значимости шкалы Caprini в изучаемой нами выборке был проведен ROC-анализ. Показатель площади под ROC-кривой для шкалы Caprini составили 0,659 (при 95% доверительном интервале от 0,561 до 0,756), что говорит о среднем качестве модели для исследуемой выборки пациентов. При этом разработанная модель, которая учитывает вместе с баллом по шкале Caprini дополнительные факторы риска ВТЭО у раненых: перелом костей таза, нахождение на ИВЛ больше 7 дней, наличие множественного и сочетанного ранения, наличие многоэтапности (>3) оказания медицинской помощи позволяет улучшить предсказательную способность возникновения ВТЭО. Для разработанной модели показатель площади под ROC-кривой составил 0,815 (при 95% доверительном интервале от 0,739 до 0,867), что характеризует ее как модель отличного качества для исследуемой когорты пациентов.

Заключение. Шкала Caprini показала среднее качество модели прогнозирования венозных тромбоэмболических осложнений в исследуемой когорте раненых. Учет дополнительных факторов риска позволяет улучшить прогнозирование венозных тромбоэмболических осложнений у раненых.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СИСТЕМЕ ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ У ХРОНИЧЕСКИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Кузнецов М.Р., Шаповал А.С.

Москва, Россия

Цель: Обосновать перспективность использования хирургического лечения варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК) и снижения рисков ве-

нозно тромбозомболических осложнений (ВТЭО) у хронических онкологических больных (ХОБ). В настоящее время, в сообществе специалистов, занимающихся лечением варикозной болезни нижних конечностей, существует предубеждение, что проведение хирургического вмешательства на поверхностных варикозно расширенных венах у ХОБ может привести к большим осложнениям. Вопрос качества и продолжительности жизни хронических онкологических больных с каждым годом принимает всё большее значение в современном мире. При статистическом анализе реестров раковых больных прослеживается явная тенденция роста, такого параметра, как «относительная выживаемость». Снижается и общая смертность раковых больных, и эта тенденция прослеживается на фоне роста параметров заболеваемости.

Материалы и методы: За период с 2021 по 2023 г. в учреждениях, которые представляют авторы в проспективное клиническое когортное исследование включены 288 пациентов хронических онкологических больных, которые имели так же поверхностное расширение вен нижних конечностей. Рак головы и шеи был (C07, C14, C32, C33) у 72 пациентов, карцинома яичника (C56) у 38 пациентов, карцинома предстательной железы (C61) у 36 пациентов, аденокарцинома молочных желез (C50) у 29 пациентов, карцинома тонкой кишки (C17) 38 пациентов и колоректальный рак (C18) у 63 пациентов, рак щитовидной железы (C73) у 12 пациентов. Средний возраст пациентов составил 49 лет, среди пациентов преобладали лица женского пола (57,85 %). Распределение пациентов в зависимости от класса ХЗВ: С 2 (n =166); С 3 (n= 86); С 4 (n=12); С 5 (n=16); С 6 (n=8). Диагноз ПТФС имели 153 пациента. Основными диагностическими методами являлись ультразвуковое исследование и КТ-ангиография, позволявшая окончательно верифицировать диагноз. Пациенты были разделены на 2 группы. 1 группа - 153 пациента, которая получила хирургическое вмешательство. 2 группа - 135 пациентов получала консервативную терапию (пациенты, которые имели диагноз ПТФС). Методом выбора операций для 107 пациентов было ЭВЛО и 24 пациентов РЧА, 22 пациентам выполнили классическую комбинированную флебэктомию.

Результаты: Оценили клинические и ультразвуковые признаки удачного течения послеоперационного периода у прооперированных пациентов в течении 3 мес, 6 мес, 12 мес, 24 мес. В оперированной группе больших послеоперационных осложнений не наблюдалось. Послеоперационная летальность для хирургических методов лечения для 153 пациентов не было. Активизация больных после применения малоинвазивных методов лечения составляет в среднем 30 минут, тогда как после открытой операции в среднем через 5 часов. Отдаленные результаты оценены в марте 2024 года. В после операционном периоде при ультразвуковом исследовании, была выявлена четкая картина соответствующая проведенному ЭВЛО, РЧА или комбинированной флебэктомии. В раннем послеоперационном периоде, в просвете глубоких вен, не было зафиксировано признаков ТГВ. С течением времени, на отдаленных сроках 24 и 36 месяцев, стенка вены плохо различима. В группе пациентов, которым провели комбинированную флебэктомию, было выявлено 4 малых осложнения и одно среднее. В группе РЧА и ЭВЛО было выявлено 7 малых осложнений.

Обсуждения: Онкологическое заболевание в среднем увеличивает риск развития ВТЭ в 6-7 раз, так по данным одного из крупных (более 66 000 больных со злокачественными образованиями) исследований, проведенного в Нидерландах, 60 распространённость ВТЭ у больных раком более чем в 6 раз выше, чем у населения в целом. По результатам посмертных исследований частота тромбоза среди умерших от рака достигает 50%. Злокачественные новообразования (ЗНО), в настоящее время, служат главной причиной возникновения венозных тромбоемболических осложнений (ВТЭО) у хронических онкологических больных. Назначение гормонов и химиотерапии у хронических онкологических больных, страдающих варикозным расширением вен нижних конечностей, повышает риск тромбообразования в 6-11 раз.

Выводы: Прооперированные ХОБ с помощью ЭВЛО и РЧА не имеют большого числа осложнений и рецидивов. ЭВЛО и РЧА превосходит по эффективности и не уступает по влиянию на качество жизни ХОБ в послеоперационном периоде методу комбинированной флебэктомии. Всё это может служить основой для выбора метода ЭВЛО и РЧА при хирургическом лечении ВБНК, у такой группы пациентов, как ХОБ. Применение малоинвазивных методик лечения у ХОБ обеспечивает для хирурга и пациента комфортные условия и сокращает время и продолжительность операции. Для ХОБ малую травматичность, быструю реабилитацию, снижение частоты отдаленных осложнений и лучший косметический эффект. Для здравоохранения данная методика обеспечивает высокую экономическую эффективность, в связи с коротким сроком пребывания пациента в стационаре.

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кузовлев С.П., Милеев В.А.

Калининград, Россия

Оперативное лечение больных с сочетанными хирургическими заболеваниями является актуальной и сложной проблемой в современной хирургии. По литературным данным у 25-30 % больных, поступающих в хирургическое отделение, имеется 2-3 хирургических заболеваний.

Цель. Изучить опыт лечения варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей в сочетании с другими хирургическими операциями.

Материал и методы. В исследование включены 74 пациента, которым за период с 2014 г. по 2023 г. выполнены симультанные операции. Из них 44 с использованием лапароскопической и эндоваскулярной техники и у 30 традиционным способом. Возраст больных колебался от 25 до 70 лет. Среди опериро-

ванных больных было 51 (69%) женщин и 23 (31%) мужчин. При использовании лапароскопической техники у 5 больных операция состояла из 4 этапов: лапароскопической холецистэктомии, лапароскопической герниопластики, ЭВЛК на обеих нижних конечностях. В 11 случаях операции состояли из 3 этапов. Восемью пациентам выполнена лапароскопическая холецистэктомия, ЭВЛК на обеих нижних конечностях. Девяти другим пациентам выполнена лапароскопическая герниопластика и ЭВЛК на одной нижней конечности. Остальным 11 пациентам выполнена лапароскопическая холецистэктомия и ЭВЛК.

При использовании традиционных методик радикальная комбинированная флебэктомия сочеталась в 7 случаях с герниопластикой сетчатым эндопротезом по поводу послеоперационной грыжи. В 10 случаях по поводу паховой и в 8 пупочной грыжи. В 5 случаях по поводу доброкачественных образований на коже и подкожной клетчатки больших размеров. В раннем послеоперационном периоде мы наблюдали 1 (1,3%) осложнение в виде серомы послеоперационной раны после герниопластики. Средняя длительность пребывания в стационаре у всех больных 3-5 койко-дней.

Результаты исследования. Ранних послеоперационных осложнений не наблюдалось ни в одном случае. Результаты лечения изучены у всех 74 пациентов в течение 1 года. Непосредственные ближайшие и отдаленные результаты операций удовлетворительные. Улучшилось качество жизни. Одномоментные вмешательства исключают развитие венозных тромбоэмболических осложнений.

Заключение. Таким образом, симультанные операции, как с использованием лапароскопической и эндоваскулярной техники, так и традиционным способом, у больных с варикозной болезнью нижних конечностей, является эффективным методом лечения. Такое сочетание операций сводит к минимуму развитие таких серьезных осложнений, как острый тромбоз и тромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей, что позволяет их рекомендовать к более широкому применению в хирургической практике.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕОДИМОВОГО ЛАЗЕРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕАНГИОМНА ЛИЦЕ

Кулагина С.С., Ожерельев Е.В.

Владивосток, Россия

Введение. Гемангиомы являются часто встречающейся патологией среди взрослого населения. Чаще всего они располагаются в области вокруг глаз, на шее, губах, коже головы, туловище и руках, что приводит к эстетическому дискомфорту, а также к их легкой травматизации.

Цель. Оценить эффективность применения трансдермального длинноимпульсного неодимового лазера.

Материалы. Женщина 38 лет, с трехлетнего возраста отмечает появления сосудистого образования на верхней губе. С 10 летнего возраста образования перестало увеличиваться в размере и покрывало только середину верхней губы. В 35 летнем возрасте после травматизации этого образования во время косметических процедур отметила постепенное увеличение по всей площади верхней губы. На приеме при осмотре обнаружена капиллярная гемангиома верхней губы. Выполнен 1 сеанс трансдермальным длинноимпульсным неодимовым лазером Harmony XL Pro (Almalasers, Israel), размером рабочего пятна 6 мм, длительностью импульса 15 мс, флюенс – 130 Дж/кв.см. Для локального охлаждения кожи использовался воздушный кулинг (-1 С)5 Lasertech (USA). После процедуры на верхнюю губу нанесен декспантенол 5% (Бепантен). Рекомендовано продолжить наносить его 2 раза в день в течение 5 дней. При осмотре на следующий день отмечалась отечность, локальная болезненность верхней губы. На контрольном осмотре через месяц гемангиома не определялась.

Выводы. Применение трансдермального длинноимпульсного неодимового лазера для лечения гемангиом на лице является перспективным и эффективным методом, так как обеспечивает значительный эстетический результат, отсутствие осложнений и раннюю реабилитацию.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕОДИМОВОГО ЛАЗЕРА С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 1064 НМ И КОМБИНАЦИИ НЕОДИМОВОГО ЛАЗЕРА СО СКЛЕРОТЕРАПИЕЙ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ РЕТИКУЛЯРНЫХ ВЕН В СРАВНЕНИИ СО СКЛЕРОТЕРАПИЕЙ В ЧИСТОМ ВИДЕ: ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО РАНДОМИЗИРОВАННОГО КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Курбанов Г.И., Букина О.В.

Тамбов, Россия

Цель – сравнить эффективность и безопасность неодимового лазера с длиной волны 1064 нм, комбинации неодимового лазера с длиной волны 1064 нм со склеротерапией и склеротерапии в чистом виде для устранения ретикулярных вен.

Материал и методы. Проспективное рандомизированное клиническое исследование. Критерием включения были женщины старше 18 лет, желающие избавиться от ретикулярных вен, подписавшие информированное согласие на участие в исследовании. Пациенты были рандомизированы на 3 группы в зави-

симости от вида вмешательства: группа 1 – чрескожная лазерная коагуляция с параметрами: плотность энергии 140 Дж/см², длительность импульса 50 мс, размер пятна 7 мм; группа 2 – чрескожная лазерная коагуляция с параметрами: плотность энергии 70 Дж/см², длительность импульса 15 мс, размер пятна 7 мм плюс склеротерапия с использованием 0.3% раствора полидоканола (этоксисклерол); группа 3 – склеротерапия с использованием 0.5% раствора полидоканола (этоксисклерол). Первичной конечной точкой считали исчезновение ретикулярных вен через 2 месяца. Чистоту кожи оценивали два независимых ослепленных эксперта по фотографиям, используя 6-бальную шкалу (от 0 до 5 баллов). В те же сроки оценивалась частота побочных эффектов. Во время проведения процедуры определяли уровень боли с помощью цифровой рейтинговой шкалы.

Результаты исследования. Были проанализированы промежуточные результаты 7 пациентов из 1 группы, 9 – из 2 группы, 4 – из 3 группы. Среднее значение чистоты кожи (интерквартильный размах) было выше в первой и второй группе, чем в третьей: 2.5 (0.25–4) и 3 (0–3.75) против 1.55 (0.75 – 2.5), однако разница оказалась статистически незначимой, $p = 0.68153$. Уровень боли в первой группе значительно превышал таковой во второй и третьей: 6 (6 – 8) против 2 (1,5 – 4,75) и 5 (2,5 – 6) соответственно, $p = 0.03724$. В третьей группе чаще выявлялась гиперпигментация после вмешательства 75% против 28.6% и 33.3% в первой и второй группах, но разница была статистически незначимой, $p = 0.274$.

Заключение. Согласно предварительному анализу результатов исследования чрескожная лазерная коагуляция, склеротерапия и комбинация методов являются одинаково эффективными в устранении ретикулярных вен, но гиперпигментация чаще возникает после склеротерапии в чистом виде, однако это требует подтверждения на выборке большего объема. Чрескожная лазерная коагуляция имеет более выраженный болевой синдром и, возможно, требует анестезии.

ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН ПРИ БОЕВОЙ ТРАВМЕ

Кучеров С.А., Андриенко В.В., Хаджинов П.В.

Донецк, Россия

Цель. Анализ структуры оперативного пособия при повреждении магистральных вен в условиях боевой травмы.

Материал и методы. С 2022 по 2024 год в отделении сосудистой хирургии РКБ им.М.И.Калинина пролечен 81 пациент с повреждением магистральных вен. У 72 (87,8%) пациентов причиной повреждения была минно-взрывная травма, у 9 (12,2%) – огнестрельное ранение. Медицинская помощь оказывалась в сроки

от 2 часов до 61 дня, однако в основном осуществлялась в первые 24 часа – 74 (90,2%) случая. Локализация повреждений вен: внутренняя яремная – 4 (4,9%), подключичная – 8 (9,9%); плечевая – 8 (9,9%), общая бедренная – 2 (2,5%), поверхностная бедренная – 29 (35,8%), подколенная – 17 (21,0%), вены голени – 13 (16,0%). Причем, у 43 (53%) пациентов имело место сочетанное повреждение одноименной артерии.

Результаты. Выполненные оперативные вмешательства распределились следующим образом: перевязка вены – 38 (46,9%); сосудистый шов – 23 (28,4%); ампутация конечности – 14 (17,3%); разобщение артерио-венозного соустья – 6 (7,4%), с последующим наложением сосудистого шва – 2 (2,5%) или перевязкой вены – 4 (4,9%). При сочетанном поражении одноименной артерии реконструктивно-восстановительные операции (шунтирование, протезирование, сосудистый шов) выполнены у 29 (67,4%) пациентов, в то время как ампутация конечности у 14 (32,6%).

Заключение. Повреждение магистральных вен при боевой травме в основном характеризуется наличием протяженного, обширного, рваного дефекта сосуда, что, зачастую, делает невозможным, а, иногда, и нецелесообразным восстановление его целостности. В нашей когорте лишь у 25 (30,9%) пациентов была восстановлена целостность магистральной вены. Лигирование магистральной вены не влекло за собой ампутацию конечности, а приводило к развитию посттромботической болезни. Все ампутации выполнены либо при наличии необратимых изменений в тканях конечностей вследствие ишемии, либо при наличии огромных дефектов мягких тканей, сосудов, костных структур.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ФАСЦИОТОМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВЕНОЗНОМ КОМПАРТМЕНТ СИНДРОМЕ

Кушнарчук М.Ю., Каторкин С.Е.

Самара, Россия

Цель: Оценка клинической эффективности применения эндоскопической фасциотомии в лечении пациентов с хроническими заболеваниями вен (ХЗВ) нижних конечностей С4 клинического класса и оптимизация хирургической коррекции венозной гемодинамики.

Материалы и методы: При наиболее тяжелых формах хронической венозной недостаточности (ХВН) прогрессирующий дерматолипосклероз поражает кожу, а также подкожные и субфасциальные структуры. Хронический венозный компартмент синдром (ХВКС) является следствием выраженного и распространенного дерматолипосклероза у больных хроническими заболеваниями вен нижних конечностей С4 клинического класса. Отсутствие адекватной коррекции

ХВКС приводит к неудовлетворительным отдаленным результатам оперативного лечения, развитию выраженной функциональной недостаточности нижних конечностей, а в некоторых случаях продолжительной потерей трудоспособности, возможной инвалидизацией, что, часто приводит к серьезным психологическим изменениям, значительным ограничениям качества жизни и социальной маргинализации. Применение эндоскопической фасциотомии является актуальным методом хирургической коррекции ХВКС. В дополнение к ультразвуковому сканированию, были использованы клинический анализ движения, методика измерения субфасциального давления, разработанная Т. Е. Whitesides и КТ-визуализация нижних конечностей. В рамках исследования участвовало 103 пациента. Пациентам I группы (n=51 (49,5%)) была проведена комбинированная венэктомия, включающая эндоскопическую газовую двухпортальную субфасциальную диссекцию перфорантных вен и фасциотомию с использованием модернизированного фасциотома. Второй группе пациентов (n=52(50,5%)) комбинированная венэктомия была дополнена эндоскопической диссекцией перфорантных вен. Оценка эффективности хирургического вмешательства проводилась в период от 3 до 6 месяцев после операции, что позволило объективно оценить улучшение состояния и качества жизни пациентов.

Результаты исследования: Развитие хронического венозного компартмент синдрома существенно ухудшает функционирование мышечно - венозной помпы голени, ведя к ограничению мобильности голеностопного сустава. Любая степень ограничения движения в голеностопном суставе может вызвать функциональную недостаточность икроножных мышц и усугублять проявления ХВН, в результате чего формируется артрогенный конгестивный синдром. После выполнения пациентами функционально-нагрузочных проб отмечалось появление болей в нижних конечностях, преимущественно в икроножных мышцах голени. Отмечались также симптомы гипостезии на стопе, в частности, в первом межпальцевом промежутке и на плантарной поверхности пяточной области. При С4 клиническом классе повышение давления в компартментах голени статистически значимо коррелирует с выраженностью дерматолипосклероза, достигая $12,4 \pm 1,3$ мм рт.ст. Результаты КТ исследования подтвердили наличие оссифицирующего периостита и остеосклероза у 20 % пациентов. Отмечалось уменьшение толщины кожи и подкожно - жировой клетчатки. Изменение плотности мышечной ткани свидетельствует о формировании ХВКС.

В срок до 3 месяцев наблюдалось более выраженное улучшение показателей флебогемодинамики у пациентов I группы после проведения комбинированной венэктомии, дополненной эндоскопической диссекцией перфорантных вен и фасциотомией. Через 6 месяцев у пациентов I группы отмечалось более высокое качество жизни по сравнению со II группой. Функционально-нагрузочная проба не вызвала клинических проявлений невропатии.

Заключение: При диагностированном ХВКС необходимо комплексно подходить к хирургической коррекции венозной гемодинамики, дополняя её эндоскопической декомпрессионной фасциотомией мышечных футляров голени. Это позволяет значительно улучшить качество жизни пациентов, повышая эф-

фективность гемодинамики и уменьшая проявления невралгии. Применение модернизированного фасциотома обеспечивает минимизацию травм окружающих тканей и снижает риск кровотечений, способствуя более безопасному и эффективному исходу лечения.

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО И «ДАЛЬНИЕ ЭКСТРАВАСКУЛЯРНЫЕ ПУТИ» - ТРЕТЬЯ ДРЕНАЖНАЯ СИСТЕМА?

Летягин А.Ю., Бгатова Н.П., Небрат В.В.

Новосибирск, Россия

Новые данные о строении гликокаликса эндотелиоцитов венозной части капилляров и венул, и лимфатических капилляров и сосудов, новые данные об изменениях лимфатической системы у глубоководных животных и во время орбитального полета (ангравитационная лимфедема) привели к пересмотру схемы Starling'a массопереноса интерстициальной жидкости (ISF) в микроциркуляторном компартменте. Регистрация внесосудистого потока в периваскулярных пространствах (PVS) головного мозга была сделана Durand-Fardel, Rudolf Virchow и Charles Robin еще в середине 19-го века, а недавно периваскулярный путь вдоль адвентициальной оболочки церебральных вен был идентифицирован как дренажная система головного мозга, названная глимфатической системой [Rennels et al., 1985; Iliff et al., 2012].

Работы китайских, американских и европейских авторов в последние 10-15 лет на основе прижизненной флуоресцентной эндостереомикроскопии (pCLM) in vivo с различными флуоресцентными трассерами (флуоресцеин, флуоресцеинизотиоцианат, ферроцианид), в том числе на человеке; конфокальной лазерной сканирующей микроскопии (CLSM); сканирующей (SEM) и просвечивающей (TEM) электронной микроскопии; прижизненной магнитно-резонансной томографии (MPT) с Gd-содержащими контрастными веществами; с помощью «классической» технологии с инъекцированием туши в сочетании с фазовоконтрастной микроскопией и иммуногистохимическими исследованиями дают повод к новой интерпретации морфологической визуализации интерстиция. Технологии восстановления 3D-изображений интерстициальных каналов показали их наличие как на локальном (регионарном), так и на организменном уровне («дальние экстраваскулярные пути»).

В последние 3-4 года количество этих работ увеличилось, в том числе - в ведущих мировых журналах (уровня Nature, Scientific Reports) появились публикации, которые, тем не менее, попали под огонь критики. Тем не менее, дискуссия, развернувшаяся на страницах European Journal of Anatomy (официальный журнал Spanish Association of Anatomy), пришла к выводу, что «основное веще-

ство», в новой интерпретации, отождествляется с «тканевой жидкостью» (ISF), в которую погружена фиброзная сетка соединительной ткани, а «отверстия», показанные при прижизненной микроскопии и в криофиксированных образцах, имеют просвет порядка 20–70 мкм [Benias P.C., et al.2018].

Если медицинское сообщество примет интерстиций как орган, это может быть самый большой орган человеческого организма, а объем ISF в интерстиции более чем в три раза превышает объединенный объем сердечно-сосудистой и лимфатической систем. Более того, новая интерпретация «легализует» еще одну дренажную систему организма («дальние экстравазкулярные пути» интерстиция), где ISF движется по системе внесосудистых путей, сформированных в основном коллагено-эластиновыми волоконными матрицами, и частично - за счет мембран фиброцитов. Каждый путь имеет как минимум три зоны: (1) Диффузный (нераспознаваемый) интерстиций с сетчатыми волокнистыми матрицами и межфазной зоной, секретирующей ISF; (2) Периневральные, паравенозные, параартериальные и перифасциальные дальние пути транспортировки ISF на большие расстояния; (3) Зона абсорбции ISF в диффузном интерстиции с волокнистыми матрицами и межфазной зоной в органах, способных осуществлять экскрецию ISF и растворенные в ней метаболиты.

Вероятно, эти данные позволят понять механизм эффекта компрессионной терапии лимфедемы, когда регионарные лимфатические сосуды и узлы субтотально гипоплазированы, и оценить результативность терапии хронических ран и прогрессивных форм ХВЗ и при развитии флеболимфедемы.

КАК ЗАЩИТИТЬ ПАЦИЕНТА ОТ «ФЛЕБОЛОГА»?

Магидов Л.А.

Смоленск, Россия

В последнее десятилетие значительно возросло число пациентов, обращающихся к различным специалистам с жалобами на различные непривычные или вновь появившиеся ощущения в нижних конечностях. К ним можно отнести боли различной интенсивности, отеки, изменение цвета кожных покровов и высыпания, деформации суставов, судороги, парестезии и прочие. Постоянная (достаточно агрессивная) реклама в многочисленных средствах массовой информации препаратов, избавляющих пациентов от заболеваний сосудов и вен в том числе, а главное, угрозы тромбозов, являются стимулом к обращению к врачу.

В связи с резко возросшим числом коммерческих медицинских центров и недостаточным количеством специалистов в государственных лечебных учреждениях, многие пациенты обращаются в платные поликлиники к врачам, которые обозначены как флебологи. Нужно отметить, что большинство этих специали-

стов никогда не работало в отделениях сосудистой хирургии либо флебологии, а чаще всего прошли 2-3 дневные тематические курсы, проводимые компаниями, производящими флеботоники или антикоагулянты.

Цель исследования: провести анализ состояния и наличия заболеваний у пациентов, ранее посетивших врачей на платном приёме.

Материалы и методы: в отделение сердечно-сосудистой хирургии в течение 1 года обратилось 32 пациента, ранее посетивших флеболога в коммерческих медицинских центрах. Женщин среди них было 25, мужчин -7. Пациенты были различного возраста от 17 до 72 лет. При амбулаторном либо (реже) стационарном обследовании у 11 человек выявили полинейропатию нижних конечностей, ещё у 7 – артрозы коленного либо голеностопного суставов, у 4 – остеохондроз, в 5 случаях – вторичный лимфостаз, у 4-сахарный диабет и у одного – кисту Беккера. Нужно отметить, что у всех пациентов под кожей нижних конечностей можно было выявить незначительно расширенные подкожные вены длиной от 3 до 10 см, что можно расценить как варикозную болезнь вен не выше С1 степени. 29 пациентам было предложено дорогостоящее оперативное лечение, тогда как специалисты должны были понимать, что жалобы пациента связаны не с проявлениями варикозной болезни вен и хронической венозной недостаточностью и оперативное лечение им в данном случае не поможет.

Отдельно хотелось бы отметить, что распространенная и повсеместно рекламируемая лазерная абляция варикозных вен часто проводится без показаний или при наличии противопоказаний к данному виду лечения (острые тромбозы флебиты). В отделение периодически поступают пациенты с осложнениями после эндовенозной лазерной облитерации и с рецидивами варикозной болезни вен после лечения в платных поликлиниках.

Выводы: 1. диагностические ошибки и осложнения при лечении венозной патологии в платных медицинских учреждениях говорят о невысокой квалификации врачей и выходящими на первый план коммерческими интересами.

2. Изменить создавшееся положение можно, на наш взгляд, проведением периодической государственной сертификации специалистов коммерческих медицинских учреждений, более строгого лицензирования и ограничения рекламы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ ЛИНТОНА И ФЕЛЬДЕРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ГОЛЕНИ

Магидов Л.А., Кураш И.О., Расулов Р.К., Побожая Н.С.

Смоленск, Россия

С внедрением в хирургическую практику новых технологий и методов лечения, таких как эндовазальные и малоинвазивные вмешательства, такие опера-

ции, как подфасциальная перевязка комммуникантных в сочетании с флебэктомией стали применяться всё реже. Мы провели анализ лечения больных с трофическими язвами голени находившимися в клинике в течение 5 лет.

Цель исследования: изучить результаты оперативного лечения при долго не заживающих трофических язвах голени.

Материалы и методы: нами изучены результаты лечения 37 пациентов с длительно не заживающими язвами голени. Среди них мужчин было 12, женщин - 25. Средний возраст мужчин составил 52+ 3,5 года, женщин - 55 +4,1, причем нужно отметить, что более половины пациентов находились в работоспособном возрасте. У всех пациентов язвы локализовались на голени и имели давность от 5 месяцев до 3 лет. Площадь язвенных поверхностей составляла от 0,5 см до 50 см. Длительные приёмы флеботоников наряду с местным лечением видимого улучшения не приносили. Причиной возникновения трофических язв у 8 мужчин и 11 женщин была варикозная болезнь вен нижних конечностей, у остальных – посттромбофлебитическая болезнь. Предоперационная подготовка во всех случаях включала не менее 5 сеансов физиотерапевтических процедур, включающих электрофорез с антибиотиками и облучение низкоэнергетическим лазером язвенной поверхности для частичной санации и улучшения репаративных процессов. Операции Линтона и Фельдера проводились по стандартным методикам в сочетании с флебэктомией по Бэбкоку – Нарату. Оперативное лечение осуществлялось под спинно-мозговой либо перидуральной анестезией, длительность операций не превышала 1 часа 45 минут. Перед ушиванием кожных ран на голени раны дважды обрабатывались раствором перекиси водорода. В послеоперационном периоде все пациенты получали анальгетики, антибиотики, НПВС, перевязки. Швы снимали на 8-9 день.

Результаты исследования: в послеоперационном периоде отек оперированной конечности уменьшался в среднем на 2 см по окружности, что отчасти можно связать с постоянной эластической компрессией. У 35 пациентов раны зажили первичным натяжением, в 2 случаях после операций Линтона имело место нагноение раны на голени, что потребовало продления госпитализации на 7 дней. У 27 пациентов к моменту выписки язвы закрылись, у остальных находились в стадии грануляции и частичной эпителизации. 15 человек осмотрены в сроки от 6 до 12 месяцев. Кожных дефектов не обнаружено, стадии ХВН не превышали С3.

Обсуждение: сочетание физиотерапевтического лечения в предоперационном периоде с подфасциальной перевязкой комммуникантных вен по Линтону и Фельдеру приводит к заживлению длительно существовавших трофических язв голени. Пребывание в стационаре в большинстве случаев не превышает 10 дней, во всех наблюдениях отмечен стойкий клинический эффект.

Выводы: 1. Операции подфасциальной перевязки комммуникантных вен по Линтону и Фельдеру не утратили своего значения в связи с хорошим клиническим результатом и возможностью выполнения без дополнительного оборудования и аппаратуры.

2. В отдаленном периоде у пациентов отмечается стойкий клинический эффект, проявляющийся в снижении стадии хронической венозной недостаточности.

РАЗБОР УСПЕШНОГО КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ДИАГНОЗОМ ПЕРВИЧНАЯ ПОЗДНЯЯ ЛИМФЕДЕМА ЛЕВОЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ III СТАДИИ ПО M.FOELDI, ОСЛОЖНЕННАЯ ТРОФИЧЕСКОЙ ЯЗВОЙ ГОЛЕНИ, ЛИМФОРЕЕЙ И РЕЦИДИВИРУЮЩИМ РОЖИСТЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ МЕТОДОМ КОМПЛЕКСНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ ПРОТИВООТЁЧНОЙ ТЕРАПИИ

Макаров И.Г., Иванов А.Г.

Санкт-Петербург, Россия

Цель: На примере клинического случая лечения первичной лимфедемы левой нижней конечности III стадии по M.Foeldi, осложнённой трофической язвой левой голени, лимфореей и рецидивирующим рожистым воспалением определить эффективность методов лечения, применяющихся в медицинском центре Аванта (г. Санкт-Петербург).

Материалы и методы: Клинический случай. Пациентка 48 лет. С 2000 года страдает лимфедемой левой нижней конечности III стадии по M.Foeldi. Состояние осложнилось лимфореей и трофическими язвами нижней конечности.

Последние несколько лет беспокоят рецидивирующие рожистые воспаления левой голени.

Переносила операции по поводу флегмоны и иссечения краёв трофических язв правой нижней конечности. При поступлении выраженный отек левой голени, деформирующий контур, гипертрофия подкожно-жировой клетчатки, трофические язвы левой голени передней и задней поверхности, лимфореея, липодерматосклероз.

Пациентке был проведён курс комплексной физической противоотечной терапии, включающий в себя: мануальный лимфодренаж, компрессионное бандажирование, а также уход за кожей в зоне отека и обработка трофических язв

После курса лечения надет компрессионный трикотаж на левую нижнюю конечность.

Результаты исследования: За время лечения (в течение 4 недель) отмечена резко положительная динамика в виде размягчения мягких тканей в области голеностопного сустава, выраженного уменьшения отека левой нижней конечности до - 45,0 см. За время лечения снижение веса составило 20 кг. Трофические язвы, закрылись. Лимфореея прекратилась.

Заключение: Применяемая в МЦ Аванта методика выполнения комплексной физической противоотечной терапии является высокоэффективной для лечения пациентов с осложнёнными формами длительно существующей лимфедемы.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЦИАНАКРИЛАТНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН

Максимов С.В., Смяловский Д.В.

Дмитров, Россия

Цианакрилатная облитерация перфорантных вен является перспективным способом устранения горизонтального вено-венозного рефлюкса у пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей. Вместе с тем, недостаточный опыт применения и отсутствие данных об эффективности метода в отдаленном периоде ограничивают его применение в широкой клинической практике.

Цель исследования: Изучить отдаленные результаты применения цианакрилатной облитерации перфорантных вен в комплексном лечении пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей.

Материалы и методы: В период с июля 2021 года по декабрь 2023 года цианакрилатная облитерация перфорантных вен проведена 124 пациентам с варикозной болезнью вен нижних конечностей. Показания для проведения процедуры:

У 28 пациентов (22,58%) отмечался первичный рефлюкс по перфорантным венам, что явилось причиной развития варикозной болезни

У 37 пациентов (29,84%) перфорантные вены располагались в зоне трофических расстройств (в том числе у 6 пациентов (4,84% имелись венозные трофические язвы)

У 59 пациентов (47,58%) перфорантные вены имели значительный диаметр, были расценены, как гемодинамически значимые.

По локализации перфорантные вены были распределены следующим образом: перфорантные вены медиальной поверхности бедра – 9 (7,26%), перфорантные вены медиальной поверхности голени – 77 (62,09%), икроножные перфорантные вены – 15 (12,09%), перфорантные вены подколенной ямки – 18 (14,51%), латеральные перфорантные вены бедра – 3 (2,42%), латеральные перфорантные вены голени – 2 (1,61%).

Диаметр перфорантных вен составил от 3 до 7 мм (средний диаметр 4,3 мм).

Объем вводимой клеевой композиции от 0,15 до 0,4 мл (в среднем 0,25 мл).

Результаты: Первичная окклюзия целевых перфорантных вен достигнута в 119 случаях (95,9%). Двум пациентам проведена повторная цианакрилатная облитерация перфорантных вен, трем – эхоконтролируемая микропенная склеротерапия. Во всех случаях удалось добиться окклюзии целевого перфоранта. В раннем послеоперационном периоде в проекции перфорантной вены у 13 пациентов (10,48%) отмечалась флебитоподобная реакция, у 18 (14,51%) – умеренно выраженный болевой синдром без явлений флебита. У трех пациентов (2,41%) отмечено распространение клеевой композиции на глубокие вены с сегментарной окклюзией последних. Данное состояние не сопровождалось клиникой тромбоза глубоких вен. У одной пациентки в сроки до 2 месяцев после облите-

рации перфорантной вены подколенной ямки отмечено формирование гранулемы инородного тела с образованием свища, что потребовало кюретажа просвета сосуда. Отдаленные результаты прослежены в сроки от 3 до 24 месяцев. Окклюзия целевой перфорантной вены отмечена в 111 случаях (89,51%). Ко второму году наблюдения облитерированный перфорант, как правило, перестает дифференцироваться при проведении ультразвукового дуплексного сканирования. В отдельных случаях сохраняются единичные гиперэхогенные включения без признаков кровотока. Реканализованные перфорантные вены подвергнуты повторной цианакрилатной облитерации у 2 пациентов (1,61%). В 4 случаях (3,22%) проведена склерооблитерация, в 1 случае (0,8%) эндовенозная лазерная облитерация перфоранта. У оставшихся 6 пациентов (4,83%) произошло уменьшение диаметра перфорантной вены с потерей его гемодинамической значимости.

Выводы: Цианакрилатная облитерация перфорантных вен является эффективным методом ликвидации горизонтального вено-венозного рефлюкса. Небольшой клинический опыт применения данного метода требует дальнейшего изучения.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ САФЕНО-ПОДКОЛЕННОГО ПЕРЕКЛЮЧЕНИЯ ЧЕРЕЗ ВОЗВРАТНУЮ ВЕНУ БОЙДА

Малинин А.А., Чомаева А.А.

Москва, Черкесск, Россия

Цель: дать оценку отдаленным результатам сафено-подколенного анастомоза через возвратную вену Бойда и коррекции осложнений.

Материалы и методы. Проведено изучение отдаленных результатов у 7 больных с ПТБ илиофemorального сегмента после операции гемодинамической коррекции с использованием возвратных или перфорантных вен голени.

Сроки наблюдения составили от 2 до 5 лет после создания сафенного переключения венозного оттока крови. Больные распределены на 2 группы.

Из них в 1 группе без осложнений и жалоб у 4 больных проведено УЗИ и определено функционирование подколенного или тиббиального переключения. 2 группа состояла из 3 пациентов, которые предъявляли жалобы на боли и распирающие при ходьбе в области голени. По данным УЗИ зона переключения была проходима. Для определения причин жалоб больным проведена КТ-флебография.

Результаты. У больных 1 группы на основании проведенного УЗИ доказано проходимость сафенного переключения и хороший клинический эффект со снижением симптомов ХВН и отсутствие жалоб.

У больных 2-й группы после анализа КТ флебографии были выявлены резидуальные варикозные вены, которые отходили как от ствола БПВ, так и от си-

стемы глубокой бедренной вены. При сопоставлении инструментальных и клинических данных было установлено, что у них в вертикальном положении и при ходьбе за счет ретроградного тока крови по этим незначительным резидуальным венам развивалась поверхностная флебогипертензия в области голени и венозный застой. Это приводило к болевому симптому и распирающую голени. Коррекция осложнений заключалась в удалении резидуальных варикозных притоков, после чего симптоматика купировалась во всех случаях.

Выводы. Таким образом, хирургическое гемодинамическая коррекция кровотока за счет унифокализации коллатерального оттока по сафене позволяет осуществить его длительное функционирование. В случае развития и прогрессирования резидуального варикозного расширения вен возможно появление симптоматических жалоб, которые полностью купируются после их удаления.

КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МИКРОПЕННОЙ СКЛЕРОТЕРАПИИ И ЧРЕСКОЖНОГО МИКРОСЕКУНДНОГО ЛАЗЕРА ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИЙ И РЕТИКУЛЯРНЫХ ВЕН

Манджикян О.П., Данелян Б.А.

Москва, Россия

Цель: оценить эффективность и безопасность комбинированного применения микропенной склеротерапии и чрескожного микросекундного лазера для лечения телеангиэктазий и ретикулярных вен.

Методы: одноцентровое, нерандомизированное, проспективное пилотное исследование проводилось с января 2021 по январь 2022 года. Всего было пролечено 42 пациента (62 конечности) с телеангиэктазиями и ретикулярными венами. Было проведено предварительное дуплексное сканирование, чтобы исключить наличие патологического рефлюкса в стволовых венах. Лечение включало одномоментную комбинацию чрескожной лазерной и склеротерапии. Склеротерапию проводили с использованием пены из 0,3% раствора полидоканола и атмосферного воздуха в соотношении 1:1. Сразу после склеротерапии те же сосуды были обработаны чрескожным микросекундным Nd:YAG лазером (Aerolase Neo, США) с длиной волны 1064 нм. Параметрами лазера были – длительность импульса 1,5 мс, диаметр пятна 5 мм, плотность излучения 51 Дж/см². Выполнялось 2-4 прохода через сосуды-мишени. Общий объем склерозирующей пены, вводимой за одну процедуру, не превышал 10 мл. Результаты оценивались с использованием фотодокументации, субъективных шкал и анкет через 1, 3 и 12 месяцев.

Результаты: после года наблюдения отличный результат (элиминация сосу-

дов более 75%) был достигнут в 44 (71%) случаях, а хороший результат (элиминация сосудов 50–75%) был достигнут в 18 (29%) случаях. Средняя удовлетворенность пациентов процедурой составила 85%. Гиперпигментация кожи зарегистрирована в 6 (9,7%) случаях при лечении крупных ретикулярных вен, а возвратная телеангиэктазия (мэттинг) - в 3 (4,8%) случаях, которые исчезли в течение 12 месяцев после процедуры. Осложнений, требующих дополнительного лечения, не было.

Выводы: комбинация микросекундного Nd:YAG лазера с длиной волны 1064 нм и микропенной склеротерапии является эффективным и безопасным методом лечения телеангиэктазий и ретикулярных вен. Для устранения ограничений данного исследования необходимы проведение проспективных рандомизированных исследований. Дальнейшие исследования помогут подтвердить эффективность и безопасность этого метода лечения, а также установить четкие протоколы лечения.

ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ СО СНИЖЕННОЙ ЛИНЕЙНОЙ ПЛОТНОСТИ ЭНЕРГИИ

**Манджикян О.П., Кутидзе И.А., Исаев А.М., Данелян Б.А.,
Краснощёкова Л.С., Солиев С.**

Москва, Россия

Цель: изучение результатов эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК) с использованием диодного лазера длиной волны 1470 нм и радиальных световодов при сниженной линейной плотности энергии (ЛПЭ).

Методы: проведено ретроспективное нерандомизированное исследование на базе ГБУЗ «ГКБ им. А. К. Ерамишанцева ДЗМ». Было изучено 100 случаев ЭВЛК больших подкожных вен, которые были разделены на две группы в зависимости от величины ЛПЭ. Первая группа включала 50 случаев с низкой ЛПЭ (средняя ЛПЭ $45 \pm 9,5$ дж/см), вторая группа состояла из 50 случаев с рекомендованной ЛПЭ (средняя ЛПЭ $74 \pm 14,4$ дж/см) ($p < .05$). Средний возраст пациентов составил 56 ± 14 лет. ЭВЛК выполнялась стандартной техникой с использованием диодного лазера длиной волны 1470 нм и радиальных световодов (Biolitec AG). В послеоперационном периоде пациентов наблюдали клинически и с помощью дуплексного сканирования вен. Средний срок наблюдения составил 6 месяцев.

Результаты: В средний срок наблюдения зарегистрирована облитерация (абляция) у 100% (100) пациентов в обеих группах. Реканаллизации целевых вен не наблюдалось.

Выводы: ЭВЛК – безопасный и эффективный метод лечения пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей. Хорошие клинические и ультразвуковые результаты ЭВЛК достигнуты при ЛПЭ 45–75 дж/см. Для опре-

деления оптимального порогового значения ЛПЭ для эффективной облитерации вен требуются дальнейшие хорошо спланированные рандомизированные исследования.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПРЕССИОННОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ: МНЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СООБЩЕСТВА ФЛЕБОЛОГОВ

Маркин С.М., Кравцов П.Ф., Артемова А.С., Блохина Е.В., Стечишина А.К.

Санкт-Петербург, Самара, Россия

Актуальность. Профилактика и лечение венозных тромбоэмболических осложнений – ответственная задача врача любой специальности. Компрессионная терапия (КТ) наряду с антикоагулянтной занимает при этом ключевые позиции. Внедренные в 2023 г. рекомендации российских экспертов «Профилактика, диагностика и лечение тромбоза глубоких вен» и «Флебит и тромбофлебит поверхностных сосудов» обозначили потенциал применения компрессионного трикотажа, рутинные же назначения сохраняют неоднозначность.

Цель. Проанализировать реальную практику использования средств компрессионной терапии в профилактике и лечении ВТЭО специалистами флебологического сообщества.

Материалы и методы. В рамках подготовки к онлайн семинару «Возможности компрессионной терапии в профилактике и лечении ВТЭО», организованному на образовательной площадке «Актуальная флебология» 06.02.2024 г, проведен опрос участников профессионального сообщества.

В опросе приняли участие 130 респондентов. Анализу подвергались ответы 124 участников, идентифицирующих себя как флебологи 63 (51%), сосудистые хирурги 32 (26%), хирурги 29 (23%).

Специалисты относились преимущественно к среднему возрасту 66% (возраст 31-50 лет), стаж работы большинства (071%) составил более 10 лет. В опросе приняли участие представители всех округов РФ.

Респонденты ответили на 11 вопросов, посвященных особенностям применения компрессионной терапии в лечении и диагностике ВТЭО. Результаты представлены в виде целого числа и процента, отражающего отношение количества респондентов, выбравших данный ответ, к общему числу ответивших на данный вопрос специалистов.

Результаты. По результатам опроса определено, что 98% специалистов в своей практике сталкиваются с необходимостью заниматься профилактикой и лечением ВТЭО.

При лечении тромбоза поверхностных вен (ТПВ) компрессионную терапию используют 98% опрошенных. Назначается она преимущественно в острый (91%) и стихающий (83%) период, при стихшем ее применяют 47% врачей.

Основу назначений составили изделия с уровнем компрессии 23-32 мм.рт.ст – 91%, со сходным предпочтением гольфов 40% и чулок 41%.

Как средство профилактики бессимптомных ТГВ и ТПВ, а также отеков во время длительных (более 5 часов) авиаперелетов компрессионный трикотаж рекомендуется 98% участниками опроса.

Тромбоз глубоких вен, по данным опроса, сопровождается фактически обязательным назначением компрессионной терапии (99%). Основной преследуемой целью является уменьшение болевых ощущений и отечности - 93%, реже – профилактика посттромботической болезни тяжелой степени тяжести - 61%, ускорение реканализации вен - 60%, уменьшение риска прогрессирования ТГВ - 60%. Наименее редко опрошенные рассматривали КТ как средство профилактики рецидива ТГВ – 42%. Профиль назначений при ТГВ также определялся предпочтением гольфов (41%) и чулок (38%) 2 класса – 86%.

Определенная несогласованность ответов выявлена при оценке длительности использования КТ при ТГВ. Строгое ограничение до 6 месяцев продемонстрировали 22% опрошенных, 6-12 месяцев – 14%, 2% рекомендовали пожизненное ношение. Большинство же респондентов (62%) отметили срок 6-12 месяцев и пожизненное в случае развития ПТБ.

Более половины (58%) для профилактики ВТЭО используют RAL – трикотаж, 17% - трикотаж постоянного ношения без ориентира на наличие RAL сертификации, 25% - госпитальный противоэмболический.

Выводы. Внедренные в практику клинические рекомендации существенным образом стандартизовали подходы к использованию компрессионных изделий для профилактики и лечения ВТЭО, в то же время подход отдельных специалистов сохраняет элементы субъективизма, индивидуальных предпочтений.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ И КАТЕТЕРНОЙ СТВОЛОВОЙ СКЛЕРОТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН

Маслянский Б.А., Маслянский В.Б., Шубенок М.А.

Гомель, Республика Беларусь

Введение. Термооблитерация (ЭВЛК, РЧА) широко используется для лечения варикозного расширения вен и считается «золотым стандартом» в этой об-

ласти. Однако, помимо высокой эффективности, надежности и безопасности, у нее есть некоторые недостатки, включая высокую стоимость и необходимость использования тумесцентной анестезии. Кроме термооблитерации, для миниинвазивного лечения варикозного расширения вен также применяется метод склеротерапии. В отличие от термооблитерации, склеротерапия не требует анестезии, является менее затратной, но имеет меньшую эффективность.

Цель: оценить эффективность стволовой склеротерапии в сравнении с лазерной коагуляцией в лечении варикозного расширения вен нижних конечностей.

Методы. Склеротерапия стволов подкожных вен выполнялась с использованием вспененного 1-1.5% раствора этоксисклерола через короткие интравенозные катетеры 18-20G. Первый катетер устанавливался на расстоянии 10 см от соустья с глубокими венами, последующие катетеры – через каждые 8-10 см. В группу сравнения были отобраны пациенты, которые прошли лечение варикозного расширения вен методом лазерной коагуляции аппаратом Ceralas (Biolitec) с использованием радиальных световодов Swift с длиной волны 1470 нм; диаметр ствола вен у этих пациентов не превышал 10 мм. Эндовенозная лазерная коагуляция и стволовая склеротерапия дополнялись минифлебэктомией притоков.

Для проведения исследования был проведен ретроспективный анализ историй болезней 195 пациентов, которые прошли лечение ЭВЛК или стволовой склеротерапией в период с января 2022 года по декабрь 2023 года. 148 пациентам выполнена ЭВЛК (76%), 47 пациентам стволовая склеротерапия (24%). Облитерация двух и более стволов одновременно была выполнена у 28 пациентов из группы ЭВЛК и 3 пациентов из группы склеротерапии. В группе ЭВЛК 65% (96 человек) составляли женщины, а в группе склеротерапии – 87% (41 человек). Во время лазерной коагуляции большая подкожная вена (БПВ) подверглась облитерации у 132 пациентов (75%), малая подкожная вена (МПВ) у 29 (16,5%), передняя добавочная вена (ПДВ) у 15 (8.5%). В группе стволовой склеротерапии облитерация БПВ была выполнена у 29 пациентов (58%), МПВ – у 7 пациентов (14%) и ПДВ – у 14 пациентов (28%). Для оценки результата лечения пациенты были приглашены для контрольного осмотра в сроки от 3 до 23 месяцев. Оценка включала реканализацию стволов, наличие рефлюкса и рецидивы варикозных притоков.

Результаты. В группе пациентов, которым проводили ЭВЛК, только одной пациентке (0,6%) не удалось полностью облитерировать ствол ПДВ из-за ее выраженной извитости. В группе склеротерапии была отмечена реканализация в 16 стволах (32%), при этом рефлюкс возник только у двух пациентов. Наибольшая частота реканализации наблюдалась в МПВ - 5 случаев из 7 (71%). В обеих группах отсутствовал рецидив варикозного расширения.

Выводы. ЭВЛК является наиболее эффективным и надежным методом лечения варикозного расширения вен с вертикальным рефлюксом. Метод катетерной склеротерапии имеет достаточную эффективность при более низкой стоимости и отсутствии необходимости в анестезии. У пациентов с варикозом, обусловленным патологией МПВ, методом выбора является термооблитерация.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 60 ЛЕТ

Маслянский Б.А., Маслянский В.Б., Шубенок М.А.

Гомель, Республика Беларусь

Введение. До недавнего времени хирургическое лечение пациентов старше 60 лет, страдающих варикозным расширением вен нижних конечностей, считалось не целесообразным в виду высокого риска развития осложнений на фоне сопутствующей патологии. Обладая малой инвазивностью, эндовенозная лазерная коагуляция (ЭВЛК) позволяет выполнять вмешательство под местной анестезией, что значительно сокращает спектр противопоказаний и снимает возрастные ограничения.

Цель: оценить доступность, эффективность и безопасность эндовенозной лазерной коагуляции в группе пациентов старше 60 лет.

Методы. Оперативное лечение проводилось в условиях операционной. Обезболивание: тумесцентная анестезия под УЗ-контролем с помощью инфлятора стандартным раствором Кляйна. ЭВЛК выполнялась аппаратом Ceralas-15 световодами с радиальной эмиссией и длиной волны 1470 нм. Контрольный осмотр выполнялся в первые трое суток, спустя 3 и 12 месяцев.

Результаты. В рамках исследования был проведен ретроспективный анализ историй болезни 1301 пациента, которые прошли лечение ЭВЛК в период с июля 2015 года по декабрь 2023 года. Отобрана группа пациентов старше 60 лет, в которую вошли 327 человек (25.1%). По гендерному признаку женщины составили 84.4% (276 человек), мужчины – 15.6% (51 человек), что связано с большей продолжительностью жизни женского населения. Из 327 пациентов – 84 были оперированы одномоментно на обеих ногах (25.7%). 95.4 % (312 человек) были оперированы по поводу осложнённого варикозного расширения вен (клинические классы С3-С6). При анализе результатов лечения было выявлено 13 осложнений (4%) в виде тромбоза не удалённых варикозных притоков и у 3 пациентов (0.9%) развился лимфостаз на оперированной ноге. У одной пациентки старше 60 лет выявлена частичная реканализация ствола большой подкожной вены (исходный диаметр вены составлял 21 мм) и у одного пациента достичь облитерации БПВ не удалось. Эффективность метода составила 99,4%. 310 пациентов (94.8%) имели сопутствующую патологию : ИБС, артериальную гипертензию, избыточную массу тела, сахарный диабет, псориаз. 27 пациентов (8.3%) подверглись ЭВЛК в плане подготовки к ортопедическим и гинекологическим операциям с целью снижения риска послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений. 18 пациентов (5,5%) были прооперированы в связи с развившимся тромбозом.

Выводы: ЭВЛК является эффективным и доступным хирургическим методом устранения вертикального рефлюкса и альтернативой флебэктомии в лечении варикозной болезни нижних конечностей у пациентов старше 60 лет.

Послеоперационные осложнения при ЭВЛК возникают достоверно редко и не являются опасными для жизни пациента.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЗОМ ВЕН КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОНКОПАТОЛОГИИ

Матвеева Л. В., Toure A.S., Шарафутдинов М.Г., Посеряев А.В.

Ульяновск, Россия, Додома, Объединенная Республика Танзания

Цель. Предложить новый опросник для определения качества жизни у пациентов с тромбозом вен конечностей при онкопатологии, который можно использовать для оценки динамики субъективного состояния пациентов в различные временные промежутки в контексте проведенного лечения, а также для сравнения различных паллиативных и хирургических методов лечения.

Материал и методы. Одной из приоритетных областей интереса нашей клиники является проблема венозного тромбоза при онкопатологии. При изучении этой патологии мы столкнулись с тем, что в настоящее время клиническая оценка различных способов палиативного и оперативного лечения онкопациентов с венозным тромбозом конечностей, в основном сводится только к изучению болевого синдрома в различных модификациях, что, к сожалению, не позволяет всесторонне отразить всю многогранность клинических проявлений этого актуального заболевания. С этой целью нами предложен способ простого и доступного для практического здравоохранения определения КЖ для полноформативной оценки спектра и выраженности актуальных проблем у пациентов с венозным тромбозом конечностей при онкопатологии как для анализа течения заболевания в разные сроки лечения, так и для сравнительной оценки различных способов лечения - опросник качества жизни онкопациентов с венозным тромбозом конечностей. Прототипом для создания этого способа послужил известный опросник CIVIQ-20, который был адаптирован с учетом наличия онкопатологии. В опроснике отражены четыре основных компонента физического и психического здоровья человека: боль, физическая и социальная активность, психологическое самочувствие, являющихся наиболее информативными критериями самооценки КЖ. Каждый компонент включает в себя блок из 5 вопросов, наиболее максимально раскрывающих глубину патологических изменений, протекающих при онкопатологии и венозном тромбозе в рамках изучаемого фактора здоровья.

Результаты. Предложенный опросник используется в нашей клинике в течение года. За время его применения мы убедились в целесообразности его использования. Тромбоз вен конечностей устанавливается при наличии клинических проявлений и подтверждается результатами УЗДГ конечностей. Оценка КЖ проводится путем предоставления объекту исследования специального бланка, содержащего 20 вопросов с 5-ю вариантами ответов на каждый, выбора и отметки обследуемым наиболее подходящего варианта, суммирования полученных баллов и интерпретации КЖ врачом по 100-балльной системе. При ответе на каждый из 20 вопросов пациентка руководствуется следующим принципом: 1

балл присваивается в случае нормы, 2 балла - при легких ограничениях, 3 балла - при умеренных нарушениях, 4 балла - при выраженных расстройствах и 5 баллов - при грубых ограничениях. Оптимальному состоянию пациентов соответствует минимальное количество баллов: чем выше полученный балл, тем ниже КЖ по собственным представлениям обследуемого объекта. При оценке суммы баллов по всем 20 вопросам интерпретация КЖ проводится по следующей шкале: 20 баллов - максимально высокое (наилучшее) КЖ, 21-40 - легкое нарушение КЖ, 41-60 - умеренное нарушение КЖ, 61-80 - выраженное нарушение КЖ, 81-100 - грубое нарушение КЖ.

Заключение. Наличие данного опросника в арсенале доктора позволяет определить эффективность системы оказания медицинской помощи и позволяет дать объективную оценку его качества на уровне основного объекта его приложения - больного.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО И СТИХАЮЩЕГО ТРОМБОФЛЕБИТА ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С НИЗКИМ РИСКОМ ПЕРЕХОДА НА СИСТЕМУ ГЛУБОКИХ ВЕН

Медведева Ю.Д.

Кемерово, Россия

При низком риске перехода тромба на глубокие вены в стадию острого и стихающего тромбофлебита поверхностных вен (ТФПВ) основной целью лечения является купирование острых симптомов и профилактика прогрессирования тромбоза. Для достижения названных целей могут быть использованы разнообразные лекарственные средства, применяемые локально или системно, компрессионная терапия, а также комбинации перечисленных методов. Актуальным является использование местных топических средств для купирования острой воспалительной реакции вены и паравазальных тканей; купирование симптомов и проявлений ТФПВ.

Цель работы: изучить эффективность использования местного лечения с целью купирования острых симптомов у пациентов с ТФПВ, на примере использования геля «Детрагель».

Материалы и методы: проведен сравнительный статистический анализ динамики лечения и купирования острых воспалительных процессов у пациентов с ТФПВ с низким риском перехода на систему глубоких вен в острую и стихающую стадию, без использования и с использованием «Детрагель» для местного лечения.

Результаты: В исследовании принимали участие 2 группы пациентов. 1 группа 32 пациента которым назначалась стандартная терапия ТФПВ: компрессионная терапия, нестероидные противовоспалительные препараты системно до 5-7 дней, микронизированная очищенная флавоноидная фракция 1000 мг сутки (детралекс) курсом до 2 месяцев. Вторая группа 36 пациентов в дополнении к этому лечению использовали «Детрагель» для местного лечения. Этот гель содержит следующие действующие вещества на 1 гр: гепарин натрия 100,0 МЕ, эссенциальные фосфолипиды 10,0 мг. эсцин 10,0 мг. Гель наносили тонким слоем на проблемный участок кожи и равномерно распределяли легкими массирующими движениями без втирания 2-3 раза в сутки ежедневно до исчезновения симптомов.

Осмотр и ультразвуковое обследование пациентов проводились 1 раз в 5-7 дней от постановки диагноза, в течение месяца.

Оценивали следующие параметры: прогрессирование ТФПВ по данным ультразвукового исследования вен нижних конечностей; интенсивность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале; наличие и динамика локального отека (отсутствие, уменьшение в динамике, без динамики, увеличение), наличие и динамика гиперемии (отсутствие, уменьшение в динамике, без динамики, увеличение).

В группах не было статистически значимых различий по полу и возрасту ($p > 0,05$). Прогрессирование ТФПВ при первом визите было у пациентов 1 группы у 5,5%, у пациентов 2 группы у 6,25% ($p = 0,234$), при втором и последующих визитах прогрессирования по данным обследования не было.

Для оценки силы боли использовалась общепринятая визуально-аналоговая шкала (ВАШ), где пациент по 10-бальной системе отмечает интенсивность боли. Изначально интенсивность болевого синдрома по ВАШ в 1 группе и 2 группе составляла 8,9 и 8,6 соответственно ($p > 0,05$). При визите через 5-7 дней пациенты первой группы в среднем оценивали интенсивность боли по шкале ВАШ 7,9, во 2 группе (с использованием «Детрагель») 7,6 ($p > 0,05$), во второй визит 6,5 и 5,6 соответственно ($p < 0,05$), в третий визит 5,4 и 2,3, соответственно ($p < 0,001$).

При первом визите также оценивалась динамика локального отека и гиперемии субъективно по ощущениям пациента. Увеличение в динамике гиперемии и отека не было, без динамики в 1 группе у 6 (19%), во 2 группе у 4 (11%), с положительной динамикой у 81%, у 89% пациентов во 2 группе ($p < 0,005$).

Выводы: С целью купирования местных симптомов воспаления в стадию острого или стихающего ТФПВ, а также снижения интенсивности болевого синдрома эффективно использовать препараты для местного применения (мази, гели) на основе нестероидных противовоспалительных препаратов и/или гепарина натрия в составе комплексной терапии ТФПВ, на примере использования геля «Детрагель».

ЛИМФОТРОПНАЯ ИММУНОМОДУЛЯЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ У БОЛЬНЫХ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ

Мельников В.В., Бекбаев А.З., Абдулаева З.Ш., Муртузалиев Р.М.

Астрахань, Россия

Цель исследования. Оценить результаты применения лимфотропной иммуномодуляции в комплексном лечении первичных гнойных ран у пациентов, переболевших новой коронавирусной инфекцией (НКИ) COVID-19.

Материал и методы. Анализ результатов лечения 19 больных, у которых были полученные в быту незначительные ушибы мягких тканей. У всех пациентов отмечена обширность распространения гнойного процесса: межмышечные флегмоны бедра (4), бедра и голени (1), плеча (7), клетчатых пространств неподвижного отдела верхнего плечевого пояса справа (1), флегмоной половины грудной клетки справа (3), среднего и нижнего этажа забрюшинной клетчатки слева (3). Мужчин 7, женщин 12, в возрасте от 36 до 58 лет ($45,8 \pm 7,2$) переболевших НКИ штамма «Дельта» с поражением легочной ткани КТ-2 (14) и КТ-3 у 5 человек и леченных в ковид-госпиталях за период с начала пандемии до 2022г. Вскрытие флегмон осуществлялось под внутривенным наркозом. Комплексное лечение включало лимфотропное введение антибиотиков. Инъекции проводились в области тыльной поверхности кисти или стопы с применением лидазы (32 ед.) и через 15-20 минут там же 3-хкратно с 24-часовой периодичностью вводился человеческий рекомбинантный Ронколейкин® (IL-II) в дозе 500000 ед. Мониторинг течения заживления ран осуществлялся бактериологическими исследованиями, изучением цитологических изменений в ране, pH-метрией раневого экссудата. Динамика изменений в системе микролимфоциркуляторного русла определялась при помощи комплекса лазерной доплеровской диагностики «ЛАЗМА МЦ-1». Исследовались лабораторные и биохимические показатели периферической крови, С-рб, фагоцитарная активность крови (ФАК). Исследования выполнялись до лечения, на 3-5, 7-9, 11-13 сутки и на день выписки. Статистические взаимосвязи между полученными показателями оценивались применением корреляционного модуля «Basic Statistics and Tables STATISTICA 10.0».

Результаты исследования. Все больные поступили в тяжелом состоянии с клиникой генерализованной формы гнойной инфекции мягких тканей. У всех пациентов отмечался лейкоцитоз ($18,5 \pm 4,6 \times 10^9/\text{л}$), тромбоцитопения, СОЭ > 65 мм/ч; С-рб от 65 до 124 у.е., резкое угнетение показателей ФАК. Прокальцитонин в среднем составил $0,347 \pm 0,068$ у.е. Раневой патабиом был представлен микробной ассоциацией *St. aureus* в сочетании грамотрицательной флорой. В системе микролимфоциркуляторного русла в паравульнарных тканях регистрировались грубые нарушения лимфотока и микроциркуляции крови. Нормализация клинического состояния, положительная динамика в показателях методик мониторин-

га за течением раневого процесса отмечена после 2 сеанса лимфатического введения Ронколейкин®. Регенеративный тип клеточной реакции наблюдался к исходу 9-11 суток от начала лечения. На день выписки не отмечена достоверная нормализация показателей методов исследования ($p < 0,05$), сохранялся высокий уровень содержания циркулирующих иммунных комплексов - $239,8 \pm 21,6$ у.е. (N-0-120). Средний срок стационарного лечения составил $17,8 \pm 2,3$ койко-дня.

Заключение. У лиц переболевших НКИ Covid-19 длительно сохраняются последствия грубых нарушений гомеостаза, склонность к кровоизлияниям и последующему развитию обширного гнойного процесса. Избыточное содержание ЦИК в плазме крови подтверждает наличие хронической полиорганной недостаточности. В комплексную лечение данной группы больных целесообразно включать лимфотропное введение Ронколейкина®.

ПРЕИМУЩЕСТВО ДВУХЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Мельцова А.Ж., Андожская Ю.С.

Санкт-Петербург, Россия

Введение. Варикозная болезнь (ВБ) встречается у 29 % населения Российской Федерации, а частота развития хронической венозной недостаточности (ХВН) составляет 7%. Одним из наиболее тяжелых проявлений хронических заболеваний вен (ХЗВ) являются трофические язвы (ТЯ), что обусловлено их хронической природой, высокой частотой рецидивов и медленным временем заживления. 80% всех язв ног среди пациентов сердечно-сосудистого профиля составляют венозные ТЯ, которые снижают качество жизни пациентов и налагают на них тяжелое социальное бремя, т.к. также представляют собой серьезную социально-экономическую проблему из-за стоимости и продолжительности ухода. Чтобы выполнить радикальное хирургическое лечение декомпенсированных форм ХВН, в случае наличия ТЯ необходимо соответствующее состояние трофической язвы и желательно после ее заживления. По мнению многих авторов, тканевая ишемия является одним из основных факторов в патогенезе трофических расстройств. Хирургическое вмешательство на подкожных венах позволяет частично устранить тканевую ишемию, причиной которой является также сформировавшийся отек конечности и индурация подкожно жировой клетчатки. Поиски оптимальных сроков оказания хирургической помощи при декомпенсированных формах ХВН остаются поэтому по-прежнему актуальными.

Цель работы. Сопоставить эффективность устранения вертикального и горизонтального венозного рефлюкса у больных с декомпенсированными формами ХВН СЕАР(С4-С6) одновременно и последовательно, в 2 этапа.

Материалы и методы. Было обследовано 99 пациентов с декомпенсированными формами ХВН СЕАР(С4-С6) в возрасте от 38 до 84 лет, средний возраст составил 53 года, из них 56 женщин и 43 мужчины. Рецидив варикозной болезни был диагностирован у 15 пациентов. Всем пациентам, выполнялось ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) с цветовым картированием вен нижних конечностей линейным датчиком 7,5-10 МГц на всех этапах обследования. Контрольное УЗДС вен нижних конечности выполнялось через 10 дней, через 1 месяц и через 6 месяцев после выполнения эндовенозной лазерной облитерации (ЭВЛО) магистральных вен. Лечение проводилось в условиях дневного стационара. Мы использовали местную анестезию, что позволяло активизировать пациентов непосредственно после проведения лечебных манипуляций. Для устранения вертикального венозного рефлюкса в системах подкожных вен (БПВ, ДБПВ, МПВ) применяли термическую облитерацию ЭВЛО с помощью лазерного аппарата с длиной волны 1480 нм, двух кольцевые радиальных световодов и торцевых лазерных волокон. Устранение горизонтального вено-венозного рефлюкса проводилась путем ЭВЛО перфорантных вен и склероблитерации пенным склерозантом (этоксисклерол 1-3%), в сочетании с ЭВЛО стволов подкожных вен. Варикозно трансформированные притоки удалялись с помощью минифлебэктомии. пациентов составили 50 пациентам I группы ЭВЛО подкожных и перфорантных вен, минифлебэктомия или/и склероблитерация притоков выполнялись одновременно. 49 пациентам II группы ЭВЛО подкожных вен выполнялась первым этапом, а ЭВЛО перфорантных вен и минифлебэктомия и/или склероблитерация варикозных притоков через 5 суток - 2 месяца (в среднем через 24,5 дней). 37% пациентам второй группы выполнялась дополнительная пенная склероблитерация с ультразвуковой навигацией варикозно трансформированных подкожных вен и перфорантных вен в зоне трофических расстройств. Скорость заживления трофических язв оценивали с использованием метода контактной планиметрии. Динамика изменений состояния кожи в зоне трофических расстройств оценивалась по изменению границ зоны липодерматосклероза и плотной индурации кожи в течение полугода после оперативного вмешательства.

Результаты. У обеих групп пациентов был достигнут хороший клинический и косметический результат. Гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде не было зарегистрировано в обеих группах, в том числе у пациентов, которым оперативное вмешательство проводилось на фоне активной трофической язвы голени. Гематом, требующих проведения дренирования, также не было зафиксировано, в послеоперационном периоде отсутствовали тромботические осложнения. В двух случаях у больных II группы отмечались явления флебита надфасциального сегмента большой подкожной вены после ЭВЛО. Воспалительные явления купированы применением нестероидных противовоспалительных средств в сроки до 3-х суток. Некротических изменений кожи в области вмешательств отмечено не было. Проведенное лечение позволило добиться заживления трофических дефектов кожи у пациентов обеих групп, но у пациентов I группы сроки заживления были более длительными. Скорость эпителизации ТЯ, при повторных вмешательствах, устраняющих патологический венозный

кровоток в зоне трофических расстройств, была больше - у больных II группы. В сроки до 6 месяцев отмечен полный регресс трофических нарушений кожи у 3 пациентов I группы и 7 пациентов II группы. Уменьшение площади трофических нарушений 50% и более от исходной отмечено у 82% II группы и у 52% I группы.

Обсуждение. При наличии трофических осложнений проведение оперативного пособия требовало более длительного времени заживления ТЯ из-за наличия выраженных воспалительных явлений при проведении одноэтапного хирургического пособия, чем при проведении минифлебэктомии и/или склерозирования варикозных притоков после уже выполненного устранения вертикального венозного рефлюкса первым этапом. Выраженность воспалительных явлений – гиперемия, отечность нижней трети голени, лейкоцитоз, на втором этапе лечения, значительно меньше выражены, чем на первом, горизонтальный рефлюкс согласно данным УЗДС также становится менее длительным, что позволяет провести второй этап лечения в условиях отсутствия воспалительного процесса и достигнуть более быстрых темпов заживления трофических язв и сравнительно лучших косметических результатов за счет регресса трофических изменений кожи.

Выводы. Двухэтапное хирургическое пособие больных с декомпенсированными формами хронической венозной недостаточности позволяет добиться сокращения сроков лечения и лучших косметических результатов. Использование современных миниинвазивных методик лечения позволяют добиться быстрого регресса трофических изменений кожи у пациентов с ХВН.

КОМПРЕССИОННАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СУБЪЕКТИВНЫМИ СИМПТОМАМИ ХЗВ: СКОЛЬКО ЧАСОВ НОШЕНИЯ В ДЕНЬ ДОСТАТОЧНО?

Мирахмедова С.А., Селиверстов Е.И., Ефремова О.И., Золотухин И.А.

Москва, Россия

Цель исследования. Определить оптимальную длительность ношения компрессионного трикотажа в сутки для устранения субъективной симптоматики у пациентов с хроническими заболеваниями вен нижних конечностей.

Материалы и методы. В исследование включены 23 пациента (17 женщин, 6 мужчин) с симптоматическим ХЗВ, которые были рандомизированы в две группы, в зависимости от внутрисуточного режима компрессии: группа 1 – 6-8 часов, группа 2 – 10-12 часов в сутки в течение месяца, соответственно. Распределение по классификации CEAP: С1 – 15 (65.22%), С2 – 3 (13.03%), С3 – 5 (21.75%) случаев. У всех пациентов определяли интенсивность болевого синдрома и дискомфорта в нижних конечностях по ВАШ до и через 7, 14, 21 и 28 дней ношения гольфа.

Всем пациентам определяли уровень качества жизни с помощью веноспецифического опросника CIVIQ-20 до и после ношения компрессионного трикотажа. Одновременно проводили оценку длительности ношения компрессионного трикотажа при сканировании данных с устройства 1-Ware iButton Thermochron на персональном компьютере.

Результаты. В группу 1 было включено 11 пациентов, в группу 2 – 12. В среднем продолжительность ношения компрессии в сутки в группе 1 составила 7:58 ($\pm 1:27$) часов, в группе 2 – 11:06 ($\pm 1:32$) часов ($p=0,213$), соответственно. Интенсивность болевого синдрома по ВАШ после ношения гольф в среднем уменьшилась как в группе 1 (с 4,4 до 1,3 ($p=0,04$)), так и в группе 2 (с 6,2 до 0,9 ($p<0,01$)). Наблюдалось уменьшение уровня дискомфорта в нижних конечностях после лечения в среднем в обеих группах (группа 1 – с 2,9 до 1,2 ($p<0,01$), группа 2 – с 4,9 до 0,8 ($p<0,01$), соответственно). Качество жизни пациентов через месяц ношения компрессии также улучшилось в обеих группах (группа 1 – с 57,6 до 67,3 ($p=0,002$), группа 2 – с 57,2 до 72,4 ($p=0,0001$)). Однако статистически значимого различия между группами с различной длительностью ношения нет.

Выводы. Ношение компрессионных гольф в течение месяца одинаково эффективно вне зависимости от внутрисуточного режима. В обеих группах отмечалась тенденция к уменьшению болевого синдрома и дискомфорта в нижних конечностях, а также улучшилось качество жизни независимо от внутрисуточного режима.

КОАГУЛЯЦИЯ НЕЭСТЕТИЧНЫХ ВЕН ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ НЕОДИМОВЫМ ЛАЗЕРОМ

Миронова А.В., Ибрагимов Д.Р., Хафизов А.Р.

Уфа, Россия

Цель: оценить эффективность применения неодимового лазера для устранения не эстетичных вен периорбитальной области.

Материалы и методы: С 2020–2023 года, к нам обратилось 82 пациента с жалобами на расширенные, неэстетичные, выпирающие вены периорбитальной области. Всем пациентам была проведена чрескожная коагуляция вен с помощью длинноимпульсного неодимового лазера Cutera XEO 1064 нм, с длиной импульса 10–50 мс. Вены обрабатывались в пределах костного края глазницы, при необходимости с натяжением ткани в направлении от орбитального края. Лазерный луч направляли от глазного яблока. Чрескожная коагуляция была выполнена с использованием встроенной охлаждающей насадки и водорастворимого бесцветного геля средней вязкости, местная анестезия не использовалась. Перед выполнением процедуры оценивали диаметр ретикулярных вен и фототип

кожи, для выставления параметром и выбора диаметра пятна. Расстояние между импульсами составляло 0,3 см. Каждый импульс выполнялся однократно, повторной обработки области в течение одной процедуры не проводилось. Рабочие параметры лазера составляли: длину импульса 10–30 мс, рабочее пятно 3,5 мм и флюенс до 100-130 Дж/см². Всем пациентам процедура проводилась впервые. У 12 пациентов ранее была выполнена контурная пластика периорбитальной, 18 пациентам не ранее, чем 3 месяца до выполнения чрескожной коагуляции периорбитальных вен была выполнена блефаропластика. Для оценки эффективности перед процедурой и сразу после проводилась фотодокументация зон интереса, а также через 1–6 месяцев.

Результаты. Окклюзия периорбитальных вен лазером дает положительный клинический эффект с первой же процедуры без повреждения эпидермиса и длительной реабилитации. Через месяц после процедуры на плановом повторном осмотре коррекция требовалась 14 пациентам. На повторном визите чрескожным лазером обрабатывали вены более мелкого диаметра. Основная эстетически значимая вена была спазмирована после первичного воздействия.

После процедуры у всех пациентов отмечалась гиперемия кожи обработанной области, которая проходила от 10 минут до 2-х часов. 34 пациента после процедуры отмечали отечность области нижнего века, разрешающуюся через 1–2 недели. Почти все пациенты отмечали болезненность спазмированных вен в течение 5–30 минут после процедуры. 12 пациентов замечали появление гематомы в период от 2х до 3х недель после процедуры, как правило, гематома появлялась с одной стороны, после перелетов или интенсивной тренировки, разрешалась в течение 3х дней. У пациентов с поставленным ранее филлером, отмечалось уменьшение синевы в области носослезной борозды из-за улучшения лимфооттока после окклюзии ретикулярной вены.

Социальной дезадаптации в период регрессии вен обрабатываемой области пациенты не отмечали. Все пациенты использовали в после процедурном уходе успокаивающие кремы и кремы с SPF, во избежание появления гиперпигментации. Расширенные вены регрессировали к контрольному осмотру через 1 месяц. На плановом контрольном осмотре в период от 6 до 12 месяцев рецидивов не отмечалось.

Выводы: Коагуляция неэстетичных ретикулярных вен периорбитальной области неодимовым лазером эффективная, малоболезненная процедура позволяющая провести косметическую процедуру в практике врача флеболога. Для достижения результата необходим курс процедур, в зависимости от диаметра вены или образования. Применение трансдермального неодимового 1064нм лазера на платформе Cutera XEO показала безопасную работу для достижения результата пациентам, с учетом подбора оптимальных параметров осложнения отсутствовали.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФЕДЕМОЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Мышенцев П.Н., Каторкин С.Е.

Самара, Россия

Цель: определение показаний и способа оперативного вмешательства для улучшения результатов хирургического лечения пациентов с выраженными проявлениями лимфедемы нижних конечностей.

Материал и методы: под наблюдением находились 9 пациентов с лимфедемой нижних конечностей 4 стадии (по Т.В. Савченко) первичной и вторичной этиологии. У все пациенты имели прогрессирующее течение болезни на фоне длительной неэффективной комплексной противоотечной терапии. При обследовании, наряду с клиническими и лабораторными исследованиями, применялись ультразвуковое сканирование магистральных сосудов, компьютерная томография с 3D- моделированием и волюметрией нижних конечностей. В разные сроки пациентам проведены этапные редукционные операции дермалипофасциэктомии. Качество жизни оценено с помощью русскоязычной версии опросника “SF-36 Health Status Survey”.

Результаты исследования: при компьютерной томографии у всех 9 пациентов наблюдались лучистый и смешанный типы фиброзных изменений тканей преимущественно жировой клетчатки с вовлечением кожи и фасции. Фиброзные нарушения у 3 пациентов на томограммах имели фрагментарную локализацию, а плотность подкожной клетчатки составляла $-24,62 \pm 6,12$ HU. Утолщение подкожной клетчатки составило в среднем $52,11 \pm 3,15$ мм, а кожи $4,7 \pm 1,24$ мм. 3D-моделирование по программе «Автоплан» и данные волюметрии составили 12134 ± 745 см³. Выраженные фиброзные нарушения у 6 пациентов имели циркулярную локализацию со сплошным распространением от фасции и от кожи, которые на томограммах конечности практически не дифференцировались от резко уплотненной подкожной клетчатки. Толщина последней значительно варьировала на различных уровнях и поверхностях конечности в связи с ее деформацией. Показатель плотности такой ткани составлял в среднем $+15,25 \pm 6,32$ HU, что свидетельствовало о полном замещении жировой клетчатки грубой соединительной тканью. Из-за выраженного деформирующего отека объем конечности у пациентов значительно варьировал и составлял в среднем 18165 ± 4280 см³. Данные компьютерной томографии с 3D-моделированием конечности уточняли стадию лимфедемы, использовались при планировании и выполнении операции дермалипофасциэктомии. С учетом локализации, типа, плотности, объема фиброзных изменений тканей у 3 пациентов выполнены односторонние, у 4 – этапные двухсторонние, у 2 – циркулярные оперативные вмешательства. В послеоперационном периоде констатировано заметное улучшение функциональных возможно-

стей конечности и повышение качества жизни пациентов. Отмечено уменьшение чувства тяжести в ноге и значительное облегчение при ходьбе. При волюметрии отмечено уменьшение объема конечности на 10165 ± 2368 см³. Компьютерная томография показала уменьшение толщины мягких тканей левой голени в среднем на $48,12 \pm 8,45$ мм и их плотности на $31 \pm 7,03$ ед. НУ. Показатели «физического функционирования» и «ролевого физического функционирования» повысились на 5 и 6 баллов, а показатели «социальное функционирование» и «психическое здоровье» на 10 и 6 баллов соответственно.

Заключение: лечение пациентов с тяжелыми формами лимфедемы представляет сложную проблему. В определении стадии заболевания и в выборе оптимальной тактики оперативного лечения наряду с другими методами диагностики важную роль играет компьютерная томография с параметрами 3D-моделирования.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН

Небылицин Ю.С., Беяева Е.Л., Стрельцова Н.Д., Шурыгина Н.П.,
Дровило Е.М.

Минск, Витебск, Республика Беларусь

Цель. Изучение возможностей ультразвукового исследования в диагностике варикозной болезни малого таза у женщин.

Материал и методы. Обследованы 34 пациентки с синдромом тазового венозного полнокровия в возрасте от 24 до 47 лет в период с 2016 г. по 2023 г. При обследовании выполняли трансвагинальное, трансабдоминальное ультразвуковое исследование вен таза и исследование вен нижних конечностей. Исследование включало в себя осмотр нижней полой вены, почечных вен, подвздошных вен, вен параметрия и яичниковых вен.

Статистический анализ полученных данных производили на персональном компьютере при помощи программного обеспечения SPSS v. 17 и выполняли оценку значимости различий при помощи общепринятых параметрических тестов.

Результаты исследования. Причиной обращения пациенток были клинические симптомы: тазовые боли, дизурические расстройства, диспареуния, нарушения менструального цикла, альгодисменорея, атипичный варикоз (вульвы и промежности). Проведенное исследование показало, что причиной хронической тазовой боли у женщин является варикозная болезнь малого таза.

При проведении ультразвукового исследования были выявлены варикозно-измененные вены располагающиеся по латеральной поверхности матки, в области яичникового сплетения и расширенная левая яичниковая вена с рефлюксом.

Ультразвуковое исследование позволило выявить два типа строения яичниковых вен: магистральный и рассыпной (что необходимо учитывать при выборе метода рентгенэндоваскулярного лечения). Клапанная недостаточность яичниковых вен (чаще левой) наблюдается при расширении диаметра вены более 6 мм ($p < 0,05$). Выявлена прямая зависимость между степенью клапанной недостаточностью яичниковых вен (рефлюкса и диаметра вен) и выраженностью болевого синдрома.

Заключение. Ультразвуковое исследование вен малого таза является скрининговым методом в качестве первичной диагностики заболевания. У пациенток с хронической тазовой болью должно проводиться ультразвуковое исследование для исключения варикозной болезни малого таза.

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ТАЗА У ЖЕНЩИН

Небылицин Ю.С., Хрыщанович В.Я., Кутько А.П., Чуешов В.А., Скобелева Н.Я.

Минск, Витебск, Республика Беларусь

Цель. Оценить возможность и эффективность применения рентгенэндоваскулярных методов лечения варикозной болезни таза у женщин.

Материал и методы. Обследованы 34 пациентки с варикозной болезнью таза в возрасте от 24 до 47 лет в период с 2016 г. по 2023 г. Для оценки состояния венозного оттока таза проводилась овариография и тазовая венография. Данное обследование позволяло определить анатомические особенности венозного русла, тип строения, наличие рефлюкса, степень выраженности недостаточности яичниковых вен.

При выявлении рефлюкса III степени выполняли эмболизацию левой яичниковой вены с помощью металлических спиралей с гидрогелевым покрытием и/или пенную склеротерапию раствором этоксисклерола.

Результаты и обсуждение. Тщательный анализ анамнестических данных пациенток показал, что были выявлены факторы риска: дисплазия соединительной ткани - 24, менархе до 12 лет - 16, нарушения менструального цикла - 12, более 2 родов в анамнезе - 17, варикозная болезнь нижних конечностей - 10 случаев. Чаще всего пациентки предъявляли жалобы: тазовая боль - 34 (100%), дизурия - 20 (59%), болезненный половой акт - 13 (41%), нарушение менструального цикла, альгодисменорея, дисменорея - 12 (38%), конфликты на работе и в семье - 2 (5,8%) случая. При гинекологическом осмотре были выявлены следующие изменения: синюшная, отечная, гипертрофированная слизистая влагалища - 20 (58,8%), увеличенные яичники, увеличенная, тестоватая на ощупь матка, гипертрофированная синюшная шейка матки - 18 (52,9%).

После выполнения корригирующего лечения (эмболизация левой яичниковой вены и/или пенная склеротерапия) отмечалось купирование клинических симптомов: тазовая боль - 32 из 34 (94%), дизурия - 19 из 20 (95%), болезненный половой акт - 12 из 13 (92%), нарушение менструального цикла - 12 из 12 (100%), альгодисменорея, дисменорея - 12 из 13 (92%), конфликты на работе и в семье - 2 из 2 (100%).

При оценке интенсивности боли на 14-е сутки отмечалось уменьшение: самой сильной боли за 24 часа на 54%, средней боли за 24 часа на 43% (р оценка – 0,049 и 0,027). Кроме того улучшались: повседневная активность на 34% (р оценка – 0,039), настроение на 51% (р оценка – 0,048), способность выполнять работу по дому на 51% (р оценка – 0,054), отношения с людьми на 45% (р оценка – 0,027).

Выводы.

1. Тазовая венография и овариография являются самым достоверным методом диагностики варикозной болезни таза и позволяет сразу перейти к лечебному вмешательству.

2. Рентгенэндоваскулярное вмешательство позволяет надежно ликвидировать патологический рефлюкс по левой яичниковой вене.

3. Эффект от вмешательства развивается уже в ближайшем послеоперационном периоде.

4. Выбор методики рентгенэндоваскулярного лечения должен осуществляться дифференцировано, с учетом анатомического строения яичниковых вен.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВОМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Небылицин Ю.С., Хрыщанович В.Я., Нелипович Е.В., Швед М.И., Павлов А.Г., Чуешов В.А., Трубачев А.В., Володькин В.В.

Минск, Витебск, Республика Беларусь

Цель. Проанализировать результаты лечения пациентов с рецидивом варикозной болезни путем применения дифференцированного подхода.

Материал и методы. В исследование было включено 60 пациентов (мужчин – 27, женщин – 33) в период 2016-2023 гг. с диагнозом РВБ. Средний возраст пациентов составил $40,2 \pm 11,2$ г. ($M \pm \sigma$). По международной классификации CEAP пациенты распределились следующим образом: С2 выявлена у 20 (33,9%) пациентов, С3 – у 10 (16,9%), С4 – у 24 (40,7%), С5 – у 3 (5%), С6 – у 2 (3,5%). Длительность заболевания варьировала от 1 года до 18 лет.

Результаты исследования. При проведении инструментального обследования были выявлены причины РВБ: избыточная культя большой/малой подкожной вены (БПВ/МПВ) (более 5 см с впадением в нее притоков) – 18 (30,5%), неоваскулогенез в области устья – 7 (11,9%), удаление только участка БПВ/МПВ –

10 (16,9%), оставление всего ствола БПВ/МПВ несмотря на анамнез и наличие послеоперационных рубцов – 6 (10,2%), реканализация БПВ/МПВ после эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК)/склеротерапии в течение 2-х лет – 7 (11,9%), несостоятельные перфорантные вены (Dodd, Hunter, Cockett) – 5 (8,3%), прогрессирование заболевания и остаточный варикоз – 7 (11,9%).

Причинами, которые привели к РВБ явились: недостаточно полная диагностика патологического процесса в предоперационном периоде, технически выполненное не в полном объеме оперативное вмешательство (оставление ствола БПВ/МПВ на бедре/голене, оставление длинной культи БПВ/МПВ, оставление притоков устья БПВ/МПВ, реканализация ствола БПВ/МПВ после ЭВЛК/склерохирургии, оставление несостоятельных перфорантных вен), прогрессирование заболевания.

Объем вмешательства определялся индивидуально и зависел от выявленных патологических рефлюксов и нарушений гемодинамики. В нашем исследовании у пациентов были выполнены следующие оперативные вмешательства: повторная обработка устья, стриппинг, минифлебэктомия/локальная флебэктомия, склеротерапия, эндовенозная лазерная коагуляция под контролем УЗИ, перевязка перфорантных вен.

Заключение.

1. Рецидивы варикозной болезни в большинстве случаев возникли вследствие ошибок, допущенных в ходе первичных вмешательств.

2. Оперативные вмешательства по поводу рецидива варикозной болезни должны выполняться квалифицированными хирургами после уточнения гемодинамических нарушений.

3. Выбор метода лечения рецидива варикозной болезни должен быть дифференцированным с учетом выявленных патологических рефлюксов и состояния гемодинамики.

РОССИЙСКИЙ РЕГИСТР ЛИМФЕДЕМЫ И ЛИМФАТИЧЕСКИХ МАЛЬФОРМАЦИЙ КАК ПРОГРАММА ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТОВ

**Нимаев В.В., Вурдов Д.Ю., Питерская Е.П., Курочкина О.С.,
Кругомов А.В., Фейсханов А.К., Фионик О.В., Ровная А.В., Макаров И.Г.**

Новосибирск, Москва, Томск, Самара, Казань, Санкт-Петербург, Россия

Помощь больным с лимфедемой является комплексной и серьезной проблемой, требующей регулярного наблюдения и поддержки врачом с оценкой ста-

туса и коррекцией лечения на протяжении всей жизни пациента. При отсутствии комплаентности со стороны пациента и несоблюдении им поддерживающего лечения заболевание может прогрессировать, сопровождаться рецидивирующей инфекцией, трофическими изменениям кожи, значительно снижая качество жизни. Адекватная и объективная оценка результатов лечения на большой выборке пациентов требуют применения единых подходов. Клинические регистры для сбора данных реальной клинической практики являются одним из инструментов решения этой задачи.

Цель. Описать механизмы создания и реализации Российского регистра пациентов с лимфедемой и лимфатическими мальформациями.

Материалы и методы. Проведен библиографический и информационный поиск данных о клинических регистрах и программах поддержки пациентов, первичный анализ данных «Медицинской онлайн-платформы ROSMED.INFO».

Результаты. На основании данных литературы основные цели внедрения программ поддержки пациентов определены повышение приверженности лечению; формирование навыков контроля за заболеванием; решение повседневных вопросов и проблем пациентов, стабилизация эмоционального и психологического состояния, коммуникационная поддержка, снижение финансового бремени. Протокол многоцентрового проспективного наблюдательного когортного исследования «Российский регистр пациентов с лимфедемой и лимфатическими мальформациями» разработан с участием ведущих клиник, занимающихся наблюдением и лечением пациентов с лимфедемой. В ходе данного исследования не предусмотрено какого-либо вмешательства в реальную клиническую практику, а сбор данных осуществляется на регулярной основе из амбулаторных карт или историй болезни, а также на основании данных, полученных врачом при обычном осмотре пациента. Для внесения данных первичного визита разработана базовая регистрационная форма, для динамического наблюдения разработана форма контрольных визитов. Функционал электронного онлайн-кабинета врача и пациента, которые зарегистрировались в «Медицинской онлайн-платформе ROSMED.INFO», позволяет вносить данные как лечащим врачом, так и самим пациентом. В системе предусмотрена возможность внесения данных о повторных курсах стационарного или амбулаторного лечения, информации о поддерживающем лечении, а также получения данных о динамике клинических проявлений, об изменении показателей качества жизни, отправка сообщений и при необходимости консультации с лечащим врачом. В целом в регистре предусмотрены такие элементы, характерные для реализации программ поддержки пациентов, как персонализированный подход к пациенту, картирование его лечебных и диагностических мероприятий, оценка качества жизни и повышение приверженности лечению.

Заключение. Разработанный регистр пациентов с лимфедемой и лимфатическими мальформациями может быть реализован и как программа поддержки пациентов.

ОЖИРЕНИЕ И ЛИМФЕДЕМА

Нимаев В.В., Хапаев Р.С.

Новосибирск, Россия

Считается, что ожирение представляет собой значительный риск развития заболеваний сердечно-сосудистой системы, являясь одной из важнейших проблем здравоохранения. С другой стороны, лимфатическая система, играя значительную роль в поддержании водного гомеостаза, в первую очередь за счет постоянного дренажа интерстициальной жидкости и крупных белковых молекул, также является важным звеном в системе жирового обмена и иммунитета.

Целью исследования явилось выявление особенностей клинической картины отека нижних конечностей у пациентов с морбидным ожирением и оценка ее изменения при снижении массы тела.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие пациенты, наблюдающиеся в клинике НИИКЭЛ-филиале ИЦиГ СО РАН. Критерием включения было наличие у пациентов морбидного ожирения в сочетании с отеком нижних конечностей. Всем пациентам проводились планиметрические измерения длины окружности нижних конечностей, вычисление объема нижних конечностей. Измерения окружностей нижних конечностей пациентов производились с помощью сантиметровой ленты с точностью до 0,5 см в положении пациента лёжа на спине. Измерения проводились с шагом 5 см по продольной оси конечности. В ходе измерений проводилась сегментация на стопу, голень и бедро. Объемы стопы, голени и бедра рассчитывались методом суммации дисков, используя формулу вычисления объёма усеченного конуса. Также рассчитывался суммарный объем нижней конечности. Проводился опрос пациентов, в ходе которого выяснялись жалобы на отеки нижних конечностей, степень физической активности, приверженность диете, объём и характер медикаментозной терапии. Заполнялся короткий опросник физической активности.

Результаты. У пациентов с морбидным ожирением и отеками нижних конечностей выявлена положительная корреляция окружности нижней трети голени, объема голени с индексом массы тела (ИМТ). При динамическом наблюдении, как на фоне консервативного снижения массы тела, так и после бариатрических вмешательств отмечено значимое увеличение физической активности, уменьшение объемов стопы, голени и бедра, а также окружности нижней трети голени. Отмечено, что снижение массы тела не оказывало влияния на окружность нижней трети предплечья. Снижение массы тела в сочетании с поддерживающей комплексной противоотечной терапией позволило значительно уменьшить степень проявлений массивной локализованной лимфедемы и избежать резекционного хирургического вмешательства.

Заключение. Метод измерения окружности нижней трети голени показывает хорошую надежность у пациентов. При этом окружность нижней трети голени не всегда возрастает при увеличении ИМТ, в отличие от окружности талии, го-

лени, бедра и суммарного объема нижних конечностей, что может быть связано, как с увеличением жировой ткани, так и с отеками различного генеза. В связи с минимальным количеством подкожной клетчатки на уровне нижней трети голени, увеличение окружности на этом уровне в первую очередь связано с отеком.

Несмотря на данные литературы о том, что лимфатическая дисфункция встречается во всем спектре ожирения, отеки нижних конечностей не всегда обусловлены ожирением. В то же время при лимфедеме, несмотря на значительное снижение массы тела, могут сохраняться клинические проявления, выраженность которых становится значительно меньше при соблюдении поддерживающей противоотечной терапии.

ПРИМЕНЕНИЕ АНГИОПРОТЕКТОРА ВАЗОКЕТА 600 В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЛИМФОВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Онучин П.Г.

Киров, Россия

Цель: Улучшение результатов лечения больных с хронической лимфовеенозной недостаточностью нижних конечностей при применении ангиопротектора Вазокета 600.

Материал и методы: Была изучена группа из 136 пациентов с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей в стадиях С3-С5 по классификации CEAP. Мужчин было 38 (30%), женщин- 98 (70%), в возрасте от 18 до 92 лет. Длительность заболевания составила в среднем $14 \pm 4,2$ лет.

Гиперпигментация, индуративные изменения, экзема, атрофия кожи от заживших трофических язв в нижней трети голени выявлены у 32 (24%) пациентов, у 6 (4%) пациентов имелись открытые трофические язвы.

После анализа жалоб и клинического обследования больным назначали препарат Вазокет 600 - 1 раз в сутки в течение 4 месяцев – 2 раза в год. Всем пациентам также проводилась компрессионная терапия. Другие виды консервативной терапии больных с ХВН в нашем исследовании не применялись.

В ходе физикального обследования оценивали следующие клинические признаки: тяжесть и ощущение дискомфорта в нижних конечностях, ночные судороги и парестезии, наличие отеков. Определяли также наличие трофических расстройств, учитывали площадь и локализацию трофических язв. Для объективной динамической оценки отека проводили измерение маллеольного объема окружности голени на уровне лодыжек.

Результаты исследования: В ходе испытаний была установлена хорошая переносимость препарата. Токсических и аллергических реакций выявлено не

было. При оценке результатов лечения было установлено статистически достоверное ($P < 0,01$) снижение выраженности симптомов ХВН у всех пациентов. Снижение маллеолярного объема начиналось на 2-й неделе приема препарата и продолжалось в течение всего курса лечения. Кроме того, было отмечено положительное влияние препарата на динамику заживления трофических язв. В 5 (83%) случаях язвы закрылись полностью. По завершении курса флеботропной терапии устойчивый клинический эффект сохранялся в течение 2 месяцев.

Заключение: Великолепная переносимость препарата, клиническая эффективность препарата в лечении больных с лимфовенозной недостаточностью нижних конечностей (выявленная при динамическом наблюдении пациентов стойкая тенденция к регрессу симптомов ХВН) позволяет предположить, что рекомендованный курс лечения обеспечит достижение лучшего конечного результата.

СКЛЕРОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ВЕНОЗНЫМИ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ

Онучин П.Г.

Киров, Россия

Цель: Улучшение результатов лечения больных пожилого и старческого возраста с варикозной болезнью осложненной трофическими язвами.

Материал и методы: В период с 2015 по 2024 год нами амбулаторно было пролечено 164 больных пожилого и старческого возраста с трофическими язвами нижних конечностей, осложнивших варикозную болезнь. Все из 89 (54%) женщин и 75 (46%) мужчин были с выраженными нарушениями трофики, длительно незаживающими язвами голени, с рядом тяжелых сопутствующих заболеваний (ИБС, ПИКС, гипертоническая болезнь, последствия ОНМК и т.д.), что не позволяло выполнить даже небольшие по объему оперативные вмешательства.

Данным больным к проводимой консервативной терапии была добавлена склеротерапия, направленная только на локальное введение этоксисклерола в вены рядом с язвенным дефектом, для устранения патологических рефлюксов. Проводилось введение склерозанта через 2-6 пункции с последующим наложением компрессионного биндажа. При необходимости процедуру повторяли через 2 недели. Концентрация этоксисклерола зависела от диаметра вены.

Результаты: Все больные хорошо перенесли лечение, у 142 (87%) после лечения отмечалось стойкое заживление трофической язвы. С рецидивом трофической язвы в сроки до 5 лет обратилось 18 (11%) пациентов.

Выводы: Данный метод лечения позволяет значительно улучшить результаты лечения больных с трофическими язвами у лиц пожилого и старческого возраста при наличии тяжелой сопутствующей патологии.

АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЗАМИ

Онучин П.Г.

Киров, Россия

Цель: Изучить возможность применения прямых оральных антикоагулянтов в лечении больных с венозными тромбозами в амбулаторной практике.

Материал и методы: С 2016 по 2024 г.г. под наблюдением находились 146 пациентов (в возрасте от 16 до 86 лет, 86 (64%) – мужчины, 60 (36%) – женщины) с неэмболоопасным флеботромбозом 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 ОВТ в поликлинических условиях проводилось инструментальное обследование – ультразвуковое компрессионное дуплексное ангиосканирование.

Консервативное лечение в амбулаторных условиях включало: активный режим, эластическую компрессию (компрессионный трикотаж 2-3 класса), антикоагулянтную терапию, прием НПВС.

Пациенты с неэмболоопасными 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 (1 раз в 5-7 дней). Пациенты с эмболоопасным ОВТ направлялись на стационарное лечение в хирургические стационары г.Кирова, где проводилось хирургическое лечение – тромбэктомии, перевязки магистральных вен, имплантации кава-фильтра.

В зависимости от вида антикоагулянтной терапии все пациенты были распределены на две группы. В первой группе (77 пациентов – 68,5%) антикоагулянтная терапия включала пероральный прием ПОАК (ривароксабан 15 мг 2 раза в сутки в течение 3 недель с переходом на однократный прием 20 мг в сутки) с первого дня лечения ТГВ; во второй группе (35 пациента – 31,5%) – первоначально было парентеральное введение лечебных доз НМГ (эноксапарин натрия), как минимум 5-дневного введения, с последующим переходом на пероральный приём лечебной дозы дабигатрана этексилата (150 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 составляла не менее 3-6 мес. Еженедельно больным проводился динамический врачебный, инструментальный, лабораторный контроль, для оценки адекватности антикоагулянтной терапии.

Результаты исследования: В 1 группе прогрессирование ТГВ отмечено у 3 пациентов (3,9%), во 2 группе у 2 пациентов (5,7%) ($p < 0,001$). Геморрагические

осложнения (малые) отмечены у 2 (5,7%) пациентов во 2 группе ($p < 0,001$). Тромбоэмболии лёгочной артерии не было.

Выводы: При неэмболоопасном венозном тромбозом нижних конечностей (с локализацией не выше паховой складки) без тяжелой сопутствующей патологии, социально благополучным, 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 дабигатрана этексилата. Применение у данной категории больных ПАОК позволяет значительно повысить качество жизни (амбулаторное лечение) и снизить стоимость лечения.

ПРОЛОНГИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ СУЛОДЕКСИДОМ ПАЦИЕНТОВ С ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЗАМИ

Онучин П.Г.

Киров, Россия

Цель: В работе изучена эффективность применения сулодексида (ВЕССЕЛ ДУЭ Ф) при продленной терапии в лечении больных с венозными тромбозами конечностей с высоким риском геморрагических осложнений (высокий риск кровотечений: большие кровотечения в анамнезе (на фоне приема антикоагулянтов или нет); врожденные нарушения свертываемости крови (например, болезнь Виллебранда и т.д.); количество тромбоцитов $< 50\ 000$ в 1 мкл; необходимость проведения двойной антитромбоцитарной терапии; портальная гипертензия (кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода); изменения головного мозга в пожилом возрасте (амилоидоз, микрокровоотечения).

Материал и методы: С 2002 по 2021 г.г. сулодексид применялся в лечении 32 пациентов в пролонгированной терапии больных с флеботромбозами конечностей с высоким риском геморрагических осложнений (у 15 пациентов поражение н/конечностей, у 2 – верхних конечностей). Мужчин было - 17, женщин - 15. Возраст больных варьировал от 16 до 72 лет. Контрольная группа аналогичная по половому и возрастному показателям, локализациям патологического процесса составила 30 пациентов. Основными проявлениями заболевания были болевой и отечный синдромы.

Больным проводили комплексную терапию, включающую охранительный режим; постуральный дренаж; эластическую компрессию; назначение сулодексида в исследуемой группе и прямых оральных антикоагулянтов (ПАОК) (ривароксабан, апиксабан) - в контрольной группе; препаратов улучшающих реоло-

гические свойства крови; НПВП; охранительный режим; постуральный дренаж; эластическую компрессию.

В исследуемой группе пациентам назначался сулодексид, который назначался по 1 капсуле (250 ЛЕ) по 1 капсуле 2 раза в день в течение длительно до 1 года и более. В контрольной группе пациентам назначался апиксабан 2,5 мг 2 раза в день, ривароксабан по 20 мг 1 раз в день. капсуле (250 ЛЕ) 2 раза в день в течение длительно до 1 года и более. Клиническая эффективность оценивалась по скорости исчезновения болевого синдрома, уменьшения отека голени и стопы, прекращения судорог в икроножных мышцах, сроках реканализации тромбов, снижении уровня фибриногена и самое главное, оценивали риск развития рецидивов ВТЭО и риск геморрагических осложнений.

Результаты исследования: По эффективности купирования болевого синдрома, уменьшения отека голени и стопы, прекращения судорог в икроножных мышцах, сроках реканализации тромбов, снижении уровня фибриногена результаты исследования были сопоставимы, что позволяет сделать вывод об одинаковой эффективности ПАОК и сулодексида. Развитие рецидивов ВТЭО в 1 группе составило и во 2 группе было выявлено у 1 пациента в обеих группах составило и составило 3%. Большие кровотечения не были выявлены в исследуемой группе и составили 0%, в то время как в контрольной группе – у 2 пациентов (6,7%).

Заключение: Наш опыт показал высокую эффективность и целесообразность применения сулодексида в пролонгированной терапии флеботромбозами конечностей.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН

Петриков А.С.

Барнаул, Россия

Цель: на основании научных публикаций и клинических рекомендаций изучить современные подходы к консервативному лечению хронических заболеваний вен (ХЗВ) с акцентом на фармакотерапию. Оценить возможности оригинальных и генериковых препаратов в лечении ХЗВ, проанализировать рынок и тенденции ФЛП в настоящее время в России.

Материал и методы. В глобальной сети интернет, доступных в базах данных PubMed и E-library.ru, включающие тезисы, статьи, обзоры, зарубежные и российские клинические рекомендации, мета-анализы, клинические исследования (в том числе РКИ) за последние 3 года были изучены современные возможности консервативного лечения ХЗВ и ХВН. Также была проанализирована информация из аналитических баз данных и публикаций агентств фармацевти-

ческого рынка России по объемам продаж лекарственных препаратов зарубежного и отечественного производства, а также биологически активных веществ (БАД) на территории России в 2021-2023 г. в сегменте венотоники.

Результаты исследования. Большинство пациентов с ХЗВ получают консервативное лечение. Стратегией консервативного лечения ХЗВ в настоящее время является модификация факторов риска и коррекция образа жизни, фармакотерапия (системная и местная), компрессионная терапия (самостоятельно или в дополнение к инвазивным вмешательствам). По показаниям проводится склеротерапия и трансдермальное удаление ретикулярных вен и телеангиоэктазий с помощью лазера.

Фармакотерапия играет ключевую роль в консервативном лечении заболеваний вен и хронической венозной недостаточности (ХВН), а также повышении толерантности венозной системы нижних конечностей к неблагоприятным экзогенным и эндогенным факторам риска. Показаниями для системной фармакотерапии ФЛП является наличие субъективных симптомов (C0S-C6S по CEAP), ХВН (C3-C6 по CEAP), проявления тазового венозного полнокровия, профилактика предменструальных отеков, профилактика и лечение нежелательных (побочных) явлений после хирургических вмешательств на венозной системе.

В основе фармакотерапии лежит устранение и уменьшение веноспецифических симптомов, венозных отеков, выраженности трофических расстройств, ускорение заживления венозной трофической язвы при различных стадиях ХЗВ являются ФЛП. В целом по группе была доказана эффективность в отношении веноспецифических симптомов, а также высокая безопасность препаратов, включая длительный период применения (6-12 месяцев). В зависимости от химического строения, фармакокинетики и фармакодинамики ФЛП они имеют различное по степени выраженности влияние на те или иные веноспецифические симптомы. Наиболее востребованными, имеющими мощную доказательную базу, в настоящее время являются препараты содержащие диосмин и флаваноиды, в пересчете на гесперидин, включая микронизированные формы, действующие на различные звенья патогенеза заболевания. Доказана эффективность ФЛП по отдельным симптомам, содержащих в своем составе диосмин и флаваноиды, применение которых возможно на любых стадиях ХЗВ и ХВН.

Согласно государственной программе РФ «Фарма-2030» в последние годы активно развивается рынок отечественных ФЛП, которые являются генериками. Одним из таких ФЛП является Детравенол (Озон), зарегистрированный в регистре ЛС РФ в 2021 году. Все стадии производства, включая выпускающий контроль качества, происходят в России. Активная фармацевтическая субстанция, используемая для производства Детравенола также является отечественной. Доказательством эффективности препарата являются появившиеся публикации при различных клинических ситуациях в лечении ХЗВ.

Заключение. Лекарственные препараты Российского производства (генерики) с доказанной терапевтической или фармакокинетической биоэквивалентностью, подтвержденных в сравнительных исследованиях эффективностью и безопасностью, сопоставимых с оригинальными лекарственными средствами,

могут быть рекомендованы для лечения ХЗВ и ХВН в реальной клинической практике на территории РФ, особенно в условиях импортозамещения. К одним из таких веноактивных препаратов относится Детравенол, содержащий ОМФФ и гесперидин.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ УМЕРЕННОГО И ВЫСОКОГО РИСКА У ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ГРЫЖАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Петриков А.С., Сучков И.А., Ройтман Е.В., Шевченко В.Н., Свистула Р.И., Чобанян А.А.

Барнаул, Рязань, Москва, Россия

Цель: оценить эффективность и безопасность надропарина кальция для первичной профилактики ВТЭО у пациентов с грыжами передней брюшной стенки с умеренным и высоким риском с учетом веса и индекса массы тела (ИМТ) в послеоперационном периоде.

Материал и методы. В открытое сравнительное многоцентровое клиническое исследование включены 139 пациентов (87 м, 52 ж) в возрасте от 25 до 80 лет (ср. воз. $55,7 \pm 1,5$ лет) с грыжами передней брюшной стенки, имеющих исходно умеренный и высокий риск развития ВТЭО. Критерии включения: отсутствие ВТЭО в анамнезе и на момент госпитализации, масса тела – 50–150 кг. Основная группа (n=70): 42 пациента с паховыми и 28 с вентральными грыжами (48 м, 22 ж), которым п\к профилактически вводили препарат Детромбин® в зависимости от массы тела. Группа сравнения (n=69): 38 пациентов с паховыми и 31 с вентральными грыжами (39 м, 30 ж), которым назначали препарат Фраксипарин® по стандартным методикам. Конечные точки: эффективность (тромбоз) и безопасность (кровотечения) на фоне применения низкомолекулярных гепаринов (НМГ) в течение 2 мес. после операции. После операции оценивали основные лабораторные показатели и анти-Ха активность НМГ в плазме крови исходно, на 3–5-е и 10–14-е сутки; осуществляли УЗАС вен нижних конечностей исходно, перед выпиской, через 1 и 2 мес. после операции.

Результаты исследования. Большинство (n=118; 84,9%) составили пациенты с умеренным риском (3–4 балла) по шкале Caprini; среди всех обследованных было 36 (25,9%) пациентов с ожирением 1–3 степени. На 3–5-е и 10–14-е сутки после операции у пациентов как с умеренным, так и с высоким риском выявлено значимое увеличение значений Д-димера (ДД), С-реактивного белка (СРБ) и скорости оседания эритроцитов (СОЭ) по сравнению с исходными данными. После операции у

больных как с ожирением, так и без, на 3–5-е и 10–14-е установлено повышение маркеров тромбинемии (ДД) и воспаления (СРБ, СОЭ, уровень лейкоцитов крови – на 3–5-е сутки). У больных с ИМТ >30 кг/м² по сравнению с больными с ИМТ < 30,0 кг/м² определены более высокие значения ДД на 3–5-е и 10–14-е сутки, а концентрация СРБ была значимо выше как исходно, так и на 3–5-е и 10–14-е сутки. Независимо от схемы антикоагулянтной профилактики, установлено значимое повышение СОЭ, нарастание содержания ДД и СРБ на 3–5-е и 10–14-е сутки, увеличение лейкоцитов в крови и снижение уровня фактора фон Виллебранда (vWF) на 3–5-е сутки. Анти Ха-активность Детромбина® в плазме крови соответствовала референсным интервалам в течение 2 нед. после операции. Анти Ха-активность Фраксипарина® в плазме крови после введения стандартных доз не достигала рекомендуемого терапевтического диапазона. У пациентов высокого риска установлены разные по силе корреляционные взаимосвязи между анти-Ха активностью НМГ в плазме крови и лабораторными показателями: с показателем гематокрита, уровнем тромбоцитов, значениями АЧТВ, фибриногена, vWB и креатинина. В обеих группах, независимо от применяемого НМГ, исходно и на 3–5-е сутки выявлена ступенчатая корреляционная взаимосвязь между анти-Ха активностью и ИМТ ≥ 30,0 кг/м². Симптомные и асимптомные ВТЭО, геморрагические осложнения на протяжении послеоперационного периода, а также в течение 2 мес. после операции в представленной когорте больных не наблюдались.

Заключение. Установлены значимые факторы риска, оказывающие неблагоприятное влияние на систему гемостаза и воспаления в послеоперационном периоде у пациентов с грыжами передней брюшной стенки. К ним относятся высокий риск по шкале Caprini, ожирение, применение «стандартных» профилактических доз НМГ без учета массы тела, недостаточная анти-Ха активность НМГ в плазме после операции.

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У РАНЕНЫХ

Петров А.Н., Самохвалов И.М., Семенов Е.А., Маркевич В.Ю., Рева В.А., Петров Ю.Н., Ожегова В.А.

Санкт-Петербург, Россия

Венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО) на протяжении многих десяти-летий остаются важнейшей проблемой в хирургии повреждений у пострадавших, а их ча-стота может достигать 35-55% при политравме, частота ВТЭО у раненых составляет 12%-39%.

Цель исследования. Расширение показаний к профилактике ВТЭО у раненых.

Материал и методы исследования. В исследование включены раненые с этапным лечение тяжелых, сочетанных ранений, находившихся на лечении

в многопрофильной кли-нике Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (2022-2023 гг.), с применением такти-ки контроля повреждений. Риск развития тромбоэмболических осложнений у пострадавших оценивали по разработанной шкале «ВПХ-ПТ». Прогнозирование риска развития ВТЭО и комплексная диагностика тромбозов и ТЭЛА разработана и внедрена отдельным протоко-лом (методические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению тромбоэмбо-лических осложнений у раненых, утвержденных начальником ГВМУ).

Большинство (45,8%) раненых поступили в тяжелом состоянии: тяжесть по-вреждения $10,59 \pm 3,2$ баллов, тяжесть состояния $16,27 \pm 4,1$ баллов, средней сте-пени тя-жести – 34,1%. 87,9% имели сочетанные ранения с повреждениями ко-нечностей. 84,3% пе-реломов костей конечности было выполнено стабилизация стержневыми аппаратами на предыдущих этапах, и у 12,4% потребовалась пере-компоновка аппаратов внешней фиксации (АВФ). У 7,2% раненых травма таза с переломами костей сочеталась с наложенными АВФ в связи с нестабильным характером травм или ранений. В среднем раненые доставлялись на этап СХП в течение 2-3 суток, но до 5,9% сроки доставки превышали 10 суток.

62% раненых поступали в лежачем положении. При поступлении в течение первых суток выполнялось УЗИ вен нижних конечностей, как в отделении ОРИТ, так и на про-фильных отделениях в 100%, ангио КТ пополнялось по показаниям. За анализируемый пе-риод выявлено 79 случаев ТЭЛА (мелких ветвей легочной артерии) и 279 тромбозов веноз-ной системы нижних конечностей. В последую-щем в алгоритм включались УЗИ вен ниж-них конечностей еженедельно (в ОРИТ и у всех лежачих пациентов), перед оперативными вмешательствами, перед вер-тикализацией и переводом на реабилитацию/санаторно-курортное лечение. У по-ловины раненых (53,6%) исследование выполнялось повторно, а многократно (три, четыре и более) в 46,4% наблюдений. Обязательно учитывался характер тромбоза, его протяженность, флотация, как компонент риска ТЭЛА.

На передовых этапах оказания помощи, профилактика ВТЭО не проводи-лась, антикоагулянты не назначались (83,2%), из-за высокого риска кровоте-чений из мест ране-ний, массивной кровопотери. Все пострадавшие при поступле-нии в ОРИТ оценивались по шкале «ВПХ-ПТ» как пациенты с высоким риском ВТЭО. В ходе дальнейшего лечения (3-8 сутки) или при переводе из ОРИТ на профильные отделения у 86,5% сохранялся высокий риск, у 10,1% пострадавших риск оценен как средний. Поступающие сразу на профильные отделения имели высокий/средний риск развития ВТЭО 50/50.

Всем раненым сразу при поступлении назначалась профилактика ВТЭО с комплексным подходом (НМГ гепарин, активизацию в постели, применение компрессионного трикотажа (эластичные бинты – учитывая сочетанность и мно-жественность ранений конеч-ностей (90,2%)). По мере стабилизации состояния раневых в ОРИТ на конечности накладывались эластичные бинты в 15,6% на-блюдений, компрессионная аппаратная терапия не проводилась. При высоком риске развития ВТЭО проводилась профилактика НМГ в лечебных дозировках, при среднем риске раненые получали профилактические дозировке. При этом следует учитывать, что до 36,1% раненых имели длительный постельный режим, у 7.6% имелись повреждения позвоночника, у 12,7% применялась многоэтапная

тактика при ранениях живота и 18,5% раненых получали ВАК-терапию и не имели возможность активизироваться.

В ходе динамического контроля дополнительно выявлены тромбозы у 19,7% раненых. Частота обнаружения повторных венозных тромбозов в ОРИТ 13,1%, на профильных отделениях - 6,6%. Диагностика ОВТ привела к задержке оперативных вмешательств в 3,5% случаях. В 9,7% было отмечено поражение вен нижних конечностей, при этом в 3,9% – поражение было двухсторонним, в 2,1% ОВТ системы НПВ обнаружен уже по факту появления признаков ТЭЛА мелких ветвей. Более 30 % обнаруживалось сочетание ОВТ и ТЭЛА мелких ветвей одновременно в ОРИТ.

Были расширены показания к хирургической профилактике ТЭЛА с учетом выявленных венозных тромбозов и было установлено 29 кава-фильтров, из них 24 с целью профилактики. Сроки установки кавафильтров - 3-11 сутки. Летальные ТЭЛА за время наблюдения выявлены у 4 раненых, из них у 1 из системы ВПВ (установленный центральный катетер), ТЭЛА мелких ветвей диагностировано у 8 раненых. Удалено 17 (58,6%) + 1 попытка удаления - безрезультатно. Сформирован список на снятие кавафильтров и надеемся довести до 90%.

Наиболее часто нами применялась шкала ВПХ-ПТ в варианте двукратного (35,5%) и трехкратного использования (39,5%); однократно оценка риска ВТЭО производилась в 16,1%, четыре и более раз - в 8,9%. Общая летальность составила 4,3%, при этом причиной смерти явились последствия тяжелых, сочетанных ранений с массивной кровопотери, прогрессирующая полиорганная недостаточность и генерализованные инфекционные осложнения.

ВЫВОДЫ: 1) Шкала прогноза риска развития венозных тромбоэмболических осложнений «ВПХ-ПТ» позволяет выделить группу раненых с высоким риском развития ВТЭО во всех периодах травматической болезни, 2) Расширение показаний к профилактической установке кавафильтров, комплексный подход к профилактике ВТЭО у раненых с позволяет снизить частоту массивных ТЭЛА, 3) Использование УЗДГ сосудов нижних конечностей по предложенной схеме повышает частоту выявления тромбозов и обеспечивает своевременную хирургическую профилактику тромбоэмболии легочной артерии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРАМИ

Поваров В.О., Калинин Р.Е., Мжаванадзе Н.Д., Сучков И.А.

Рязань, Россия

Цель: оценка распространенности, а также эффективности и безопасности применения антикоагулянтной терапии при лечении тромбоза глубоких вен (ТГВ)

верхних конечностей у пациентов после имплантации электрокардиостимулятора (ЭКС).

Материал и методы: в проспективное одноцентровое исследование (ClinicalTrials.gov ID NCT04499612) включались пациенты с показаниями к имплантации ЭКС. Период наблюдения за пациентами составил 12 месяцев. До имплантации, через 1 и 12 месяцев пациентам проводилось физикальное обследование, ультразвуковое исследование (УЗИ) вен верхних и нижних конечностей, контроль функции ЭКС. До операции проводилась эхокардиография. В случае выявления ТГВ верхних конечностей пациентам проводилось дополнительное УЗИ для контроля лечения.

Результаты: в исследование вошли 148 пациентов. За период наблюдения было выявлено 10 (6.8%) случаев венозных тромбэмболических осложнений (ВТЭО): 8 (5.4%) случаев тромбоза подключичной вены и 2 (1.4%) случая тромбоза поверхностных вен нижних конечностей. 5 случаев ТГВ вен верхних конечностей были выявлены в первый месяц периода наблюдения: на 2, 4, 5, 10 и 15 сутки после имплантации ЭКС. У 1 пациентки тромбоз подключичной вены был выявлен на контрольном УЗИ через 12 месяцев после имплантации ЭКС. После выявления тромбоза подключичной вены назначалась терапия ривароксабаном 15 мг 2 раза в день в течение 21 дня, затем 20 мг 1 раз в день до 3 месяцев. В результате у 4 из 6 пациентов была достигнута реканализация вены. У 1 пациента потребовалось продолжение терапии до 12 месяцев, достигнута реканализация вены. У 1 пациентки через 1.5 месяца после начала терапии отмечалось субконъюнктивальное кровоизлияние, антикоагулянтная терапия по рекомендации офтальмолога была отменена. После купирования кровоизлияния терапия была возобновлена, достигнута реканализация подключичной вены. 2 случая тромбоза поверхностных вен нижних конечностей, тромбоза большой подкожной вены и тромбоза латерального притока на фоне варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей, были выявлены через 12 месяцев после имплантации ЭКС. У пациентки с тромбозом большой подкожной вены проведена кроссэктомия, у пациентки с тромбозом латерального притока большой подкожной вены проводилась антикоагулянтная терапия ривароксабаном согласно клиническим рекомендациям. Рецидивов ВТЭО за период наблюдения не выявлено. При оценке таблиц сопряженности факторами риска ТГВ верхних конечностей являлись пункция подключичной вены для обеспечения сосудистого доступа ($p=0.035$), атриовентрикулярная (АВ) блокада в качестве основного заболевания ($p=0.007$), применение антиагрегантной терапии (ацетилсалициловой кислоты) вместо антикоагулянтной ($p=0.029$), наличие стенокардии напряжения ($p=0.01$). При анализе всех случаев ВТЭО к факторам риска добавилось наличие хронической болезни почек ($p=0.018$). По данным многофакторного анализа шансы развития ТГВ верхних конечностей в 6.4 раз ($p=0.033$) были выше у пациентов, получающих антиагреганты (ацетилсалициловую кислоту) по сравнению с пациентами, получающими антикоагулянты.

Заключение: распространенность ВТЭО после имплантации ЭКС среди пациентов в исследовании за 12 месяцев наблюдения составила 6.8%, ТГВ верхних конечностей в частности – 5.4%. При анализе факторов риска было выявлено, что наибольшую прогностическую значимость в отношении развития ТГВ верх-

них конечностей имеет вид применяемой пациентом антитромботической терапии. Ривароксабан является эффективным и безопасным препаратом при лечении ТГВ верхних конечностей у пациентов с ЭКС.

ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ОБЛИТЕРАЦИЯ, МИНИФЛЕБЭКТОМИЯ, СКЛЕРОТЕРАПИЯ. АЛГОРИТМ ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

Познякова О.В., Корниевич С.Н., Гаврин П.Ю., Мазынский Д.В., Юшкевич Д.В.

Минск, Республика Беларусь

Цель. Улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей. Определить оптимальное сочетание эндоваскулярного термического метода с минифлебэктомией и склеротерапией при различных вариантах варикозного расширения вен ног.

Материал и методы. В ретроспективное исследование (2012-2022гг.) анализировали результаты лечения 287 пациентов (женщины – 161, мужчины – 126) с варикозной болезнью нижних конечностей. Возраст пациентов составил от 27 до 84 лет. Из всех пролеченных пациентов выделили 4 группы по 40 пациентов согласно классификации по Nach в зависимости от уровня рефлюкса по большой подкожной вене. ЭВЛК выполнялась с применением диодного лазерного аппарата и радиального световода. Длина волны излучения 1470нм, мощность 10 Вт. Вмешательства выполнялись под местной анестезией с обязательным интраоперационным ультразвуковым контролем. На первом этапе лечения выполняли изолированную термическую облитерацию стволов подкожных вен. Оценивали результат лечения через 3 месяца после операции, в зависимости от удовлетворенности пациента и клинических проявления варикозной болезни.

Результаты. При варикозном расширении по Nach 1 удовлетворенность изолированной эндовенозной коагуляцией переднего притока БПВ была у 16 (40%) пациентов, требовалось дополнительное лечение (минифлебэктомия и/или склеротерапия) у 24 (60%) пациентов. В группе Nach 2 – удовлетворенность изолированной ЭВЛК была у 25 (62,5%) пациентов, требовалось дополнительное лечение у 15 (37,5%) пациентов. В группе Nach 3 – удовлетворенность изолированной ЭВЛК была у 28 (70%) пациента, требовалось дополнительное лечение у 12 (30%) пациентов. В группе Nach 4 – удовлетворенность изолированной ЭВЛК была у 37 (92,5%) пациентов, требовалось дополнительное лечение у 3 (7,5%) пациентов.

Выводы. Выполнение ЭВЛК изолированно или в сочетании с минифлебэктомией и склеротерапией позволяет улучшить результаты лечения пациентов с варикозной болезнью ног. При несостоятельности ствола БПВ по Nach 1 рекомен-

дуем одномоментное выполнение ЭВЛК с минифлебэктомией. При варикозном расширении по Nach 2 – возможно выполнение ЭВЛК БПВ в сочетании с минифлебэктомией или без нее. При несостоятельности БПВ по Nach 3 – рекомендуем изолированную ЭВЛК БПВ, с оценкой результата лечения через 3 месяца. При варикозном расширении по Nach 4 – рекомендуем изолированную ЭВЛК.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЦИДИВА ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОСЛЕ ЭНДОВАЗАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ И КЛАССИЧЕСКОЙ ФЛЕБЭКТОМИИ

Потапов М.П., Староверов И.Н., Богданова Я.И.

Ярославль, Россия

Прошедшее десятилетие характеризуется активным внедрением методов эндовазальной термической облитерации в клиническую практику флебологов, что могло повлиять на эффективности радикального лечения ВБНК, на риски и структуру рецидива заболевания. По данным литературы, частота рецидива заболевания встречается в диапазоне от 7 до 65% пациентов. Основными причинами возврата болезни считаются тактические и технические ошибки, неоваскулогенез и прогрессирование болезни.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ структуры рецидива варикозной болезни в зависимости от способов хирургического лечения.

Материал и методы. Проведено ретроспективное сравнительное исследование структуры рецидива ВБНК после применения 2 вариантов хирургического лечения. Первая группа - 49 пациентов, которым ранее выполнялись флебэктомии по классической методике, включающей кроссэктомию, стриппинг сафенной вены и минифлебэктомию. Возраст пациентов - от 31 до 70 лет, Me = 51, Q1-Q3 = 47-57. Женщин было 73,6%. ИМТ: Me = 28,2 кг/см², Q1-Q3 = 26,88-32,27. Вторая группа - 61 человек - после хирургического лечения с применением техники эндовазальной лазерной облитерации сафенной вены (ЭВЛО) и минифлебэктомии притоков. Возраст от 28 до 74 лет, Me = 49, Q1-Q3 = 41-59. Пациентов женского пола – 65,8%. ИМТ: Me = 27,7 кг/см², Q1-Q3 = 23,99-32,87. По основным клинико-анамнестическим признакам группы были сопоставимыми (p>0,05). Клинические и ультразвуковые данные структурированы с применением классификации рецидива ВБНК REVAS.

Результаты исследования. В первой группе установлены источники рецидива (S): СФС 14%, ПДПВ 24%, БПВ 29%, перфорантные вены на бедре 5%, перфорантные вены на голени 5%, МПВ 48%; причины рецидива в зоне вмешательства (NSs): тактические ошибки – 19%, технические – 5%, неоваскулогенез 33%, иное 38%; новый рефлюкс вне зоны вмешательства (NDs) обнаружен в 37% случаев. Во второй группе источники рецидива (S): СФС 15%, ПДПВ 41%, БПВ 13%, перфорантные вены на бедре 13%, перфорантные вены на голени 7%, МПВ 13%; причины

рецидива в зоне вмешательства (NSs): тактические ошибки – 10%, технические – 33%, неоваскулогенез 10%, иное 21%; новый рефлюкс вне зоны вмешательства (NDs) обнаружен в 56% случаев.

В ходе анализа структуры рецидива ВБНК после классической радикальной флебэктомии было выявлено, что основной причиной рецидивов является недостаточность малой подкожной вены (МПВ). Это обстоятельство, вероятно, связано с действующими ранее ограничениями в использовании ультразвукового исследования (УЗИ) при диагностике и лечении ВБНК, что могло приводить к ошибкам в выборе лечебной тактики. С другой стороны, с внедрением ЭВЛО наблюдается увеличение числа рецидивов, связанных с рефлюксом по передней добавочной подкожной вене бедра, что объясняется техническими ограничениями метода при его использовании в зоне сафено-бедренного соустья. Однако применение ЭВЛО способствовало уменьшению количества рецидивов, связанных с МПВ, благодаря повышению точности дооперационной диагностики и методичному использованию сонографии на всех этапах лечения пациентов. Кроме того, уменьшение частоты неоваскулогенеза при использовании ЭВЛО может косвенно подтверждать преимущество этого метода с точки зрения минимальной инвазивности по сравнению с традиционными подходами.

Заключение. Рецидив ВБНК при разных способах хирургического лечения имеет структурные отличия. Ультразвуковая диагностика и мониторинг основных этапов хирургического лечения ВБНК снижает риски тактических ошибок. При ЭВЛО БПВ следует, при наличии технической возможности, добиваться облитерации ПДПВ. Применение лазерной облитерации минимизирует риски рецидива, связанные с неоваскулогенезом.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСА МЕР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВТЭО ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ СУСТАВОВ

Простов И.И., Кательницкий И.И., Ерошенко О.Л., Кательницкая Е.С., Манулик Н.А.

Ростов-на-Дону, Россия

Цель: оценить эффективность комплекса мер профилактики тромбоэмболических осложнений при протезировании тазобедренных и коленных суставов.

Материал и методы: под наблюдением находилось 204 пациента, оперированных в ортопедическом отделении РостГМУ. В комплекс предоперационного обследования включалось: оценка факторов риска тромбоза и кровотечения, оценка состояния венозной системы (УЗДИ вен нижних конечностей), осмотр сосудистого хирурга, оценка коагулограммы и тесты на тромбофилию. При наличии значимой венозной патологии проводилась первым этапом хирургическая коррекция (флебэктомия, перевязка перфорантов, склерооблитерация). В послеоперационном периоде применялась антикоагулянтная терапия и эластическая

компрессия. Использовали низкомолекулярные гепарины через 12 часов после операции и вплоть до выписки из стационара, а также новые оральные антикоагулянты (Прадакса, Ксарелто) в стандартных дозировках до 2 месяцев. Через 7-10 дней и 2,5-3 месяца после оперативного вмешательства всем больным выполняли повторное дуплексное исследование вен нижних конечностей.

Результаты: У 8(3,9%) пациентов после протезирования были выявлены флотирующие тромбы в берцовоподколенном сегменте, у 3 (1,4%) произошел тромбоз бедренной вены. Всем пациентам потребовалась экстренная операция. Была выполнена тромбэктомия, пликация поверхностной бедренной вены. Тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии развилась у двух больных (0,9%) в первые трое суток после операции, своевременная интенсивная терапия позволила избежать фатальных осложнений. У 6 (2,8%) больных клинически значимый тромбоз глубоких вен развился через 1-2 месяца после операции и потребовал госпитализации. Неэмболоопасный бессимптомный тромбоз глубоких вен голени диагностирован у 6 (5,7%) больных как случайная находка при контрольном ультразвуковом исследовании вен через 2,5 месяца после операция. Летальных исходов не было.

Выводы: применение комплекса мер профилактики венозных тромбоэмболических осложнений при протезировании тазобедренных и коленных суставов уменьшает риски развития послеоперационных тромбозов и помогает избежать фатальных тромбоэмболий легочной артерии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕОДИМОВОГО ЛАЗЕРА ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ НЕЭСТЕТИЧНЫХ СОСУДОВ НА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ

**Пятницкий Я.А., Афанасов П.П., Чаббаров Р.Г., Пятницкий А.Г.,
Санбаев А.К., Абляев Ф.Х.**

Саратов, Россия

Цель работы: оценить эффективность устранения неэстетичных сосудов на нижних конечностях с помощью транскутанной лазерной коагуляции и комбинации методов (применение лазера и склеротерапии).

Материалы и методы: Был проведен анализ результатов лечения 741 пациента с ретикулярным варикозом и телеангиэктазиями нижних конечностей. Женщин среди них было 738 (99,6%), мужчин 3 (0,4%), возраст варьировал от 19 до 62 лет. У всех пациентов 1 клинический класс по CEAP был установлен на основании данных анамнеза, осмотра и УЗИ вен нижних конечностей. Все пациенты проходили лечение амбулаторно на базе медицинского центра «Омега клиник», г. Саратов, в 2022-2023 гг. У 414 пациентов (55,9%) для коррекции сосудов был использован только неодимовый лазер, у 327 пациентов (44,1%) лазер использован в комбинации с введением раствора лауромакрогола

400. Вмешательства проводились с использованием неодимового трансдермального лазера Fotona (Словения), длина волны 1064 нм, длительность импульса от 5 до 20 мсек, флюенс от 100 до 200 дж/см², рабочее пятно 2, 4 и 6 мм. Технология дополнительной визуализации ретикулярных вен не использовалась. Для локального охлаждения кожи при лазерных процедурах использовался воздушный кулинг (-15°), склеротерапия выполнялась без охлаждения. Для склеротерапии телеангиэктазий и ретикулярных вен использовался жидкий раствор лауромакрогола 400 (этоксисклерол) в концентрации 0,5%. Интервал между процедурами составлял 2 недели, среднее количество проведенных процедур у одного пациента - 3. Компрессия не назначалась.

Результаты исследования: Осмотры после процедур и фотофиксация результатов осуществлялись в контрольных точках 1 и 3 месяца после завершающей процедуры. Эстетические результаты оценивались клинически и на основании сравнения фотографий до/после. У всех пациентов достигнут целевой косметический эффект. В группе пациентов, которым выполнялась склеротерпия и транскутанная коагуляция сосудов, зарегистрированы следующие нежелательные эффекты: через 1 месяц меттинг в ответ на введение склеропрепарата у 21 пациентов (6,4%), пигментация у 126 пациентов (38,5%), через 3 месяца меттинг оставался у 8 пациентов (2,4%), пигментация у 48 пациентов (14,7%) . В группе пациентов, которым выполнялась только транскутанная лазерная коагуляция сосудов, у 29 пациентов (7%) зарегистрированы поверхностные ожоги, которые разрешились бесследно. Меттинг у данной группы пациентов мы не наблюдали, гиперпигментация через 1 месяц определялась у 39 пациентов (9,4%), а через 3 месяца у 16 пациентов (3,9%).

Заключение: Развитие лазерных технологий играют большую роль в работе практикующего флеболога. Отсутствие инвазии при лазерных процедурах и малый процент нежелательных эффектов значительно повышает комплаентность. Склеротерапия, не смотря на всю свою эффективность метода и невысокую стоимость расходных материалов, имеет ряд эстетически неприемлемых для пациента осложнений в виде пигментации и меттинга.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ТОТАЛЬНОЙ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРОВ С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 1940 НМ И 1470 НМ: РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Раскин В.В., Семенов А.Ю.

Москва, Россия

Цель – сравнить эффективность и безопасность хирургических вмешательств с одновременной лазерной облитерацией магистрального ствола и его варикозно расширенных притоков с помощью лазерных генераторов с длинами волн 1470 нм и 1940 нм.

Материалы и методы. В ретроспективное сравнительное исследование включили 100 пациентов, которым выполнили одновременную эндовенозную лазерную облитерацию (ЭВЛО) ствола и притоков (тотальная ЭВЛО) на аппаратах с длинами волн 1470 нм и 1940 нм. В группы сравнения включили по 50 пациентов. Все технические особенности при выполнении тотальной ЭВЛО (типы катетеров и световодов, логистические последовательности установки катетеров), были полностью идентичны у всех пациентов обеих групп. В группе 1940 нм мощность лазерного воздействия на ствол магистральной вены составила 5 Вт при линейной плотности энергии (ЛПЭ) 50 Дж/см (автоматическая тракция 1 мм/с), а мощность воздействия на расширенные притоки – 25-50 Дж/см (ручная тракция от 1-2 мм/с в зависимости от исходного диаметра вен). В группе 1470 нм аналогичные показатели составили, соответственно, 6-8 Вт (автоматическая тракция 1 мм/с) и 6-7 Вт (ручная тракция 1-2 мм/с), ЛПЭ от 30 до 70 Дж/см. Критериями оценки результатов служили частота развития осложнений в зоне лазерного вмешательства на расширенных притоках (ожоги, флебит, чувство «тяжа» или «натяжения» кожи, парестезии, гиперпигментация) в ближайшем послеоперационном периоде и частота облитерации магистральной вены и ее расширенных притоков через 2 дня, 1 и 6 месяцев.

Результаты. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, клиническим классам по СЕАР, длительности анамнеза варикозной болезни, локализации поражения. Признаки флебита притоков (уплотнение, болезненность, покраснение) выявили у 6 (12%) пациентов, которым выполнили вмешательство с помощью лазера 1470 нм, и у 8 (16%) больных группы 1940 нм ($p=0.774$). В послеоперационном периоде препараты для обезболивания принимали 23 (46%) пациентов в первой и 29 (58%) во второй группах ($p=0,317$). Гиперпигментацию обнаружили только в зоне облитерированных притоков, имеющих прямой ход. Изменение окраски кожного покрова над типичными гроздьевидными узлами не выявляли. Различий в частоте побочных явлений между группами не выявили. Технические результаты вмешательств оказались идентичными. Дополнительно склерооблитерацию притоков через 6-12 месяцев выполнили у 5 (10%) и 4 (8%) в группах ($p=1,0$).

Заключение. Тотальная эндовенозная лазерная облитерация с воздействием одновременно на магистральный ствол и его варикозно расширенные притоки с помощью лазеров с длинами волн 1470 нм и 1940 нм одинаково эффективны и безопасны.

КАК ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВЛИЯЕТ НА ХРОНИЧЕСКУЮ ВЕНОЗНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ?

Растатуева А.О., Капериз К.А.

Москва, Россия

Введение: Согласно проведенному исследованию ЭПОХА, распространенность ХСН любого функционального класса в европейской части РФ составляет

7 % и ХСН III—IV функционального класса — 2,1 %. С 1998 года по 2018 год число больных с ХСН достоверно выросло от 4,9 % до 10,2 %, а с ХСН III—IV функционального класса — от 1,2 % до 4,1 %.

Одним из наиболее масштабных эпидемиологических исследований, проведенных с использованием классификации СЕАР для описания случаев ХЗВ стала программа Vein Consult, включившая 91545 человек из 20 стран мира. ХЗВ были найдены у 83,6% включенных в исследование, среди которых 24,3% относились к классам С3 - С6.

В Российской Федерации в 2015 г. при обследовании жителей в сельском поселении в Центральном округе России симптомы ХЗВ были выявлены у 69,3%, из которых 8,2% относились к клиническим классам С3 - С6, ХВН была диагностирована также у 8,2%.

Эти данные говорят о том, что сочетание ХСН и ХВН является распространенной проблемой, с которой сталкиваются врачи разных специальностей.

Недостаточная изученность взаимодействия двух этих состояний затрудняет диагностику и, как следствие, выбор тактики лечения у таких пациентов.

Цель. Изучить влияние хронической сердечной недостаточности на хроническую венозную недостаточность.

Материалы и методы. Были проанализированы зарубежные и отечественные источники литературы и научные работы (PubMed, Medline, Cochrane, eLibrary пр.) по данной и смежным темам. К сожалению, в настоящее время имеется мало работ, освещающих проблему диагностики хронической венозной недостаточности на фоне сердечной недостаточности. Большинство работ направлены на диагностику непосредственно сердечной недостаточности, так, например, оценка венозного оттока в системе нижней полых вен используется в качестве определения волемического статуса пациента и степени регургитации на трикуспидальном клапане. Некоторые исследования сообщают о том, что наличие ХВН усугубляет течение ХСН, однако, работы, изучающие влияние ХСН на ХВН, отсутствуют.

Мы же предполагаем, что хроническая сердечная недостаточность может имитировать или усугублять хроническую венозную недостаточность.

В наше исследование будут включены пациенты с хронической сердечной недостаточностью в стадии декомпенсации и признаками хронической венозной недостаточности. Оценка состояния пациентов, выраженности отека синдрома, венозного оттока в системе НПВ и микроциркуляции нижних конечностей будет производиться с помощью физикальных, лабораторных и инструментальных методов обследования. Данные исследования будут проводиться при поступлении пациента до начала лечения ХСН, а затем после лечения и (суб)компенсации сердечной недостаточности. Далее полученные результаты будут сравниваться между собой.

Результаты. Анализ полученных данных позволит сделать заключение о влиянии ХСН на ХВН, на основании которого можно будет разработать и внедрить алгоритм диагностики и лечения данных пациентов.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛИКАЦИИ ГЛУБОКИХ ВЕН В КАЧЕСТВЕ МЕТОДА ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КРУПНЫХ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Расулов Р.К., Магидов Л.А., Аполонский Р.В.

Смоленск, Россия

Профилактика ВТЭО является одним из важнейших элементов терапии пациентов, перенесших хирургические вмешательства различного характера. В группу повышенного риска подобных осложнений входят больные после эндопротезирования крупных суставов нижних конечностей. Мы оценили опыт применения пликация глубоких вен в качестве метода профилактики тромбоэмболических осложнений у данной группы пациентов за 2021-23гг.

Цель исследования: изучить результаты пликации глубоких вен у пациентов, перенесших ортопедо-травматологические вмешательства, у которых после эндопротезирования крупных суставов нижних конечностей развился флеботромбоз с флотацией вершины тромба.

Материалы и методы: нами изучены результаты лечения 24 пациентов с флотирующими флеботромбозами, развившимися как осложнения эндопротезирования крупных суставов нижних конечностей (тазобедренных и коленных). В данной группе было 15 женщин и 9 мужчин. В 22-х случаях речь шла о тромбозе ПБВ, в 2-х - ГБВ. Возраст больных от 38 до 87 лет. У 22 пациентов развился тромбоз глубоких вен оперированной конечности, в одном случае - обеих нижних конечностей. В 16 случаях отмечалась классическая клиническая картина тромбоза глубоких вен (отек, болевой синдром, усиление венозного рисунка), а у 8 больных имел место бессимптомный тромбоз. Оперативное вмешательство (пликация) выполнялась через разрез в верхней трети бедра от 5 до 7 см. Пликация выполнялась рассасывающей нитью 5/0-6/0. В послеоперационном периоде продолжалась антикоагулянтная терапия, производилась эластическая компрессия конечности. На следующий день после операции выполнялось УЗ-исследование, после чего больным расширяли режим активности.

Результаты: ни в одном случае у больных не отмечено тромбоэмболических осложнений. Швы сняты на 6-7 сутки, заживление ран первичным натяжением. На момент выписки окружность конечности у больных с симптомными тромбозами не увеличивалась. 13 пациентов осмотрены в период от 6 до 12 месяцев после выписки, симптомов ХВН не отмечено.

Выводы: 1. Пликация бедренных вен при флотирующих тромбозах после эндопротезирования крупных суставов является эффективным методом профилактики эмболических осложнений.

2. В отдаленном периоде после пликации не наблюдается развитие клини-ки хронической венозной недостаточности нижних конечностей.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИО-ВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ КИСТИ

Рахимов А.Р., Романов Д.В., Карев М.А.

Москва, Россия

Цель: Артерио-венозные мальформации (АВМ), локализующиеся в области кисти, представляет собой одну из самых сложных проблем в сосудистой хирургии. Это связано с особенностями кисти – вовлеченности в патологический процесс сосудов и нервов, а также костно-связочного аппарата и мышц, расположенных на ограниченном анатомическом пространстве. Существуют 2 основных метода хирургического лечения пациентов с АВМ в области кисти: эндоваскулярное и открытое оперативное вмешательство. Эндоваскулярные способы, такие как эмболизация и склерозирование сопряжены с риском развития грозных осложнений – некроз мягких тканей, тромбоз дистального сосудистого русла, нарушения чувствительной и двигательной функций кисти. Целью данной работы было продемонстрировать результаты успешного открытого хирургического вмешательства у пациентов с АВМ кисти с использованием операционного микроскопа.

Материалы и методы: В исследование вошли 4 пациента (все женщины) в возрасте от 21 до 36 лет, у которых отмечался выраженный болевой синдром, периодически кровоточащие язвы, ограничение подвижности в области расположения АВМ на кисти. У 2 пациенток в патологический процесс были вовлечены пальцы, у 1 – область ладонной поверхности кисти, у 1 – поражены пальцы и ладонная поверхность. Всем пациенткам было выполнено МСКТ кисти с внутривенным контрастированием, а также ультразвуковая диагностика с цветовым доплеровский картированием для определения объема патологического процесса и предоперационного планирования. Во всех 4 случаях под артериальным жгутом была выделена АВМ с афферентными и эфферентными сосудами, выполнено радикальное удаление АВМ с сохранением дистального артериального кровоснабжения. Раны были ушиты с использованием местных тканей. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений.

Результаты: На контрольном осмотре у 3 пациенток через 6 и 12 месяцев отмечалось отсутствие болевого синдрома и язв, у 1 пациентки отмечалось уменьшение болевого синдрома. У всех 4 пациентов увеличилась амплитуда движений в суставах кисти после перенесенного вмешательства. Данные клинического осмотра были подтверждены результатами ультразвукового исследования.

Заключение: Таким образом, при лечении артерио-венозных мальформаций в области кисти необходимо основываться на мультимодальном диагностическом обследовании. Данные клинические примеры иллюстрирует, что открытое хирургическое вмешательство при удалении АВМ на кисти является безопасным и эффективным методом лечения с хорошим среднесрочным результатом.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19-АССОЦИИРОВАННЫМ ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН

Роговой Н.А., Хрыщанович В.Я., Калинин С.С., Ромашко Т.Н.

Минск, Республика Беларусь

Цель. Сравнить лабораторные данные у пациентов с COVID-19 инфекцией и тромбозом глубоких вен (ТГВ).

Материалы и методы. Произведен забор и анализ образцов периферической крови у 143 пациентов: у 13 пациентов с COVID-ассоциированным ТГВ, у 85 пациентов с COVID-19 без тромбоза, у 36 пациентов с тромбозом без инфекции SARS-CoV2 и у 9 условно здоровых человек. Проведен сравнительный анализ уровней провоспалительных цитокинов (интерлейкина 1-бета [ИЛ-1 β], интерлейкина 6 [ИЛ-6], интерлейкина 10 [ИЛ-10] и противовоспалительного цитокина (фактора некроза опухолей-альфа [ФНО- α])

Результаты. У COVID-позитивных пациентов в день поступления были достоверно выше уровни провоспалительного цитокина ФНО- α и противовоспалительного цитокина ИЛ-10 по сравнению с пациентами с ТГВ, а в случае сравнения показателей группы COVID-позитивных пациентов с пациентами с COVID-ассоциированными тромботическими осложнениями достоверной разницы между показателями не обнаружено.

Показатели, Ме (25%, 75%)	COV	ТГВ	COV + ТГВ	p-значение
ИЛ-1- β , пг/мл	0,0(0,0; 0,37)	0,0 (0,0; 0,0)	0,00 (0,00; 0,27)	-
ИЛ-6, пг/мл	7,0 (2,30; 12,60)	2,85 (1,90; 5,90)	7,00 (1,20; 10,00)	-
ФНО- α , пг/мл	1,97 (0,68; 3,61)	0,52 (0,16; 1,20)	1,19 (0,85; 1,81)	0,015*
ИЛ-10, пг/мл	5,60 (3,4; 11,84)	3,17 (1,57; 4,87)	5,87 (4,13; 6,44)	0,0168*

При сравнении уровня цитокинов на третий день заболевания в группах COVID-позитивных пациентов и пациентов с ТГВ были аналогичные достоверные изменения в уровнях цитокинов ФНО- α и ИЛ-10. При сравнении уровня ИЛ-6 у COVID-позитивных пациентов и пациентов с COVID-ассоциированными тромботическими осложнениями обнаружена достоверная разница в отличие от дня поступления.

Показатели, Ме (25%, 75%)	COV	ТГВ	COV + ТГВ	p-значение
ИЛ-1- β , пг/мл	0,0 (0,0; 0,0)	0,0 (0,0; 0,0)	0,0 (0,0; 0,0)	-
ИЛ-6, пг/мл	5,78 (2,30; 12,70)	2,15 (0,29; 7,25)	2,10 (0,97; 2,40)	0,011**
ФНО- α , пг/мл	1,51 (2,88; 9,70)	0,47 0,08 (1,52;)	1,00 (0,09; 2,47)	0,035*
ИЛ-10, пг/мл	5,82 (0,70; 2,51)	2,28 (1,70; 3,38)	3,03 (2,70; 4,13)	0,015*

Сравнительный анализ концентрации исследуемых цитокинов в крови пациентов с COVID-19 на разных сроках заболевания установил достоверную разницу в уровне ИЛ-1 в трех подгруппах; достоверно снизилось содержание ФНО- α на 7-й день заболевания по сравнению с днем поступления.

Заключение. Тяжелое течение COVID-19 также ассоциировано с повышенными концентрациями провоспалительных цитокинов – фактора- α некроза опухоли и интерлейкина-1, -6. Интерлейкин-6 может индуцировать экспрессию тканевого фактора на мононуклеарных клетках, которые в свою очередь инициируют активацию коагуляции и образование тромбина. ФНО- α и ИЛ-1 являются главными медиаторами, которые запускают подавление эндогенных путей антикоагуляции. В сыворотке крови наиболее тяжелых пациентов с COVID-19 часто обнаруживается панель цитокинового шторма, характеризующаяся высокими концентрациями провоспалительных цитокинов и хемокинов.

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ МАЛЬФОРМАЦИЙ

Романов Д.В., Рахимов А.Р.

Москва, Россия

Введение: Диагностика и лечение лимфатических мальформаций (ЛМ) представляет особый раздел сосудистой патологии, требующий совершенствования знаний и необходимости применения новых способов лечения. Varia-

бельность клинической симптоматики ЛМ, низкая эффективность используемых консервативных и хирургических методов, приводит к расширению мультидисциплинарного подхода.

Материалы и методы: В исследование вошли 38 пациентов (12 пациентов с мелкокистозной ЛМ и 26 пациентов со смешанной формой ЛМ), которые находились на лечении в Центре Сосудистой Патологии в период с 2020 по 2023. Средний возраст пациентов составил 17 лет (от 4 лет до 30 лет). Распределение по полу составило 1,5:1 (24 женского пола, 14 мужского пола). По локализации ЛМ чаще всего встречались в области лица и шеи (50,4%), реже в области грудной клетки (14,8%), верхних (21,1%) и нижних конечностях (13,7%). Всем пациентам было выполнено оперативное лечение – склерозирование ЛМ препаратом серебряной полиакрилатной матрицы («Гемоблок») с лазерной коррекцией с использованием неодимового лазера с длиной волны 532 нм.

Результаты: В раннем послеоперационном периоде у 9 пациентов отмечался отек и болевой синдром в области оперативного вмешательства, который купировался приемом НПВС. Период наблюдения составил в среднем 12-18 месяцев. У 23 пациентов было выполнено 2 этапа, у 15 пациентов был 1 этап оперативного вмешательства. У 16 пациентов уменьшение объема ЛМ составило более 70%, у 13 пациентов более 40%, у 9 пациентов более 30%.

Выводы: Использование комбинированного метода: склерозирование препаратом «Гемоблок» и лазерная коррекция являются безопасным, высокоэффективным и доступным методом лечения ЛМ.

ПРОФИЛАКТИКА ИСТИННЫХ РЕЦИДИВОВ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Рубанченко Д.И.

Хабаровск, Россия

Введение: В настоящее время ведущими методами лечения варикозного расширения магистральных поверхностных вен нижних конечностей являются эндовенозные термические методы облитерации, в частности лазерная облитерация. Метод доказал свою эффективность и по праву стал операцией выбора. Тем не менее, даже при проведении такой современной методики, врач может столкнуться с нежелательными явлениями в послеоперационном периоде. Одним из таких исходов является истинный рецидив варикозной болезни. Среди ведущих причин отдельно выделяют оставление длинной культи обрабатываемой магистральной вены (БПВ). По разным данным, допустимая длина культи составляет от 0,5 см до 2,0 см. Тем не менее, даже из культи минимальной длины может сформироваться источник рецидива. В качестве решения данной пробле-

мы предложено выполнение в рамках ЭВЛО лазерной кроссэктомии, предполагающей корректное позиционирование кончика световода в зоне СФС. Под корректным позиционированием подразумевается расположение рабочей части световода вровень с остиальным клапаном (0 мм). В данном исследовании отслеживались исходы лечения в течение года от даты выполнения данной методики.

Цель: Улучшить результаты хирургического лечения больных варикозной болезнью путем снижения частоты истинных послеоперационных рецидивов.

Материалы и методы: В период с августа 2022г. по апрель 2024г. лазерная кроссэктомия с правильным позиционированием кончика световода в рамках ЭВЛО выполнена 95 пациентам с варикозной болезнью в бассейне большой подкожной вены. Динамическое наблюдение проводилось с использованием ультразвукового ангиосканирования вен прооперированной конечности. Контрольное исследование проводилось на следующие сутки после операции, на 4-е, а затем через 1, 6, 12 месяцев. Во время УЗАС оценивалось состояние сафено-фemorального соустья, наличие осложнений и рецидивов. Удовлетворительным результатом считалась приустьева облитерация большой подкожной вены без формирования культи и развития рецидива варикозного расширения вен.

Результаты: Во всех случаях достигнут удовлетворительный результат. В раннем послеоперационном периоде у 6 пациентов выявлен термоиндуцированный тромбоз. Ретроспективный анализ причин развития осложнения показал, что ведущими факторами являлись избыточное выделение количества пара в просвет ОБВ и некорректное обжатие БПВ у точки впадения в ОБВ.

Заключение: Одна из ведущих причин рецидива варикозной болезни - культи большой подкожной вены.

Лазерная кроссэктомия с правильным позиционированием кончика световода позволяет достоверно снизить риск формирования культи при выполнении ЭВЛО, и, как следствие, значительно уменьшить вероятность развития рецидива варикозной болезни оперированной конечности.

Избежать развития тромботических осложнений можно путем корректного выполнения методики.

ЭМБОЛООПАСНОСТЬ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НЕ СВЯЗАНА С ХАРАКТЕРОМ ЕГО ПРОКСИМАЛЬНОЙ ЧАСТИ

Рыльников Д.В., Селиверстов Е.И., Ан Е.С., Лебедев И.С. Золотухин И.А.

Москва, Россия

Цель исследования. Оценить частоту симптоматической легочной эмболии у пациентов с проксимальным эмболоопасным тромбозом на фоне стандартной антикоагулянтной терапии (АКТ).

Материалы и методы. Проведено сравнительное исследование у пациентов с проксимальным венозным тромбозом. В основную группу были включены больные, поступившие в стационар в период с декабря 2021 г. по март 2023 г. Критериями включения в основную группу (эмболоопасный тромбоз) были инструментально подтвержденный тромбоз глубоких вен (ТГВ); уровень поражения – не ниже бедренной вены; наличие флотирующей проксимальной части тромба длиной ≥ 7 см. Критериями исключения из исследования были: перенесенное хирургическое вмешательство с целью профилактики тромбоза легочных артерий (ТЭЛА); невозможность ежедневного мониторинга состояния больного и контроля АКТ. Группу сравнения формировали при поиске по базе данных Единой медицинской информационной системы (ЕМИАС) среди пациентов, поступивших с января 2022 г. по май 2022 г. Критериями включения больных были: инструментально подтвержденный ТГВ; уровень поражения – не ниже бедренной вены; окклюзивный, пристеночный характер проксимальной части тромба или наличие флотации менее 7 см. Критерием невключения в исследование являлось перенесенное хирургическое вмешательство с целью профилактики ТЭЛА. В качестве основного критерия, отражающего безопасность лечения, было выбрано развитие клинических проявлений ТЭЛА после начала АКТ. Помимо этого, оценивали частоту госпитальной летальности, длительность госпитализации.

Результаты. Группа эмболоопасного тромбоза оказалась моложе - $59,6 \pm 14,7$ года против $64,9 \pm 16,4$ лет, $p = 0,029$. Также в основной группе верхняя часть тромба чаще располагалась дистальнее паховой связки - $81,6\%$ (49) против 62% (102), $p = 0,006$. Средняя длина флотации в основной группе составила $9,3 \pm 2,3$ см, в группе сравнения - $2,2 \pm 2,2$ см ($p < 0,00001$). Средний койко-день в основной группе составил $9,2 \pm 3,3$ дней, в контрольной группе $6,0 \pm 1,9$ дней, $p < 0,0001$. Во время нахождения в стационаре ТЭЛА развилась у 2 (1,2%) пациентов группы сравнения, в основной группе легочной эмболии не зафиксировали ($p = 0,952$). Летальности в обеих группах не зафиксировано.

Заключение. У пациентов с эмболоопасным ТГВ, получающих адекватную антикоагулянтную терапию в соответствии с клиническими рекомендациями, частота симптоматической ТЭЛА не отличается от таковой у пациентов с проксимальным тромбозом, имеющим неэмболоопасный характер.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ КЛИНИЧЕСКОЙ ЛИМФОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Самохин Г.Г., Гинзбург М.Л., Закиров М.Р., Волошина Н.В., Устинов Н.В.

Люберцы, Россия

Предпосылки и цели. При нарушениях мозгового кровообращения в глимфатической системе происходят изменения динамики сосудистых и внесосудистых путей транспорта жидких сред организма, возрастает активность тканевых

протеолитических ферментов. Это происходит на фоне снижения количества ингибиторов протеаз и увеличения количества перекисных соединений.

Методы. Методы клинической лимфологии – это способы насыщения лимфатической системы лекарственными и диагностическими препаратами с диагностической и терапевтической целью и воздействие физическими факторами и хирургическими способами на функции лимфатической системы с целью ограничения и ликвидации патологического процесса и восстановления оптимальных условий жизнедеятельности организма.

Лимфотропно вводили апротинин и эмоксипин.

Результаты. Получены положительные результаты при лечении нарушения мозгового кровообращения, декомпенсации хронической ишемии головного мозга. Это объясняется большим количеством внесосудистых путей транспорта межклеточной жидкости, что создает благоприятные условия для лимфотропной терапии в указанной локализации и способствует созданию терапевтической концентрации лекарственных препаратов в тканях головного мозга.

Выводы. Имеются анатомические, патофизиологические, экспериментально-клинические данные, являющиеся основой высокой эффективности методов клинической лимфологии при лечении острой сосудистой патологии головного мозга. Использование эндолимфатической терапии улучшает результаты лечения.

УПРАВЛЕНИЕ ЛИМФОДИНАМИКОЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛИМФОВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Самохин Г.Г., Закиров М.Р., Гинзбург М.Л., Устинов Н.В.,
Давудова А.А.

Люберцы, Россия

Актуальность проблемы лечения лимфовенозной недостаточности (ЛВН) полностью коррелирует с увеличением больных при терапевтических и хирургических заболеваниях. Участие лимфатической системы в патогенезе (ЛВН) позволяет применять способы воздействия на лимфатический дренаж тканей для достижения положительного терапевтического эффекта.

Цель. Повышение эффективности лечения лимфовенозной недостаточности в случаях имеющих противопоказаний для проведения физиотерапевтических процедур.

Материал. Пациенты с лимфовенозной недостаточностью различного генеза, у которых имеются противопоказания для проведения физиотерапевтических процедур.

Показания. Лимфовенозная недостаточность различной степени выраженности при острых и хронических заболеваниях. Лимфэдема не онкологического

генеза. Облитерирующие заболевания сосудов. Отёки разного генеза. Метаболические заболевания костно-мышечной системы и суставов. Эндокринологическая патология (например, недостаточность надпочечников).

Противопоказания. Онкологические заболевания, флегмоны и абсцессы в регионе лимфостимуляции, тромбофлебиты в острый период болезни и при обострении хронического процесса. Аллергия на лимфостимуляторы.

Методы. К методам клинической лимфологии относятся мероприятия направленные на изменение скорости движения лимфы(лимфодренаж). Как правило, используются препараты, ускоряющие движение лимфы и межклеточной жидкости. С этой же целью применяют физиотерапевтические способы регуляции лимфатического дренажа органов и тканей. Актуальность и эффективность методов трудно переоценить. При всех патологических процессах происходит изменение динамики жидких сред организма, возникает дисфункция лимфатической системы, которая может быть общей как при системных заболеваниях, так и ограниченной при регионарной патологии. В первую очередь, это касается воспалительных процессов различной этиологии и локализации. В этих условиях наблюдается увеличение проницаемости сосудистой стенки, выход жидкой компоненты крови в перивазальное пространство, активация свертывающей системы, замедление движения лимфы и межклеточной жидкости по внесосудистым путям, выход плазмы крови в перивазальное пространство, угнетение процессов метаболизма и накопление кислых продуктов обмена в области поражения. В зависимости от выраженности заболевания проявляются различные клинические симптомы интоксикации. Лимфостимуляция положительно влияет на обмен веществ, как всего организма, так и в регионах, отдельных органов, и тканей. Активно удаляя метаболиты из патологического очага метод позволяет быстро их обезвредить и значительно ускорить выздоровление пациента. Для достижения эффекта лимфостимуляции применяют 10% раствор маннитола из расчета 1-1,5 г/кг. Скорость введения составляет 30-40 капель в минуту. При этой скорости введения не проявляется выраженного мочегонный эффект препарата и, в то же время, наблюдается максимальное лимфогонное действие. Лимфостимулирующее действие наблюдается так же при внутривенном применении 5% раствор глюкозы (2,6 г/кг) или внутривенном введении 40% раствор (0,8 г/кг) глюкозы, 50% раствор мочевины (1 г/кг), полиглюкина (5,7 мл/кг), реополиглюкина (6,5 мл/кг), гемодеза (5,3 мл/кг), 10% раствора хлористого кальция (0,1 г/кг), 5% раствора аскорбиновой кислоты (0,05 г/кг) и ряд других.

Заключение. Метод управления лимфодинамикой позволяет воздействовать на механизмы развития болезни с учётом функций лимфатической системы и её роли в патогенезе лимфовенозной недостаточности. Метод высокоэффективен, не сложен в выполнении, не требует специального обучения персонала и увеличения финансирования.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ КЛИНИЧЕСКОЙ ЛИМФОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Самохин Г.Г., Закиров М.Р., Устинов Н.В., Давудова А.А.

Люберцы, Россия

Рост количества больных с патологией венозного русла и, в частности, с варикозной болезнью нижних конечностей, является основанием для поиска новых методов лечения этой патологии. Обобщив результаты проведенной работы приводим способ стимуляции лимфатического дренажа с применением физиотерапевтических методов.

Цель. Повышение эффективности лечения варикозной болезни нижних конечностей.

Материал. Пациенты с варикозной болезнью нижних конечностей различного генеза.

Показания. Комплексная терапия варикозной болезни нижних конечностей.

Противопоказаниями для метода являются: непереносимость и аллергические реакции на лекарства, наличие гнойно-воспалительного процесса на конечности, тромбофлебит острый или в стадии обострения, заболевания крови, онкологическая патология.

Методы. Методически процедура выполняется следующим образом. До процедуры больному рекомендуют принять душ. Пациент располагается на кушетке в положении лежа со свободными от одежды ногами. На положительный электрод накладывается прокладка с раствором 350 ед. карипазима (или 200 ед. террилитина). Препарат растворяют в 20 мл 0,5% раствора новокаина или другого растворителя совместимого с лекарством и разрешенного для проведения электрофореза. На отрицательный электрод помещается прокладка с 2,4% раствором эуфиллина (10 мл, разведенных до 20 мл физиологическим раствором). Этот электрод располагается на крестце. Электрод с ферментным препаратом помещается по внутренней поверхности верхней трети бедра в проекции нервно-сосудистого пучка. Длительность процедуры составляет 15 минут. Сила тока варьирует от нуля мА в начале процедуры с постепенным усилением до 12 – 14 мА. Последнее зависит от чувствительности пациента к воздействию электрического тока. Ориентиром может служить ощущение пощипывания под прокладкой электрода. Достаточной силой тока считается ощущение умеренного раздражения. Большая сила тока может привести к ожогу, меньшая – к низкой эффективности лечения. В процессе проведения процедуры необходимо следить за силой тока, так как показатель может уменьшаться или повышаться самостоятельно в процессе сеанса. На первом этапе проводится три процедуры. Второй этап. Электрод с препаратом накладывается на среднюю часть бедра. Через три процеду-

ры проводят третий этап на нижней трети бедра так же три сеанса. На четвертом этапе электрод с ферментным препаратом накладывают на верхнюю треть медиальной поверхности голени в проекции переднемедиального пучка лимфатических коллекторов и проводят три процедуры. На заключительном этапе электрод с препаратом располагают в средней трети голени и проводят так же три процедуры. Таким образом, на одной нижней конечности проводят 15 процедур. Эти рекомендации справедливы и для проведения стимуляции лимфатического дренажа на другой нижней конечности. В процессе лечения возможно появление раздражения кожи. Подобное хорошо купируется применением кремов от раздражения (например, детский крем).

Как правило, положительная динамика отмечается спустя 3 – 5 процедур, что проявляется в уменьшении отеков, болей, зуда, нормализации окраски кожи, уменьшении ее толщины, увеличении физической нагрузки на ноги, нормализации сна, улучшении настроения.

Порядок проведения процедур является неременным условием хорошего результата.

Заключение. Разработанный метод высокоэффективный при лечении варикозной болезни нижних конечностей, совместим с лекарственной терапией, не требует дополнительного оборудования, финансовых затрат и специального обучения медицинского персонала.

ЛЕЧЕНИЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИИ

Синицын А.А., Перьков С.О.

Курск, Россия

Цель. Сравнить эффективность лечения генерализованной эссенциальной телеангиэктазии с помощью склеротерапии, длинноимпульсного лазера Nd:YAG и узкополосного высокоинтенсивного импульсного света.

Материал и методы. Пациентке 41 года с генерализованной эссенциальной телеангиэктазией, локализованной на голени, было проведено многоэтапное лечение с использованием склеротерапии, длинноимпульсного лазера Nd:YAG (Alma, Harmony XL PRO, Израиль) с длиной волны 1064 нм и узкополосного высокоинтенсивного импульсного света (Alma, насадка DyeVL, Harmony XL PRO, Израиль). Первым этапом выполнено 5 сеансов склеротерапии. В качестве склерозанта применялся 75% раствор глюкозы и 0.15% раствор натрия тетрадецилсульфата. Вторым этапом проведен 1 сеанс чрескожной лазерной коагуляции. Длинноимпульсный лазер Nd:YAG 1064 нм использовался в двух режимах: плотность энергии 90 Дж/см², длительность импульса 15 мс, размер пятна 6 мм и

плотность энергии 135 Дж/см², длительность импульса 15 мс, размер пятна 4 мм. Процедура проводилась по гелю. Воздушное охлаждение кожи проводили при помощи аппарата Cryo 6 (Zimmer, Германия). Третьим этапом выполнено 4 сеанса обработки проблемных зон узкополосным высокоинтенсивным импульсным светом. Параметры воздействия: спектр 500-600 нм, плотность энергии 10 Дж/см², длительность импульса 10 мс, размер пятна 3 см². Процедура проводилась по гелю. Охлаждение было эпидермальное контактное. Во время каждой процедуры измерялся уровень боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Контрольные осмотры проводились через 3 недели после каждой процедуры.

Результаты исследования. Уровень боли составил 1.5 балла при проведении склеротерапии, 2 балла – при чрескожной лазерной коагуляции, 3 балла – при использовании фотокоагуляции. На контрольном осмотре через один месяц наблюдалось отсутствие эффекта от длинноимпульсного лазера Nd:YAG 1064 нм и однократного сеанса склеротерапии глюкозой 75%. Незначительные очаговые очищения кожи отмечались после каждого сеанса склеротерапии 0.15% раствором натрия тетрадецилсульфата. Наиболее значимый эффект (очищение кожи от телеангиэктазий) был получен при воздействии узкополосного высокоинтенсивного импульсного света.

Заключение. Наиболее эффективным методом лечения генерализованной эссенциальной телеангиэктазии является воздействие узкополосного высокоинтенсивного импульсного света.

РАННЯЯ АКТИВНАЯ КЛЕТочНАЯ ТЕРАПИЯ РАКА ПОЧКИ ЛИМФОГЕННЫМИ МЕТОДАМИ

Ситников Н.В., Киселевский М.В., Карандин В.И, Нестеренко В.Н.

Красногорск, Москва, Россия

В настоящее время основным методом лечения больных раком почки I-III ст. является хирургический – резекция почки, нефрэктомия с лимфодиссекцией в объеме D2. У этих больных развиваются выраженные и длительные явления иммунодефицита, которые повышают риск развития инфекционных послеоперационных осложнений и раннего рецидива заболевания. Одним из перспективных методов лечения рака почки после радикальных операций является адоптивная интерлейкин-2/ЛАК терапия, которая наделяет Т-клетки специфической активностью и таким образом индуцирует иммунный ответ против злокачественных новообразований, тем самым продляя безрецидивный период жизни больных.

Заболеваемость, связанная с возникновением новообразований мочеполовой системы, растет во всем мире и России, в частности. Только за последние 10 лет количество пациентов с диагнозом «рак почки» увеличилось более чем на

100%. Но, несмотря на такой рост заболеваемости, смертность от разных видов рака снижается благодаря достижениям современных методов диагностики, которые уже сегодня позволяют выявлять опухоли на ранних стадиях развития.

Хирургическое лечение дает стойкий положительный эффект, однако у 30%, опухоль прогрессирует, приобретает распространенный характер и течение болезни становится непредсказуемым

Под нашим наблюдением находилось 584 больных раком почки, проходивших лечение в урологических отделениях урологического центра с 2016 по 2023 г. Всем больным выполнялись как открытые оперативные вмешательства, так и операции лапароскопическим и экстраперитонеоскопическим доступом. В процессе динамического наблюдения и обследования всех пациентов, перенесших радикальное хирургическое лечение по поводу ПКР, в сроки от 6 месяцев до 10 лет у 125 (21,5%) выявлено прогрессирование заболевания. Эти больные составили основную группу обследуемых для выяснения возможной причины метастазирования рака почки и проведения у них адоптивной терапии.

Среди них было 104 мужчины и 21 женщина в возрасте от 52 до 69 лет. Для подтверждения лимфогенного пути метастазирования мы исследовали центральную лимфу, которую получали путём канюлирования грудного протока (ГП). Отобранная центральная лимфа отправлялась на исследование в лабораторию клеточного иммунитета НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина и исследовалась на автоматическом иммуномагнитном сепараторе клеток auto MACS, производитель компания «Miltenyi Biotec GmbH» (Германия). У 72% больных, имеющих опухоль размерами более 3 см (в наибольшем измерении) в лимфе выявлены опухолевые клетки. Во всех случаях клетки верифицировались так же и морфологическими исследованиями. Все это указывает на превалирование лимфогенного пути метастазирования.

За последние 5 лет 42 больным (мужчинам) раком почки I-III ст. проводилась адоптивная терапия. Возраст больных составил от 47 до 72 лет. У 8 из них имел место рак единственной почки. У 11 пациентов наблюдались отдаленные метастазы в легкие и кости скелета.

Начиная с третьего дня лечения опухолевые клетки в центральной лимфе встречались в единичных количествах, а с пятого дня терапии они отсутствовали. Курс лечения в среднем составил 12 дней. Интервалы между курсами – 3 мес. Восемнадцати больным проведено по 1 курсу адоптивной терапии, 13-ти проведено по 2 курса и 11 больным – по 3 курса лечения.

Все больные живы, проходят плановое обследование каждые 6 месяцев. Процент прогрессирования заболевания у больных ПКР, перенесших радикальные хирургические методы лечения удалось снизить до 9,5%.

Таким образом: ЛАК иммунотерапия рака расширяет спектр возможностей противоопухолевой терапии. Кроме того, она имеет ряд преимуществ по сравнению с химиотерапией и облучением в виде отсутствия токсичности и хорошей переносимости. Возможно ее применение с традиционными методами лечения.

В случаях лекарственной резистентности, стимуляции местного противоопухолевого клеточного иммунитета, приводит к лизису опухоли, улучшает качество и продолжительность жизни пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТОТАЛ ЭВЛК В БАССЕЙНЕ ПДПВ ПРИ РЕЦИДИВЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Скоробогатов О.А.

Серпухов, Россия

Цель исследования - оценить результаты применения лазерного генератора с длиной волны лазерного излучения 1,94 мкм при тотальной эндовенозной лазерной коагуляции (Тотал ЭВЛК) несостоятельной передней добавочной подкожной вены (ПДПВ) у пациентов имеющих в анамнезе ЭВЛК или флебэктомию большой подкожной вены.

Материалы и методы. Период наблюдения с июня 2023 по март 2024 года (10 месяцев). В исследовании приняло участие 37 пациентов из них 25 женщин и 12 мужчин, возрастом от 52 до 68 лет. По классификации CEAP класс C2. Вмешательство выполнялось на аппарате FiberLase VT с длиной волны лазерного излучения 1,94 мкм, волокном диаметром 550 мкм, торцевым световодом. Вмешательство выполнялось амбулаторно, с использованием местной тумесцентной анестезии. В послеоперационном периоде назначались НМГ в течение 7 дней по показаниям, флеботоники, обезболивание НПВС по требованию, ношение компрессионного чулка 2 класса компрессии. Контрольный осмотр выполнялся на следующие сутки, через 1 неделю, 2 недели, 1 месяц и 4 месяца.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде наблюдалась гематома в месте вмешательства в проекции притоков целевых вен, вследствие выполнения местного обезболивания. Болевой синдром по ВАШ не превышал 3 (купировался назначением НПВС). Через 1 месяц варикозно расширенные целевые притоки были полностью облитерированы у 28 (75,7%) пациентов, присутствовали явления варикотромбофлебита у 3 (8,1%) пациентов (купированы назначением НПВС, топических средств), не полная окклюзия целевых притоков вен у 6 (16,2%) пациентов, пигментация в проекции целевых подкожных вен у 18 (48,6%) пациентов. Через 4 месяца отсутствовали полностью болевой синдром, симптом уплотнения по ходу целевой коагулированной вены, варикозно расширенные притоки были облитерированы у 32 (86,5%) пациентов, у 5 (13,5%) пациентов выполнена пенная склеротерапия целевых притоков. Пигментация полностью исчезла у всей группы наблюдаемых пациентов. Всех пациентов полностью удовлетворил результат проведенного лечения.

Вывод. Тотал ЭВЛК несостоятельной ПДПВ при рецидиве варикозной болезни вен нижних конечностей является эффективным, малотравматичным методом лечения варикозной болезни вен нижних конечностей, не требующим периода реабилитации и проведения дополнительных методов в виде минифлебэктомии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРНОГО ГЕНЕРАТОРА С ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 1,94 МКМ

Скоробогатов О.А.

Серпухов, Россия

Цель исследования - оценить результаты применения лазерного генератора с длиной волны лазерного излучения 1,94 мкм при тотальной эндовенозной лазерной коагуляции (Тотал ЭВЛК) несостоятельных магистральных подкожных вен и притоков на нижних конечностях.

Материалы и методы. Период наблюдения с июня 2023 по март 2024 года (10 месяцев). В исследовании приняло участие 187 пациентов из них 104 женщины и 83 мужчины, возрастом от 18 до 85 лет. По классификации CEAP класс C2 в сочетании с C1, C3, C4 а и б, C5. У всех пациентов выполнено ЭВЛК стволов и варикозно расширенных притоков целевых вен. Диаметр варикозно измененной вены варьировал от 9 до 25 мм в приустьевом отделе. Вмешательство выполнялось в бассейнах БПВ (151 операция) и МПВ (56), с использованием аппарата FiberLase VT с длиной волны лазерного излучения 1,94 мкм, волокном диаметром 550 мкм. Для коагуляции ствола использовали радиальное волокно, для коагуляции притоков торцевое волокно. Вмешательство выполнялось амбулаторно, с использованием местной тумесцентной анестезии. В послеоперационном периоде назначались НМГ в течение 7 дней по показаниям, флеботоники, обезболивание НПВС по требованию, ношение компрессионного чулка 2 класса компрессии. Контрольный осмотр выполнялся на следующие сутки, через 1 неделю, 2 недели, 1 месяц и 4 месяца.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде наблюдалась гематома в месте вмешательства в проекции притоков целевых вен, вследствие выполнения местного обезболивания. Болевой синдром по ВАШ не превышал 3 (купировался назначением НПВС). Через 1 месяц облитерация магистральных подкожных целевых вен наблюдалось у всех пациентов. Варикозно расширенные притоки были облитерированы у 178 (95,2%) пациентов. Явления варикотромбофлебита наблюдались у 7 (3,7%) пациентов (купировались назначением НПВС, топических средств), неполная окклюзия целевых притоков вен - у 22 (11,8%) пациентов, парестезия в области внутренней поверхности голени - у 24 (12,8%) человек (в связи с чем были назначены препараты витаминов группы В), пигментация в проекции целевых подкожных вен – у 49 (26,2%) пациентов. Через 4 месяца у всех пациентов наблюдалось облитерация магистральных подкожных целевых вен, полностью отсутствовали болевой синдром и симптом струны по ходу целевой коагулированной вены. Варикозно расширенные притоки были облитерированы у 182 (97,3%) пациентов. 25 (13,4%) пациентам выполнена пенная

склеротерапия целевых притоков. Парестезия в области внутренней поверхности голени сохранилась у 3 (1,6%) пациентов. Пигментация полностью исчезла у всей группы наблюдаемых пациентов. Всех пациентов полностью удовлетворил результат проведенного лечения.

Вывод. Тотал ЭВЛК несостоятельных магистральных подкожных вен и притоков на нижних конечностях является эффективным, малотравматичным методом лечения варикозной болезни вен нижних конечностей, не требующим периода реабилитации и проведения дополнительных методов в виде минифлебэктомии.

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ПРИ ЭВЛК

Славин Д.А., Чугунов А.Н., Шамсутдинова И.И.

Казань, Россия

Рецидивы варикозной болезни остаются актуальной проблемой, несмотря на широкое внедрение современных малоинвазивных методов лечения. По нашим и литературным данным основными причинами рецидивов после эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК) являются несостоятельность передней добавочной подкожной вены (ПДПВ 8-19%), реканализации подкожных вен (0,4-6,8%), перфорантные вены (1%), неоангиогенез (1%). В подавляющем большинстве наблюдений локализуются они на бедре.

Для снижения частоты возможных рецидивов нами была предложена тактика превентивной ЭВЛК ПДПВ во всех возможных случаях, независимо от наличия рефлюкса, вместе с одномоментной ЭВЛК несостоятельной БПВ. Применение линейной плотности энергии не менее 50 Дж\см для лазера с длиной волны 1940 нм, использование измерителя мощности и устройства автоматической тракции радиального световода с заданной скоростью. При этом одномоментная ЭВЛК БПВ выполнялась, как минимум, на всем протяжении бедра. С 2022 года в соответствии с выбранной тактикой нами было выполнено 133 ЭВЛК. Все вмешательства проведены амбулаторно, под местной тумесцентной анестезией, с использованием лазера 1940 нм и «тонких» радиальных однокольцевых световодов с автоматической тракцией 0,75 мм\сек. Для катетеризации вен использовались катетеры 14G и 16G. У всех пациентов ЭВЛК выполнялась вместе с одномоментной минифлебэктомией и/или склеротерапией варикозных притоков. В послеоперационном периоде всем пациентам назначался компрессионный трикотаж 1 класса на 1-2 недели. Контрольные ультразвуковые осмотры выполнялись на 1, 7 сутки и через 6 месяцев.

В результате лечения облитерация целевых вен была достигнута в 100% наблюдений. Применение указанной тактики лечения не сопровождалось увели-

чением частоты известных осложнений или появлением каких-либо новых. Незначительно увеличилось только время операции. В подавляющем большинстве наблюдений для ЭВЛК БПВ и ПДПВ использовался один и тот же световод, что не приводило к удорожанию стоимости операции. На сроках наблюдения до 12 месяцев рецидивов не выявлено, реканализаций после ЭВЛК не наблюдалось.

Вывод: выбранная нами тактика по профилактике рецидивов при ЭВЛК не сопровождается дополнительными осложнениями и возможно позволит снизить частоту рецидивов после ЭВЛК, что требует дальнейшего изучения.

ВЗГЛЯД РЕНТГЕНОЛОГА НА ДИАГНОСТИКУ ВТЭО. КАМНИ ПРЕТКНОВЕНИЯ

Сорока В. Л., Сонькин И.Н.

Санкт-Петербург, Россия

В связи с появлением современных методов лечения ТГВ - дезобструкции венозного русла, повысились требования к лучевой диагностике. В настоящее время важно не только установить факт тромбоза, но постараться оценить его давность, исключить факт ретромбоза.

Для планирования лечения необходимо знать наличие предрасполагающих факторов, таких как артерио-венозные конфликты, компрессии вен, инвазия и т.п.

Метод ультразвуковой диагностике является золотым стандартом обследования пациентов, но имеет ограничения при исследовании илеокавального сегмента, оценки вен бедренного сегмента у пациентов с выраженными отеками и ожирением.

Какой метод лучевой диагностики наиболее информативен при планировании дезобструкции?

В арсенале врача-рентгенолога имеются МР- флебография и КТ-флебография. Каждый метод обладает своими преимуществами и недостатками, что необходимо учитывать при направлении пациентов на обследования.

КТ -флебография позволяет на одном введении контрастного препарата оценить просвет легочных артерий и вен илеокавального сегмента, что необходимо при подозрении на ТЭЛА. Благодаря возможности построения мультипланарных реконструкций МСКТ имеет преимущества при планировании дезобструкции.

Так как МРТ не связана с ИИ, этот метод имеет преимущества при обследовании беременных.

На данный момент неоднозначные данные в отношении возможностей КТ и МРТ в определении давности тромбоза. Работы в данном направлении ведутся.

ОБЛАДАЕТ ЛИ ШКАЛА WELLS ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРЕДСКАЗАТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТЬЮ В ДИАГНОСТИКЕ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН?

Счастливец И.В., Лобастов К.В., Цаплин С.Н., Бурлов Н.Н.,
Кузнецов М.С., Барганджия А.Б., Журавлев С.В., Родоман Г.В.

Москва, Свердловская область, Казань, Россия

Цель. Оценить предсказательную способность шкалы Wells для диагностики тромбоза глубоких вен нижних конечностей.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ проспективно собранных данных всех пациентов, направленных на госпитализацию с подозрением на тромбоз глубоких вен (ТГВ) в Клиническую больницу № 1 Управления делами Президента РФ в период с 2012 по 2018 год. При поступлении в стационар всем больным проводилась оценка предтестовой вероятности наличия ТГВ с помощью шкалы Wells с последующей верификацией диагноза (посттестовая вероятность или распространенность ТГВ) с помощью ультразвукового ангиосканирования (УЗАС). С 2014 года авторами начато внедрение образовательной программы по повышению осведомленности врачей, направляющих пациентов в стационар, о методах диагностики и лечения венозных тромбоэмболических осложнений, что нашло отражение в распространенности ТГВ среди поступивших в приемное отделение пациентов. На основании выявленных изменений с применением методов байесовской статистики была рассчитана положительная (PPV) и отрицательная (NVP) посттестовая вероятность (аналог предсказательной способности при использовании апостериорных тестов) с 89% доверительным интервалом (ДИ) для ≥ 2 баллов по шкале Wells в отношении выявления ТГВ в зависимости от его распространенности.

Результаты. За указанный период времени в клинику поступило 867 пациентов с подозрением на ТГВ: 425 (49%) мужчин и 442 (51%) женщин в возрасте 19-101 (в среднем, $62,4 \pm 16,3$) лет. Среди них 467 (53,9%) имели ≥ 2 баллов по шкале Wells, и ТГВ был подтвержден в 462 (53,3%) случаях. Чувствительность и специфичность шкалы Wells во всей выборке составили 92,9% и 90,6% соответственно. В 2012–2013 годах, до внедрения образовательной программы, распространенность ТГВ составляла 35,3%, а в 2014–2018 годах увеличилась до 64,1%. По результатам расчета, PPV увеличивалась от 9,05% (95% ДИ, 7,37-11,24%) до 99,47% (95% ДИ, 99,34-99,59%) а NVP – от 0,09% (95% ДИ, 0,07-0,11%) до 63,03% (95% ДИ, 56,84-68,25%) при повышении распространенности ТГВ от 1% до 95%. Таким образом, при распространенности тромбоза более 30%, PPV для ≥ 2 баллов по шкале Wells превышает 80%, что позволяет принимать обоснованное решение о начале антикоагулянтной терапии до момента выполнения УЗАС. Полученное распределение PPV в зависимости от распространенности ТГВ дает возможность каждому индивидуальному учреждению или региону принимать решение о целесообразности начала терапии тромбоза до момента его верификации, исходя из эпидемиологической ситуации и материаль-

но-технической оснащенности, что имеет потенциальные перспективы повышения качества оказания медицинской помощи пациентам с венозным тромбозом.

Заключение. Предсказательная способность шкалы Wells зависит от популяции пациентов, в которой она применяется. При распространенности ТГВ среди поступивших больных более 30% положительная посттестовая вероятность шкалы Wells превышает 80%, что оправдывает начало антикоагулянтной терапии до момента верификации диагноза.

АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: ИССЛЕДОВАНИЕ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ С АНАЛИЗОМ ПО ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ

Счастливец И.В., Лобастов К.В., Цаплин С.Н., Матвеева А.В., Журавлев С.В., Родоман Г.В.

Москва, Россия

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность различных режимов антикоагулянтной терапии тромбоза глубоких вен нижних конечностей в реальной клинической практике.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ проспективно собранных данных 462 пациентов, поступивших в Клиническую больницу № 1 Управления делами Президента РФ в период с 2012 по 2018 год с подтвержденным диагнозом тромбоза глубоких вен. Выполнен анализ по предрасположенности. Пациенты основной группы получали ривароксабан, контрольной - варфарин. Первичным критерием эффективности было развитие симптоматического рецидива венозного тромбоза с осложнениями (ВТЭО), включая тромбоз легочной артерии, рецидив или прогрессирование ранее выявленного тромбоза, возникновение тромбоза новой локализации. Первичным критерием безопасности было большое кровотечение согласно определению Международного общества по тромбозу и гемостазу.

Результаты исследования. В основную группу вошло 340 больных: 179 мужчин и 161 женщина в возрасте от 26 до 101 года (средний возраст – $61,5 \pm 15,6$ лет). В контрольную группу включено 122 пациента: 60 мужчин и 62 женщины в возрасте от 20 до 93 лет (средний возраст – $62,0 \pm 16,8$ лет).

Рецидив ВТЭО на фоне антикоагулянтной терапии был выявлен в 6 случаях (1,3%; 95% ДИ, 0,6-2,8%). В основной группе развился 1 рецидив тромбоза (0,3%, 95% ДИ, 0,1-1,7%). В контрольной - 5 рецидивов (4,1%, 95% ДИ, 1,8-9,2%), ($p=0,006$).

Кровотечения развились у 49 больных (10,6%; 95% ДИ, 8,1-13,7%). В основной группе развилось 34 кровотечения (10,0%; 95% ДИ, 7,2-13,6%), в контрольной – 15 (12,3%; 95% ДИ, 7,6-19,3%; $p=0,495$). На фоне приема варфарина было зарегистри-

ровано 2 (1,6%; 95% ДИ 0,5-5,8%) случая большого кровотечения, тогда как в группе ривароксабана они отсутствовали. Не большое, но клинически значимое кровотечение у пациентов основной группы развилось у 13 пациентов (3,8%; 95% ДИ, 2,3-6,4%), тогда как в контрольной их было 5 (4,1%; 95% ДИ, 1,8-9,2%) ($p=0,999$).

Средняя продолжительность стационарного лечения в основной группе оказалась достоверно ниже по сравнению с контрольной как до анализа по предрасположенности ($8,5\pm 3,8$ суток против $11,0\pm 9,8$ суток; $p=0,003$), так и после ($7,8\pm 3,4$ суток против $10,4\pm 4,7$ суток; $p=0,021$).

Сравнение комбинации наиболее важных с клинической точки зрения исходов в виде рецидива ВТЭО и большого кровотечения с помощью кривых Каплана-Мейера показало, что ривароксабан демонстрирует статистически значимые преимущества перед варфарином как в первичной когорте, так и после проведенного анализа по предрасположенности.

Заключение. Применение ривароксабана для лечения тромбоза глубоких вен нижних конечностей позволило сделать антикоагулянтную терапию не только эффективной, но и безопасной снизив риск развития больших кровотечений.

РИВАРОКСАБАН В СРАВНЕНИИ С ВАРФАРИНОМ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ КАВА-ФИЛЬТРА: РЕТРОСПЕКТИВНОЕ КОГОРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

**Счастливец И.В., Панков А.С., Цаплин С.Н., Степанов Е.А.,
Журавлев С.В., Лобастов К.В.**

Москва, Россия

Цель. Оценить эффективность и безопасность ривароксабана в сравнении с варфарином у пациентов после имплантации кава-фильтра

Материал и методы. Проведено ретроспективное когортное исследование проспективно собранных данных всех пациентов, поступивших в Клиническую больницу № 1 Управления делами Президента РФ в период с 2012 по 2018 год с подтвержденным диагнозом тромбоза глубоких вен (ТГВ) и имплантированным кава-фильтром.

Все пациенты находились под наблюдением в течение 12 месяцев или до смерти с контрольными визитами через 1, 3, 6 и 12 месяцев. Первичным критерием эффективности было развитие симптоматического рецидива венозного тромбоэмболического осложнения (ВТЭО), включая тромбоэмболию легочной артерии, рецидив или прогрессирование ранее выявленного тромбоза, возникновение тромбоза новой локализации. Первичным критерием безопасности было большое кровотечение согласно определению Международного общества по тромбозу и гемостазу.

Результаты исследования. За период наблюдения в стационар поступило 462 пациента с тромбозом глубоких вен нижних конечностей, из них 100 пациентам была

произведена имплантация кава-фильтра по поводу свободно флотирующего тромба (n=64), прогрессирования тромбоза (n=8) или кровотечения на фоне начальной антикоагулянтной терапии (n=8), проведения регионарного катетерного тромболизиса (n=8). У 12 пациентов кава-фильтр был имплантирован ранее, и они поступили в стационар с рецидивом ТГВ. Возраст пациентов варьировал от 26 до 101 года (в среднем $62,2 \pm 17,5$). Из них 54 мужчины и 46 женщин. После имплантации кава-фильтра 41 пациент принимал варфарин, 59 пациентов – ривароксабан (15 мг 2 раза в день в течение 3-х недель, далее переходили на однократный ежедневный прием препарата по 20 мг).

Рецидив ВТЭО был выявлен у 3 пациентов получавших варфарин (7,3%; 95% ДИ, 2,5-15,3%), в двух случаях развился ТГВ (4,9%; 95% ДИ, 1,3-16,1%) и в одном ТЭЛА (2,4%; 95% ДИ, 0,4–12,6%). Среди пациентов получавших ривароксабан рецидива ВТЭО отмечено не было ($p=0,066$). Оклюзии нижней полой вены в обеих группах выявлено не было. На фоне приема варфарина зарегистрирован 1 случай большого кровотечения (внутричерепное кровоизлияние) (2,4%; 95% ДИ 0,4–12,6%). В группе пациентов получающих ривароксабан больших кровотечений отмечено не было ($p=0,410$). При прямом сравнении различий между группами не обнаружено. Однако при использовании анализа Каплана-Мейера ривароксабан оказался эффективнее варфарина в отношении рецидива ВТЭО ($p=0,035$ по лог-ранговому тесту). Проведенный анализ по предрасположенности не выявил каких-либо различий между группами.

Заключение: у пациентов с имплантированным кава-фильтром терапия ривароксабаном является не менее эффективной и безопасной в сравнении с варфарином. Однако, для подтверждения этого утверждения необходимо проведение рандомизированных контролируемых исследований.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В СИСТЕМЕ ОМС

Тарасов С.Л., Бирюков А.В., Шарифуллина Р.Р., Никонов А.В., Лавинский Р.В., Ефремов Д.П., Пономарев С.В., Гагарин А.В., Крохин А.В.

Ижевск, Россия

Актуальность. Эндовенозная лазерная облитерация (ЭВЛО), в настоящее время наиболее частый метод лечения варикозной болезни нижних конечностей (ВБ). Относительная простота, затратноёмкость и воспроизводимость метода позволяют применять его в амбулаторных условиях. В то же время услуги А22.12.003 Лазерная коагуляция вен нижних конечностей, А22.12.003.001 Эндовазальная лазерная коагуляция вен нижних конечностей в систему оплаты ОМС не включены, а минифлебэктомия (МФ) и стрипинг вен (код услуги А!6.12.006.001) включены

в систему оплаты ОМС. Следовательно, сочетание ЭВЛО с МФ возможно проводить в условиях дневного стационара по системе ОМС.

Материал и методы. В клиническом центре «Медиаль» за последние годы (с 2020 по 2023), пролечено 4395 пациентов С2,3 стадией заболевания. У всех пациентов выполнено ЭВЛО и МФ, у 2895 операция дополнена эхо контролируемой склеротерапией варикозных притоков подкожных вен. У 73% пациентов выполнены операции на правой и левой конечностях одновременно. В структуре пациентов преобладали женщины 3269 (73%). Средний возраст пациентов составил $48,5 \pm 6$ лет. Все операции проводились в условиях дневного стационара хирургического профиля. У пациентов с высоким индексом развития ВТЭО по шкале Каприни применяли низкомолекулярные гепарины (НМГ) в профилактических дозах.

Результаты исследования. Проведен ретроспективный анализ и амбулаторное наблюдение у 4097 (99,6%) пациентов. Амбулаторное наблюдение проводилось на 1,4 месяц с момента операции. У всех пациентов достигнут хороший и положительный результат. В двух случаях на вторые сутки после операции выявлена ТЭЛА, причиной которой явился ТГВ голени. Обоим пациенткам проводилась стандартная терапия ТЭЛА с положительным эффектом. Гнойно-септических и фатальных геморрагических осложнений не было. В одном случае после склеротерапии варикозных вен выявлен некроз кожи, на 6 сутки после операции не потребовавший инвазивных вмешательств. У шести пациентов после МФ обнаружены клинически значимые подкожные гематомы, потребовавшие пункционных эвакуаций. Летальных исходов в ближайшем и отдаленном периодах не выявлено. Средний койко-день $3 \pm 0,8$ обусловлен требованиями Фонда ОМС. Оплата по ОМС данного вида вмешательств проведена в полном объеме.

Заключение. Таким образом ЭВЛО, МФ и склеротерапия эффективные методы лечения варикозной болезни нижних конечностей, имеющих малый процент осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периодах. В системе ОМС возможно проведение одноэтапного лечения варикозной болезни, сочетающей все типы операций на притоках и стволах подкожных вен. Вместе с тем эти данные не отражают клиническую значимость выявляемых осложнений и потребность в тромбопрофилактике ТГВ и ВТЭО. Следует учитывать, что ВТЭО вплоть до фатальных ТЭЛА может развиваться отсрочено, через 3 и более недель после операции.

ТУБЕРКУЛЕЗ, КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ОСТРЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Титомер А.И., Плоткин Д.В., Синицын М.В., Богородская Е.М.

Москва, Россия

Цель: Определить основные факторы, влияющие на развитие венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) у пациентов с впервые выявленным туберкулезом в профильных стационарах г. Москвы.

Материалы и методы: Для решения поставленных задач были использованы данные системы эпидемиологического мониторинга туберкулеза г. Москвы (СЭМТ). СЭМТ представляет собой электронные регистры (на базе ПО «Barclay SW»), в которые вносятся все сведения о пациентах с выявленным туберкулезом любой локализации, подтвержденным культуральным, бактериоскопическим и/или молекулярно-генетическим методами. Для выявления случаев ВТЭО было проведено ретроспективное многоцентровое исследование и изучены все случаи острых венозных тромбозов и ТЭЛА (медицинская карта стационарного больного – форма 003 – путем ручного просмотра всех записей) во всех фтизиатрических стационарах ДЗМ за период 2020–2022 годы.

Результаты: За анализируемый период времени в противотуберкулезные стационары было госпитализировано 4609 пациентов с подтвержденным активным туберкулезом различных локализаций. Среди них выявлено 214 случаев ВТЭО (4,6%; 95% ДИ: 4,1-5,3%), причем частота развития тромбоз глубоких вен составила 3,5% (95% ДИ: 3,0-4,1%), тромбоза поверхностных вен - 1,5 % (95% ДИ: 1,2-1,9%), а ТЭЛА – 0,6% (95% ДИ: 0,4-0,8%). Наиболее значимыми факторами риска развития венозных тромбоэмболических осложнений у больных туберкулезом стали ко-инфекция ВИЧ/туберкулез (RR 3,8; 95% ДИ: 2,7-4,5) и наличие фиброзно-кавернозного туберкулеза легких (RR 9,1; 95% ДИ: 4,7-17,6). Общая распространенность ВТЭО во фтизиатрических стационарах превысила литературные данные для общесоматических клиник примерно в 3 раза.

По результатам проведенных исследований у ВИЧ – инфицированных лиц отмечается увеличение частоты ВТЭО за счет дисрегуляции иммунной системы и развития хронического воспаления, что приводит к эндотелиальной дисфункции, активации моноцитов и экспрессии провоспалительных цитокинов, таких как интерлейкин - 6. В свою очередь, моноциты экспрессируют прокоагулянтный белок - тканевой фактор, способный активировать коагуляционное звено гемостаза. При развитии фиброзно-кавернозных форм туберкулеза, у многих больных наблюдается тяжелая дыхательная недостаточность, приводящая к хронической гипоксии. Гипоксия способствует экспрессии определенных генов, реагирующих на недостаток кислорода и регулирующих снижение уровня протеина S и опосредованного с этим повышения уровня тромбина в сыворотке крови.

Заключение: На основании полученных данных, можно обоснованно предполагать, что туберкулез, является одним из значимых факторов риска развития ВТЭО, действующий за счет нарушения механизмов коагуляции и дисфункции эндотелия. ВИЧ – инфекция и фиброзно-кавернозные формы туберкулеза, сопровождающиеся хронической гипоксией, повышают риск развития острых венозных тромбозов и ТЭЛА. Данный факт диктует необходимость разработки систем оценки риска ВТЭО у больных туберкулезом, специфической профилактики и эффективных схем лечения.

СОСТОЯНИЕ МЫШЕЧНЫХ ВЕН ГОЛЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Толстихин В.Ю., Прожеев К.П.

Красноярск, Россия

Цель исследования: оценить диаметры внутримышечных вен голени у пациентов с варикозной болезнью в послеоперационном периоде по данным ультразвукового исследования.

Материалы и методы: в ООО «Центр современной флебологии и профилактической медицины» наблюдали 68 пациентов с варикозной болезнью на одной нижней конечности (С2 –С4) в бассейне большой подкожной вены. Всем пациентам в предоперационном периоде при проведении ультразвукового исследования, дополнительно фиксировались диаметры парных суральных (медиальных и латеральных икроножных) вен. Известно, что при варикозной болезни увеличивается ёмкость не только подкожных, но и внутримышечных вен. Ультразвуковое исследование проводили на аппарате Mindray DC-55 стандартным линейным датчиком в В- режиме в вертикальном положении. После проведения стандартной эндовазальной лазерной коагуляции (ЭВЛК). пациентов наблюдали в течение 1 года с проведением клинического осмотра и УЗДС вен конечностей через 1, 6, и 12 месяцев после операции.

Результаты исследования: при обследовании 68 пациентов при ультразвуковом исследовании в предоперационном периоде было выявлено увеличение диаметров медиальных икроножных ($D1= 7,6 \pm 1,2$ мм и $D2 = 6,9 \pm 1,1$ мм) и латеральных вен ($D1 = 4,1 \pm 1,2$ мм и $D = 3,8 \pm 0,9$ мм) на пораженной конечности. На коллатеральной конечности диаметры мышечных вен были меньшего диаметра ($D1= 4,6 \pm 1,1$ мм и $D2 = 3,7 \pm 1,3$ мм/ $D1 = 3,1 \pm 1,2$ мм и $D=3,2 \pm 1,2$ мм). Через 1 месяц после проведенного хирургического вмешательства ($n=68$) состояние пациентов было удовлетворительным, осложнений не зафиксировано. При проведении ультразвукового исследования была зафиксирована облитерация ствола БПВ на конечности. Однако диаметры мышечных вен не изменились по сравнению с первоначальными данными. Сохранялись увеличенные диаметры медиальных икроножных ($D1= 7,5 \pm 1,1$ мм и $D2 = 6,9 \pm 1,2$ мм) и латеральных вен ($D1 = 4,0 \pm 1,2$ мм и $D=3,6 \pm 1,1$ мм) в пределах статистической ошибки. При обследовании пациентов ($n=51$) через 6 месяцев тенденция по сохранению увеличенных диаметров икроножных вен сохранялась. Через 12 месяцев после проведенного оперативного лечения варикозной болезни осмотрено 46 пациентов. Рецидива варикозной болезни не выявлено. При ультразвуковом исследовании вен конечностей ствол БПВ облитерирован. При исследовании икроножных вен сохранялись признаки венозной эктазии. Сохранялись увеличенные диаметры медиальных икроножных ($D1= 7,6 \pm$

1,4 мм и $D_2 = 6,6 \pm 1,3$ мм) и латеральных вен ($D_1 = 4,2 \pm 1,3$ мм и $D = 3,8 \pm 1,2$ мм). Таким образом, при наблюдении пациентов в послеоперационном периоде после ЭВЛК в сроки до 12 месяцев, не отмечено уменьшение диаметров медиальных и латеральных икроножных вен. **Заключение:** При наблюдении за пациентами в течение 1 года после операции ЭВЛК, при ультразвуковом исследовании фиксируется сохранение эктазии икроножных вен. Выявленные данные указывают на сохранение избыточного депонирования крови в мышечных венах голени у пациентов с варикозной болезнью в послеоперационном периоде.

КАК УДЕРЖАТЬ РЕЗУЛЬТАТ У ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФЕДЕМОЙ? ГЛАВНЫЙ ВОПРОС ДЛЯ ВРАЧА ЛИМФОЛОГА

Трушин Д. С.

Рязань, Россия

Актуальность: принципами лечения лимфедемы являются стимуляция лимфангиомоторной функции, реорганизация уплотненной соединительной ткани, и последующее удержание результата.

Цель работы: Достичь адекватной компрессии для удержания результата лечения различными способами.

Материал и методы: За 5 лет 335 больных прошли полный цикл лечения: комплексная физическая противоотечная терапия (КФПТ) с подбором компрессионного трикотажа (КТР). Компрессионный трикотаж плоской вязки фирмы Medi mediven 550 2-го и 3-го класса компрессии (кк).

Результаты лечения и их обсуждение:

В большинстве случаев – более 90%, удается удержать результат КФПТ с помощью КТР 2-го и 3-го кк. У менее 10% пациентов 3 кк КТР (максимально для рук) и даже 4 кк КТР (максимально для ног) не справляются с удержанием результата.

Во время выполнения КФПТ мы накладывали многослойный бандаж. Количество слоев бинтов низкой растяжимости на одном участке тела достигало - 10! Общее количество бинтов может достигать до 15 шт. на одну конечность. При этом компрессионный бандаж создавал давление до 80 мм.рт.ст. Плюс мануальный лимфодренаж освобождает лимфатические сосуды от избытка лимфы, не давая нарастать давлению отека. Поэтому, на этапе КФПТ, справиться с отеком на «отлично и хорошо» удалось на 94,9% (318 из 335) человек. После курса КФПТ, в процессе носки КТР, без мануального лимфодренажа давление начинает нарастать в тканях. И у немногих пациентов давление отека в ПЖК и в лимфатических сосудах может достигать до 120 мм.рт.ст. Соответственно, и 3 кк КТР (34.0 – 46.0 мм.рт.ст.) и даже 4 кк КТР (минимум 49.0 мм.рт.ст.) не могут удер-

жать такое давление. За время работы Центра лимфологии Рязань было отработано несколько методов удержания результата при прогрессирующем течении лимфедемы.

Первый метод: Использование второго изделия КТР по верх первого. Для комбинации можно использовать трикотаж круглой вязки по верх плоской. Но лучше плоскую вязку на плоскую. В большинстве случаев можно достичь хорошего результата таким способом.

Второй метод: Использование регулируемых нерастяжимых компрессионных бандажей (РНКБ). Для удержания результата у особенных пациентов использовали РНКБ фирмы MediCircaid JUXTAFIT. Пациенты использовали бандажную систему по верх КТР плоской вязки.

Третий метод: Использование бинтов низкой растяжимости. При таком методе удержания мы накладывали бинты поверх КТР плоской или даже круглой вязки.

Четвертый метод: заблаговременное уменьшение размеров КТР при первичном заказе. Уменьшение производили от 10 до 20% в типичных точках прогрессии отека.

Пятый метод: Адаптирование готового КТР плоской вязки путем ушивания. При этой методике мы уменьшаем имеющийся КТР в местах, где он плохо держит нарастающий отек.

Заключение: Выбор метода удержания осуществляется в каждом случае индивидуально, исходя из многих факторов: мобильность и гибкость человека, финансовое состояние, удобство метода, обучаемость пациента и т.д. Каждый из методов показал свою эффективность и свои минусы. Сочетая и комбинируя эти методы, дополняя их к обычной методике, возможно удержать результат после КФПТ практически у всех пациентов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ ПРОТИВООТЕЧНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ У ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФОВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Трушин Д. С.

Рязань, Россия

Актуальность: принципами лечения лимфедемы являются стимуляция лимфангиомоторной функции, реорганизация уплотненной соединительной ткани, и последующее удержание результата.

Цель работы: Достичь адекватной консервативной терапии в лечении трофических язв у пациентов с лимфовенозной недостаточностью.

Материал и методы: За 5 лет 45 больных с трофическими язвами прошли полный цикл лечение: комплексная физическая противоотечная терапия (КФПТ)

с подбором компрессионного трикотажа (КТР). Компрессионный трикотаж плоской вязки фирмы Medi mediven 550 3 класса компрессии (кк). Терапия не проводилась пациентам с ишемией нижних конечностей и с выраженной диабетической ангиопатией (диабетическая стопа).

Результаты и их обсуждение:

В зависимости от состояния раны, обильности лимфореи и выраженности отека, консервативную терапию можно разделить на этапы:

Этап №1 – санация язвы и антибактериальная терапия производилась при наличии гнойного отделяемого. При наличии в ране некротических масс, проводилась щадящая некрэктомия – удаление подвижных масс, без повреждения здоровых тканей. Местно: антибактериальные мази и атравматические антибактериальные сетки. Для борьбы с лимфореей применяли абсорбционные прокладки.

Этап №2 - комплексная физическая противоотёчная терапия (КФПТ).

Во время выполнения КФПТ мы выполняли мануальный лимфодренаж с наложением многослойного компрессионного биндажа, бинтами низкой растяжимости, с фиксацией стопы и пальцев. Мануальный лимфодренаж освобождает лимфатические сосуды от избытка лимфы, уменьшает давление отека и таким образом снижает лимфорею.

Плотность компрессионного биндажа была выше, чем у пациентов без трофических язв. Количество слоев бинтов низкой растяжимости на одном участке тела достигало - 10!

Этап №3 – Компрессионный биндаж для удержания безотечного состояния и перевязка ран с использованием стимулирующих регенерацию атравматических сеток. Компрессионный биндаж точно такой же, как и на 2 тапе, но менее плотный – 6-8 слоев. Процедуру проводили раз в несколько дней.

Этап №4 – подбор компрессионного трикотажа (КТР) плоской вязки фирмы Medi mediven 550 3 класса компрессии (кк), по индивидуальным меркам. КТР заказывали за 1-1,5 месяца до полного закрытия язвенного дефекта. При этом, при замере, обязательно применяли уменьшение размеров КТР. Уменьшение производили от 10 до 20% в типичных точках прогрессии отека.

Таким образом нам удалось добиться заживления трофических язв у 44 из 45 пациентов, которых мы проводили лечение - это 97,8% положительных результатов! Длительность терапии составляла от 20 дней до 8 месяцев, в зависимости от величины язвенного дефекта.

Заключение: применение комплексной физической противоотёчной терапии (КФПТ) у пациентов с трофическими язвами при лимфовенозной недостаточности, показало высокую эффективность. Применение многоэтапного метода лечения, с использованием КФПТ, позволяет добиться излечения трофических язв практически у всех пациентов.

ВЛИЯНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛИМФОРЕЕЙ

Уртаев Б.М., Симанин Р.А., Сафронова В.В., Гритнус А.Р., Цибирова А.Э.

Москва, Россия

Введение. Лимфорея — это патологическое состояние, которое часто возникает после оперативного вмешательства при лечении различных онкологических заболеваний. Согласно литературным данным, вероятность развития лимфореи после хирургического лечения рака молочной железы составляет 100%.

В последние годы появились новые методы лечения послеоперационной лимфореи, включая использование фотодинамической терапии (ФДТ).

Цель работы. Определить возможность применения фотодинамической терапии в лечении послеоперационной лимфореи и оценить ее влияние на качество жизни пациентов.

Материалы и методы. Было проведено исследование с участием 40 пациенток, подвергшихся онкохирургическому вмешательству по поводу рака молочной железы. Пациентки были разделены на две группы. В первой группе, состоящей из 20 женщин в возрасте от 30 до 69 лет (средний возраст $53,70 \pm 1,12$ лет), в послеоперационном периоде была применена фотодинамическая терапия для лечения продолжительной лимфореи. У пациенток второй группы, (20 женщин в возрасте от 34 до 68 лет (средний возраст $56,85 \pm 2,16$ лет)), в послеоперационном периоде использовались только общепринятые методы лечения лимфореи, такие как пункции и давящие повязки.

Всем пациенткам выполнялась радикальная мастэктомия по Мадден, включающая лимфодиссекцию трех уровней: подмышечную и подключичную.

Объем лимфореи оценивали по количеству отделяемого дренажом, а после их удаления — путем пункций. Дренаж снимали при объеме лимфореи не более 60–70 мл/сут в течение 2 сут.

В основной группе через 14 дней после снятия дренажа лимфорея в объеме более 50 мл в сутки сохранялась у 16 (80%) пациенток, в группе сравнения — у 17 (85%). Этим пациенткам предлагалось заполнить анкету SF-36 для оценки качества жизни. После этого женщинам из основной группы проводили ФДТ с целью купирования лимфореи. Тактика ведения пациенток из группы сравнения не менялась. Повторную оценку качества жизни участниц исследования проводили через 3 и 6 мес.

Через 1 год после оперативного вмешательства оценивали число случаев возникшего лимфостаза у пациенток обеих групп. Для этого измеряли длину окружности верхней конечности на стороне операции и на контрлатеральной стороне. При увеличении длины окружности на стороне операции результат оценивали, как факт наличия лимфостаза.

Результаты и обсуждение. С помощью опросника SF-36 мы оценивали такие параметры как: физическое, социальное и ролевое функционирование, интенсивность боли, жизненная активность. Первоначально, при оценке качества жизни у пациенток из обеих групп, проведенной через 14 дней после удаления дренажа, статистически значимых различий не наблюдалось.

Сеанс послеоперационной ФДТ проводили пациенткам не ранее, чем через 14 дней после снятия дренажа при ежесуточной потере лимфы более 50 мл. Доза света составляла 20 Дж/см² поверхности кисты при плотности мощности 333 мВт/см². Количество сеансов определяли индивидуально. Как правило, требовалось 1–2 сеанса для полного прекращения лимфорей. У одной женщины потребовалось проведение трех сеансов.

Через 3 и 6 мес после начала исследования пациентки повторно заполняли анкету SF-36. Анализ полученных результатов показал, что в основной группе показатели достигали высоких значений гораздо раньше, чем в группе сравнения. Так, через 3 мес были обнаружены статистически значимые различия в показателях, отвечающих за ролевое функционирование, связанное с физическим компонентом – $93,75 \pm 11,10$ балла в основной группе против $46,25 \pm 16,78$ баллов в группе сравнения; интенсивность боли составила $91,50 \pm 9,33$ и $66,80 \pm 6,03$ баллов соответственно. Значение показателя «общее здоровье» у пациенток основной группы составило $63,25 \pm 3,93$ балла, в группе сравнения $46,45 \pm 6,33$ баллов; а показателя «жизненная активность» – $84,75 \pm 5,49$ и $65,75 \pm 4,37$ баллов соответственно.

Через 6 мес все показатели сблизилась, за исключением ролевого функционирования, связанного с физическим компонентом. В группе сравнения данные значения так и не достигли максимума – $96,25 \pm 3,24$ баллов в основной группе и $78,75 \pm 9,16$ баллов в группе сравнения.

Через 1 год после мастэктомии было проанализировано состояние всех пациенток, измерена длина окружности плеча для выявления признаков лимфостаза верхней конечности. В результате анализа выявлено, что в течение года после операции лимфостаз возник только у 1 женщины (5%) из основной группы, у которой длина окружности верхней конечности на стороне операции увеличилась на 1,7 см, и у 2 человек (10%) из группы сравнения – у них длина окружности увеличилась на 1,2 см и 2,4 см соответственно. У этих пациенток обеих групп был выявлен лимфостаз верхней конечности 1-й степени.

Выводы: Фотодинамическая терапия эффективно лечит послеоперационную лимфорей, снижая объем лимфопотерь и улучшая качество жизни пациенток, особенно физический аспект здоровья. Кроме того, этот метод лечения безопасен и не повышает риск развития лимфостаза в течение 1 года после лечения.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИОПОДОБНОГО ПУЛЬСИРУЮЩЕГО КРОВОТОКА В ВАРИКОЗНОРАСШИРЕННЫХ ВЕНАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Фаттахов Д.В., Султанов Р.В., Черных И.Г.

Кемерово, Россия

Введение. Диагностика варикозной болезни по праву считается одной из одной из хорошо изученных проблем в сосудистой хирургии и выявление артериоподобного пульсирующего кровотока в глубоких и поверхностных венах нижних конечностей является достаточно редким явлением. Причин для формирования подобного кровотока в венах нижних конечностей может быть несколько: наличие артериовенозной фистулы, как врожденного, так и приобретенного характера, а также проявления клапанной недостаточности сердца, в частности митральной недостаточности, что встречается гораздо реже и может вызвать сложности в диагностике и как результат привести к неверно выбранной тактике лечения.

Цель исследования. Определить распространенность и причины артериоподобного пульсирующего кровотока в варикознорасширенных венах нижних конечностей среди пациентов поликлинического приема ангиохирурга за 1 календарный год.

Материалы и методы. В основу работы положен ретроспективный анализ 6500 амбулаторных обращений в рамках приема ангиохирурга консультативной поликлиники ГАУЗ КОКБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово за 2023 год.

В период с января 2023 по январь 2024 в консультативной поликлинике ГАУЗ КОКБ им. С.В. Беляева ангиохирургами были осмотрены 6500 пациентов, из них 2500 (38%) с различными проявлениями варикозной болезни нижних конечностей с проявлениями хронической венозной недостаточности различной степени выраженности, из них у 6 (0,24%) пациентов выявлен артериоподобный пульсирующий кровоток в глубоких и поверхностных венах н\к. При дальнейшем дообследовании у 2 из 6 пациентов выявлена артерио-венозная фистула между ОБА и ОБВ с формированием артериоподобного пульсирующего кровотока в ОБВ, БПВ, у 4 из 6 пациентов выявлена недостаточность митрального клапана. При объективном осмотре данных пациентов помимо видимого и инструментально выявленного артериоподобного пульсирующего кровотока в глубоких и поверхностных венах нижних конечностей, так же обращала на себя внимание видимая пульсация яремных вен, одышка при умеренной физической активности, грубый пансистолический шум на верхушке сердца, при выполнении эхокардиографии выявлена грубая недостаточность митрального клапана III-IV степени (ширина струи регургитации от 8 до 11 мм). Все пациенты были направлены в профильный кардиохирургический стационар для определения выраженности митральной недостаточности и определения дальнейшей хирургической тактики лечения.

Выводы.

1) В общей популяции пациентов, обращающихся по поводу хронической венозной недостаточности в % случаев встречается артериоподобный кровоток.

2) Всем пациентам с выявленным артериоподобным пульсирующим кровотоком в глубоких и поверхностных венах нижних конечностей показано проведения более углубленного объективного осмотра с оценкой яремных вен, проведение аускультации сердца, эхокардиографии с оценкой клапанной регургитации, что имеет определяющее значение в тактике лечения пациентов на фоне неуклонно увеличивающегося количества оперативных вмешательств на венах нижних конечностей.

3) Причинами артериоподобного кровотока в венах нижних конечностей являются: 1) врожденные артериовенозные фистулы (%), 2) приобретенные (посттравматические) артериовенозные фистулы (%), 3) клапанная недостаточность сердца (митральная недостаточность)

УЛЬТРАТОНКИЕ СВЕТОВОДЫ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭВЛК НЕЭСТЕТИЧНЫХ ВЕН НА РУКАХ

Федоров Д.А., Семенов А.Ю., Багдасарян А.Г., Сапранова Ю.А.

Обнинск, Москва, Россия

Цель: показать возможность использования ультратонких торцевых световодов 200мкм для удаления неэстетичных вен на руках методом ЭВЛК.

Материал и методы. Впервые в наших медцентрах устранение неэстетичных вен на кистях и предплечьях, методом ЭВЛК, выполнено в 2022 г. Процедура выполнялась под стандартной тумесцентной анестезией. В некоторых случаях ЭВЛК дополняли внутривенной седацией. За это время выполнено лечение на 28 верхних конечностях. Учитывая малый диаметр и не сильную извитость неэстетичных вен, мы использовали катетеры 20G и торцевые световоды 365мкм. При этом сначала выполнялась пункция всех целевых сегментов, начиная с кисти. Для этого устанавливалось 5-10 катетеров. Потом в каждый катетер вводился световод и выполнялась анестезия. ЭВЛК проводилась на лазерном генераторе IPG с длиной волны 1940 Нм, мощность 4-5 ватт, тракция ручная 1мм/сек. Склеротерапия во время процедуры не проводилась.

В первое время мы использовали сразу после процедуры эластичный бинт низкой растяжимости и потом стандартный набор компрессионного трикотажа для верхней конечности – перчатка и рукав 2 ФК. Дальнейшие наблюдения и данные литературы позволили нам полностью отказаться от использования компрессии при ЭВЛК. После процедуры на область воздействия прокладывались стерильные салфетки с фиксацией бинтом Пеха-Хафт. Это требовалось для до-

стижений эстетичности, т.к. некоторое время из проколов вытекал раствор анестетика. Через 12-18 часов пациент самостоятельно снимал повязки.

После процедуры рекомендовалось использование местных НПВС (Диклак 5% гель 2 раза в день) и, при необходимости, НПВС внутрь 3-5 дней на ночь. Применение пациентом флеботропной терапии не являлось обязательной, но приветствовалось.

Болевой синдром при установке катетеров, умеренная жесткость торцевых световодов 365 мкм, заставили нас искать еще более щадящий режим выполнения процедуры. Компанией IPG были созданы ультратонкие торцевые световоды 200мкм. Безусловными преимуществами стали возможность установки через более тонкий катетер 24G, что практически безболезненно для пациента, а также мягкость и податливость таких световодов. Это значительно облегчило процесс продвижения световода по неэстетичной и извитой вене. Надо отметить, что вены на руках имеют малый диаметр, в них отсутствуют узлы, но есть естественные изгибы. Стенка этих вен достаточно плотная и мягкий 200мкм торцевой световод проходит по просвету практически без риска перфорации. При необходимости мы прибегали к «ручной навигации», помогая световоду повернуть в нужном нам направлении. Анестезию выполняли иглой от катетера 24G, что минимизировало эстетические следы от проколов.

Результаты исследования. Непосредственные и отдаленные результаты показали хороший результат, большинству пациентов не понадобилась корректирующая склеротерапия. Локальные уплотнения по ходу обработанных вен сохранялись 3-6 мес., после чего полностью исчезали. Гиперпигментация была редкостью и выраженность ее была незначительной. Держалась она не более 1,5-2 мес.

Заключение. Методика лазерного устранения неэстетичных вен на руках ультратонкими торцевыми световодами 200мкм показала себя высокоэффективной. Нет необходимости в ношении дорогостоящего и некомфортного компрессионного трикотажа. Применение ультратонких световодов 200мкм позволяет значительно снизить болевые ощущения во время процедуры и минимизировать эстетические проблемы от применения более толстых игл и катетеров.

ТОТАЛЬНАЯ ЭВЛК - МЕТОДИКА И МЕСТО В СОВРЕМЕННОЙ РОССИЙСКОЙ ФЛЕБОЛОГИИ

**Федоров Д.А., Семенов А.Ю., Раскин В.В., Калачев И.И.,
Гарбуль С.С.**

Обнинск, Москва, Калуга, Россия

Цель. Стандартизация и систематизация выполнения Тотальной ЭВЛК. Выяснить необходимость, целесообразность и востребованность метода Тотальной ЭВЛК (ТЭВЛК) в России.

Материалы и методы. В рамках исследования был проведен анализ результатов ТЭВЛК в нескольких флебологических центрах России, использующих эту методику. Тотальная ЭВЛК в России стала выполняться с декабря 2019 г. Задача состояла в отказе от рутинного выполнения флебэктомии вариксов и обработке их с помощью лазера. Методически ЭВЛК не изменилась. Произошло лишь увеличение количества доступов и объем выполненного лечения. Это сопровождается некоторыми техническими тонкостями. Группой авторов были отработаны технические приемы, последовательность и нюансы, включая интра- и послеоперационное ведение пациентов. Окончательная техника сформировалась и устойчиво выполняется с конца 2021 г. За это время нашим коллективом выполнено более 3000 вмешательств. Мы практически полностью отказались от выдергивания вен в пользу лазерной «запайки». При этом надо отметить, что выполнение последующей склеротерапии мелких вариксов, ретикулярных вен и телеангиоэктазов считается вполне оптимальным и не является критерием исключения для данной методики.

Результаты исследования. Нами проведена случайная выборка и осмотр пролеченных пациентов. Учитывая возможности как наших пациентов, так и загруженность флебологических центров мы лично осмотрели 249 пациентов, пролеченных в период 2019-2022 гг. Срок наблюдения составил от 1,5 до 4 лет. По данным УЗИ было выявлено 2 реканализации ствола БПВ на бедре и 2-3 вариксов на голени. Надо отметить, что все эти случаи были клинически незначимы и расценены как «УЗИ-находка». Пациенты от повторного лечения отказались и продолжают наблюдаться с периодичностью 1 раз в год.

В клинических рекомендациях АФР 2021 года – задачами хирургического лечения варикоза является устранение патологического вертикального и/или горизонтального рефлюкса, а также устранение варикозно измененных подкожных вен. При этом, для устранения патологического вертикального рефлюкса методы термооблитерации рекомендуются как предпочтительные в сравнении с открытой хирургией. Термооблитерация рекомендуется как предпочтительная в сравнении со склерооблитерацией и НТНТ. Отталкиваясь от этих рекомендаций, мы считаем метод ТЭВЛК наиболее предпочтительным для лечения пациентов с варикозом. Это подтверждает не только наш опыт, но и востребованность этого метода у флебологов по всей России. Нами было проведено интернет-анкетирование докторов, при котором выяснилось, что данной операцией заинтересованы и используют ее в своей практике практически на всей территории России, от Калуги и до Владивостока, от Архангельска до Сочи и Назрани.

Заключение. Методика ТЭВЛК является безопасной, эффективной и наиболее предпочтительной с клинической точки зрения. Постоянный интерес флебологов и расширение географии применения подтверждает актуальность и востребованность этой операции.

ВОЗМОЖНА ЛИ ЭФФЕКТИВНАЯ И БЕЗОПАСНАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПРИ РЕКАНАЛИЗАЦИИ КЛЕЯ VENASEAL? КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Фомин К.Н., Платонов С.А., Хомчук И.А., Томченко А.И., Шахназарян Р.Л.

Санкт-Петербург, Россия

Цель: оценить эффективность и безопасность проведения радиочастотной абляции варикозно-расширенных вен при реканализации клея Venaseal.

Материалы и методы: пациентка 75 лет посетила нас в связи с наличием рецидивирующей венозной язвы в области медиальной лодыжки левой нижней конечности площадью 15 см². Из анамнеза известно, что пациентка перенесла клеевую облитерацию Venaseal большой подкожной вены 3 года назад, которую ей выполняли по поводу варикозной трансформации и наличия венозной трофической язвы. Со слов пациентки, сразу после операции венозная язва зажила, однако через 2 года возникла снова, что и стало причиной повторного обращения к флебологу. По данным ультразвукового дуплексного сканирования вен левой нижней конечности, у пациентки наблюдалась следующая картина: сафено-фemorальное соустье несостоятельно, большая подкожная вена окклюзирована клеем только в области щели коленного сустава на протяжении 5 см. В остальных участках визуализируются пристеночные гиперэхогенные включения на всем протяжении большой подкожной вены на бедре и голени, занимающие от 5 до 30% просвета. Большая подкожная вены расширена на бедре до 1,3 см, на голени до 1,1 см, рефлюкс до 2 секунд на всем протяжении неокклюзированных участков большой подкожной вены. Малая подкожная вена и сафено-попliteальное соустье левой нижней конечности без патологии. Глубокие вены без клапанной недостаточности, проходимы на всем протяжении. Стоит отметить, что у пациентки также установлен диагноз сахарный диабет 2 типа, индекс массы тела 33 кг/м².

Учитывая наличие у пациентки открытой и экссудирующей венозной язвы, было принято решение об этапном лечении. Первым этапом за 15 дней путем наложения венозных биндажей (цинковые бинты Varolast, Hartmann + эластичные самофиксирующиеся бинты) была очищена, а затем и эпителизирована венозная язва. После этого пациентка была подготовлена к операции и был выполнен второй этап лечения. Была выполнена радиочастотная абляция большой подкожной вены. Сначала произведена сегментарная коагуляция пункцией вены на уровне средней трети голени до уровня коленного сустава (до места окклюзии клеем). Было выполнено 3 цикла абляции по 20 секунд в 3 сегментах. Далее была выполнена пункция участка большой подкожной вены проксимальнее места клеевой окклюзии большой подкожной вены (нижняя треть бедра). Катетер для радиочастотной абляции был заведен до остиального клапана таким образом, чтобы

пристеночно расположенные фрагменты клея остались дистальнее (для того, чтобы обеспечить безопасную абляцию и предотвратить возможную миграцию клея вследствие его температурной деформации). Первый проксимальный сегмент был обработан пятью циклами по 20 секунд. Все остальные сегменты были прокоагулированы тремя циклами по 20 секунд. В переходный участок на уровне нижней трети бедра (то место, которое осталось без термальной обработки вследствие пункции) длиной 3 см был введен 3% раствор этоксисклерола объемом 2 мл для получения полноценной картины окклюзии на протяжении всей вены. В послеоперационном периоде использовался компрессионный чулок 2 класса компрессии в течение 7 дней. Сразу после операции больная ходила 60 минут.

Результаты исследования: пациентка была осмотрена сначала через 24 часа, а потом и через 3 месяца после операции. Отмечалась стойкая окклюзия на протяжении всей вены. Культия большой подкожной вены 0,5 см. Нижняя конечность значительно уменьшилась в объеме в течение первых 24 часов после операции. Повышения температуры тела, значимых гематом, болевого синдрома пациентка не ощущала. При осмотре пациентки через 3 месяца по данным ультразвукового дуплексного сканирования стойкая абляция большой подкожной вены слева сохранялась, пациентка не использовала компрессионные чулки, рецидива трофической язвы левой нижней конечности не наблюдалось. Состояние пациентки было удовлетворительным.

Заключение: радиочастотная абляция варикозно-расширенных вен при реканализации клея Venaseal технически возможна и безопасна. Чтобы обеспечить безопасную абляцию и предотвратить возможную миграцию клея вследствие его температурной деформации лучше выполнять абляцию проксимальнее фрагментированных участков клея (при технической возможности). Накопление опыта таких операций позволит сделать еще более основательные выводы о безопасности и эффективности такого подхода.

ОПЫТ КРОССЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕЗАЖИВАЮЩИХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Хамдамов У.Р.

Бухара, Республика Узбекистан

Актуальность. Трофические язвы являются одним из самых тяжелых осложнений хронических заболеваний вен, которые приводят к функциональной недостаточности нижних конечностей и резкому снижению качества жизни пациентов. Посредством оперативного вмешательства невозможно устранить все патогенетические механизмы хронической венозной недостаточности. Поэтому

разработка и внедрение современных методов лечения трофических язв, включение их в комплекс предоперационной подготовки и комбинирование с различными способами хирургической коррекции хронической венозной недостаточности является актуальным.

Цель. Изучить эффективность, тактику, показания к проведению кроссэктомии у пациентов с торпидным течением трофических язв. Большинство хирургов редко применяют активную хирургическую тактику в лечении трофических язв ввиду риска хирургической инфекции. Мы расценивали фактор остиального рефлюкса по БПВ как важный этиологический момент возникновения венозной гипертензии, поддерживающий развитие резистентных к консервативной терапии трофических язв.

Материалы и методы. Всего наблюдалось 34 пациента с трофическими язвами венозной этиологии. Длительность существования язв варьировала от 3 месяцев до 1 года (средний показатель $4 \pm 0,2$ мес.). Всем пациентам была произведена кроссэктомия, показанием к проведению которой считали диаметр БПВ в/3 бедра свыше 0,7 см, наличие недостаточности остиального клапана и рефлюкса по БПВ. Всем пациентам проводились комплексные и местные лечебные мероприятия по ликвидации язв.

Результаты. Эффективность лечения оценивалась через 4 недели после проведенного оперативного вмешательства. Заживления трофических язв удалось добиться у 16 (47 %) пациентов. Размеры трофических язв после хирургического вмешательства уменьшились на $5,6 \pm 1,2$ мм. В 1 (2,9 %) случае наблюдалась лимфоррея из послеоперационной раны в течение 1 недели.

Выводы. Применение активной хирургической тактики значительно улучшило результаты лечения трофических язв. Кроссэктомия без стриппинга ствола БПВ минимизирует риск гнойно-септических осложнений у данной категории больных.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВЕНОТОНИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

Хамдамов У.Р., Абдурахманов М.М.

Бухара, Республика Узбекистан

Актуальность. Лечение трофических язв (ТЯ) нижних конечностей является одной из сложных и трудных задач хирургии. В подавляющем большинстве случаев ТЯ имеют венозную этиологию и составляют около 70% в общей структуре язв нижних конечностей. ТЯ встречаются у 1-2% трудоспособного населения, с возрастом их частота увеличивается до 4-5%. Венозные ТЯ являются следствием значительных нарушений кровообращения при хронической венозной

недостаточности (ХВН) и/или посттромбофлебитическом синдроме (ПТФС) нижних конечностей.

В Республике Узбекистане варикозной болезнью (ВБ) болеют 2,5-3 млн чел., при этом у 10-15% ВБ сопровождается ХВН и примерно 40000 человек страдают ТЯ венозного генеза. В 12,5% случаев пациенты с венозными ТЯ вследствие снижения трудоспособности вынуждены преждевременно прекращать трудовую деятельность. Длительность течения, склонность к рецидивированию, высокий процент инвалидизации пациентов трудоспособного возраста, страдающих ТЯ, представляет серьезную социально-экономическую проблему здравоохранения Республики Узбекистане и многих стран мира.

Цель исследования. Выбор оптимального метода консервативного лечения трофических язв нижних конечностей на фоне хронической венозной недостаточности.

Материал и методы. В это исследование были включены 66 пациентов с венозными трофическими язвами (ВТЯ) нижних конечностей на фоне хронической венозной недостаточности. Женщин было 60 (90,9%), мужчин — 6 (9,1%). Средний возраст 62 ± 10 лет. Всем больным было проведено ультразвуковое ангиосканирование нижних конечностей с оценкой артериального и венозного кровотока. Все были консультированы ангиохирургом. Принципы современного лечения венозных трофических язв рассматривают раннее хирургическое лечение, направленное на коррекцию венозной гемодинамики. Однако данные пациенты по тем или иным причинам отказались от проведения хирургического вмешательства. Поэтому всем проводилось амбулаторное консервативное лечение. Всем пациентам назначалось базисное комплексное лечение, которое включало венотоник, антибактериальную терапию, антиагрегантную, дезагрегантную, компрессионную терапию (эластичные бинты или трикотаж 2-го класса компрессии), местную терапию (интерактивные повязки). По виду назначаемого венотоника исследуемых разделили на три схожие группы. В трех группах по 22 пациента в каждой назначали диосмин разных производителей по 600 мг/сут в течение 3 мес.

Результаты. Пациенты осматривались через 2, 4 нед, 2, 3 и 6 мес. Динамика тяжести хронической венозной недостаточности определялась у пациентов по шкале VCSS (Venous Clinical Severity Score). Баллы оценивались по выраженности признаков: боль, отек, воспаление, гиперпигментация и индурация, размер ВТЯ. Изначально у пациентов каждой группы было по 28 ± 2 балла. В 1-й группе боль, чувство тяжести в ногах, гиперемия и отек вокруг трофической язвы купировались через 2 нед у 19 (86,4%) пациентов. Во 2-й группе к концу 2-й недели произошло уменьшение этих симптомов у 15 (68,2%) человек. В 3-й группе до 4 нед сохранялись боли, чувство тяжести в ногах, гиперемия и отек вокруг язвы у 12 (54,5%) человек. В результате проводимого лечения в 1-й группе полная эпителизация язвы к концу 1-го месяца произошла у 9 (40,9%) пациентов, значительное уменьшение размеров язвы к концу 2-го месяца — у 10 (45,5%), к концу 3-го месяца полная эпителизация ВТЯ зафиксирована у всех больных. Во 2-й группе эпителизация язвы к концу 1-го месяца произошла у 5 (22,7%) пациентов, значительное уменьшение размеров язвы к концу 2-го месяца — у 8 (36,4%), к концу

3-го месяца отсутствие полной эпителизации ВТЯ зафиксировано у 6 (27,3%). В 3-й группе полная эпителизация ВТЯ к концу 1-го месяца отсутствует, значительное уменьшение размеров язвы к концу 2-го месяца — у 4 (18,2%) человек, к концу 3-го месяца отсутствие полной эпителизации ВТЯ зафиксировано у 17 (77,3%). При осмотре пациентов было отмечено появление рецидивов ВТЯ. Причем в 1-й группе рецидив ВТЯ возник у 1 (4,5%) пациента. Во 2-й группе рецидивы ВТЯ выявлены у 4 (18,2%) человек. В 3-й группе рецидивы ВТЯ зафиксированы у 7 (31,2%) больных. Следует отметить, что рецидивы ВТЯ возникали во всех группах в период 5—6 мес от начала лечения.

Заключение. Рациональная фармакотерапия в сочетании с эластической компрессией и местным лечением позволяют повысить эффективность патогенетического и симптоматического лечения трофических язв нижних конечностей на фоне хронической венозной недостаточности.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ СКЛЕРОТЕРАПИЯ: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ

Хитарьян А.Г., Орехов А.А., Кисляков В.Н., Гусарев Д.А., Хитарьян В.А.

Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования: улучшение результатов лечения варикозной болезни вен нижних конечностей путем разработки метода коррекции с учетом влияния показателей локальной гемодинамики.

Материалы и методы: В данное рандомизированное проспективное исследование было включено 78 пациентов, которым выполнялась эндовазальная лазерная коагуляция вен (ЭВЛК) ствола БПВ нижней (-их) конечности (-ей) в ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Ростов-на-Дону» в период с октября 2023 года по декабрь 2023 года включительно. Пациенты были разделены на две группы. Исследуемой группе (42 пациента) была выполнена «гемодинамическая склеротерапия»; контрольной группе, 36 человек, - стандартная методика ЭВЛК. В соответствии с протоколом исследования измерялись все необходимые показатели, из которых наиболее значимыми являлись диаметр ствола и наибольших притоков БПВ на бедре и голени в нескольких положениях. После дооперационного измерения в положении стоя, диаметр основных стволов определялся на операционном столе под УЗ-контролем. В области значимых притоков и несостоятельных перфорантных вен устанавливались периферические катетеры №14. Стандартно производилась катетеризация ствола БПВ в средней или верхней трети бедра, после чего операционный стол переводился в положение Тренделенбурга, измерялись те же показатели, после чего выполнялась туменесценция и эндовенозная лазерная коагуляция по стандартному протоколу. После завершения этапа ЭВЛК снова выполнялись указанные измерения. Завершающим этапом являлась склеротерапия по ранее установленным катетерам.

Результаты исследования: При изменении положении пациента создаются новые гемодинамические условия. Благодаря этому воздействие склерозанта оказывается более эффективным. При этом критически важным является выбор точки пункции и введения катетера. Выявлена триада критической зоны рефлюкса: наличие варикса >1 см., нахождение рядом перфорантной вены, наличие рефлюкса.

Выводы: Таким образом, выбор оптимальной точки пункции и установки интродюсера зависит от места, которое определяется с учетом показателей гемодинамики в стволе и притоках БПВ. Предложенная методика гемодинамической склеротерапии позволяет уменьшить воздействие препарата на патологически неизмененные вены, как следствие, действие склерозанта происходит более целенаправленно.

ИЗУЧЕНИЕ ИНАКТИВАЦИИ ВИЧ, ВИРУСОВ ГЕПАТИТА В И С ПРИ ПОВТОРНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СВЕТОВОДНОГО ИНСТРУМЕНТА ПРИ ЭНДОВЕНОЗНЫХ ЛАЗЕРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Ходосевич И.В.

Минск, Витебск, Республика Беларусь

Цель: установление степени инаktivации ВИЧ дезинфицирующими средствами при повторном использовании световодного инструмента, контактирующего с кровью пациента, при внутрисосудистых лазерных вмешательствах с использованием современных молекулярно-генетического, серологического и культурального методов.

Материал и методы:

Материал: культура клеток (Т-клетки человека, трансформированные путем сокультивирования с инфицированными HTLV-1 лимфоцитами, вирус иммунодефицита человека, световодный инструмент для эндовенозной лазерной облитерации производства компании «Фотек» Республика Беларусь, дезинфицирующее средство «ВироДез» производства «Беласептика» Республика Беларусь.

Методы: Культивирование ВИЧ-инфицированных клеточных линий, подсчет числа клеток в камере Горяева по формуле, оценка жизнеспособности клеточных линий, иммуноферментный анализ, количественное определение РНК ВИЧ методом ПЦР «в реальном» времени, количественное определение РНК ВГС методом ПЦР «в реальном» времени, количественное определение ДНК HCV методом ПЦР «в реальном» времени.

Результаты исследования: В ходе исследования выявлено отсутствие полной элиминации маркеров ВИЧ, вирусов гепатита В и С. При использовании рекомендуемых режимов предварительной обработки световодных инструментов дезинфицирующим средством «ВироДез».

Заключение: Результаты исследования позволяют сделать вывод о возможном риске передачи ВИЧ, вирусов гепатитов В и С гемоконтактным путем через световодные инструменты при их повторном использовании в клинической практике.

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО И ПРОМЕЖУТОЧНОГО РИСКА

Хорев Н.Г., Бопенов А.Ж., Беллер А.В., Чичваров А.А.

Барнаул, Россия

Цель. Изучить результаты системной тромболитической терапии у больных тромбозом легочной артерии (ТЭЛА) высокого и промежуточно-высокого риска.

Материал и методы. В исследование включено 117 больных с ТЭЛА, госпитализированных в отделение сосудистой хирургии в период 2019-2023 годы. Доставка пациентов проводилась «скорой помощью» где выполнялась предварительная диагностика (ЭКГ), в ряде случаев введение гепарина, гемодинамическая и респираторная поддержка. Диагностика ТЭЛА строилась на основании клинических признаков: гемодинамика, дыхательная недостаточность, обмороки и расчетом индекса PESI для каждого больного. С использованием инструментальных данных (ЭХО-кардиография и МСКТ-ангиография) а также лабораторных методик (BNP, тропонин) выполнялась стратификация риска заболевания. Для реперфузии легких использовался rtPA (актилизе) с режимом введения 100 мг/2 часа внутривенно. Результаты представлены в виде средних значений и стандартного отклонения $M \pm (SD)$, для неправильных распределений – медианы и 25% и 75% квартилей $Me [Q_1; Q_3]$.

Результаты исследования. Заболевание чаще диагностировано у женщин 68 (58,2%). Возраст госпитализируемых – 52,9 (14,9) лет. Длительность заболевания до 6 часов установлена у 32 (27,4%), более 6 часов у 85 (72,6%) больных. На догоспитальном этапе с учетом острой фазы ТЭЛА больным проводилась оксигенотерапия, вентиляция и фармакологическое лечение острой желудочковой недостаточности. При госпитализации тахикардия более 110 была у 46 (39,3%), менее 110 у 71 (60,7%) пациента. Систолическое артериальное давление менее 90 мм рт. ст. было у 18 (15,4%), более 90 мм рт.ст. – 99 (84,6%) больных. Сатурация ($SaO_2\%$) менее 90 была у 68 (58,1%), более 90 у 49 (41,9%) больных. Индекс PESI, рассчитанный для госпитализированных больных составил 109 [92;133], что соответствовало критерия ТЭЛА высокого и промежуточно-высокого риска. Источник ТЭЛА установлен у 101 (86,3%) больного, в том числе у 93(79,5%) проксимальный, а у 8 (6,8%) – дистальный тромбоз системы нижней полой вены. Уровень D-димера больных с ТЭЛА составил 1970,4(108,1) нг/мл. Эффективность тромболитической терапии оценивалась клинически – гемодинамика, сатурация

и т.д. До тромболизиса давление в легочной артерии составляло $56,9 \pm 17,1$ мм рт.ст.; уменьшалось после реперфузии до $39,6 \pm 16,1$ мм рт.ст.. Рецидив ТЭЛА зарегистрирован у 26 (22,2%) больных, что потребовало установки кава-фильтра у 5 пациентов. Малые кровотечения не требующие гемотрансфузии, диагностированы у 43 (36,6%) больных. Умерло 7 (5,9%) человек, в том числе один больной от фатального желудочно-кишечного кровотечения.

Заключение. Прогнозируемая 30-дневная летальность по классам индекса PESI составляет 3,1-7,2% для промежуточного и 10,0-24,5% для высокого риска ТЭЛА. В нашем исследовании использование системного тромболизиса позволило уменьшить прогнозируемую летальность до 5,5% с минимальной частотой кровотечений. Системная тромболитическая терапия – безопасный и эффективный метод лечения ТЭЛА высокого и промежуточно-высокого риска.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИКРОНИЗИРОВАННОЙ ОЧИЩЕННОЙ ФЛАВОНОИДНОЙ ФРАКЦИИ У БОЛЬНЫХ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Хорев Н.Г., Кузнецова Д.В.

Барнаул, Россия

Цель. На основании количественных критериев венозного рефлюкса показать эффективность лекарственной терапии у больных варикозной болезнью (ВБ) до и после хирургического лечения.

Материалы и методы. Определены фотоплетизмографические критерии венозного рефлюкса у 132 пациентов с ВБ. Этим больным проводили венозную фотоплетизмографию (ФПГ) с оценкой показателей суммарного венозного рефлюкса: время венозного кровенаполнения (ВВК, с) и время половины венозного кровенаполнения ($\frac{1}{2}$ ВВК, с). Из числа этих больных выбрано 42 пациента с ВБ с 3-4 клиническим классом заболевания по CEAP. Больные разделены на группы в зависимости от регламента лекарственного и хирургического лечения. В первую группу включены 23 пациента (8 мужчин и 15 женщин) среднего (SD) возраста 52 (12,9) года, всего 32 нижние конечности. Во вторую группу включены 19 пациентов (5 мужчин, 14 женщин) среднего (SD) возраста 53,9 (15,5) года. Все пациенты получали МОФФ (Детралекс) в дозировке 1000 мг в сутки в течение 1 месяца. Средняя (SD) длительность приема составила $32,1 (\pm 9,5)$ день. После чего выполняли повторное измерение венозного рефлюкса. Затем пациентам 2 группы был выполнен стриппинг или радиочастотная абляция большой подкожной вены (БПВ). После хирургического устранения рефлюкса по БПВ вновь оценивали показатели венозной ФПГ. Статистическая обработка данных проводилась с использованием непараметрической ANOVA Краслера-Уоллиса, критерия Манна-Уитни. Корреляционную связь параметров оценивали ранговым критерием Спирмена. Данные представлены в виде

медианы и квартилей Me (25; 75%). Статистически достоверными считались различия, уровень значимости которых отвечал условию ($p < 0,05$).

Результаты. Больные были сопоставимы по возрасту, полу и клиническому классу венозного заболевания по СЕАР. Также между группами не было значимых различий по показателям ФПГ. Так, ВВК во второй группе составил 13 (9; 16,5) с, в третьей группе – 11 (9; 16) с; показатель $\frac{1}{2}$ ВВК в обеих группах составил 5 (4; 6) с. После микронизированной очищенной флавоноидной фракции (МОФФ) обнаружен значимый прирост показателей венозного рефлюкса. Так, после МОФФ в первой группе показатель ВВК значимо увеличился до 15,5 (11; 19,5) с ($p=0,0002$), а $\frac{1}{2}$ ВВК увеличился до 6 (5; 8) с ($p=0,001$), во второй группе – показатель ВВК значимо увеличился до 15 (11; 20) с ($p=0,0003$), а $\frac{1}{2}$ ВВК значимо увеличился до 7 (6; 8) с ($p=0,0007$). После следующей за лечением МОФФ операции по устранению рефлюкса в БПВ у пациентов второй группы показатель ВВК значимо увеличился до 27 (15; 36) с ($p=0,0002$), показатель $\frac{1}{2}$ ВВК также значимо увеличился до 10 (6; 14) с ($p=0,0007$) по сравнению с показателями до операции. Применение МОФФ у пациентов с ВБ с 3-4 клиническим классом заболевания по СЕАР приводило к значимому приросту показателей ФПГ, что доказывает эффективность данного препарата в коррекции венозного рефлюкса. Положительная динамика отмечалась и у пациентов при медикаментозной подготовке посредством МОФФ к дальнейшему хирургическому лечению ВБ. Оперативное лечение (стриппинг или радиочастотная абляция БПВ) после применения МОФФ в течение 1 месяца приводило к значительному улучшению показателей ФПГ, что свидетельствует о коррекции венозного рефлюкса.

Выводы. У пациентов с ВБ вен нижних конечностей с 3-4 клиническим классом заболевания по СЕАР применение МОФФ эффективно и приводит к уменьшению суммарного венозного рефлюкса. Дальнейшая хирургическая коррекция венозного рефлюкса приводит к еще более выраженному улучшению венозной функции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ МЕТОДОМ ЭНДОВЕНОЗНОЙ МЕХАНОХИМИЧЕСКОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ

**Хрыщанович В.Я., Небылицин Ю.С., Роговой Н.А., Климчук И.П.,
Корчевный Р.П.**

Минск, Республика Беларусь

Цель. Изучить результаты лечения пациентов с варикозной болезнью и открытой трофической язвой (ТЯ) методом эндовенозной механохимической облитерации (ЭМХО) большой подкожной вены (БПВ) устройством Flebogrif™.

Материал и методы. Исследование основано на результатах лечения 9 пациентов (2 мужчин и 7 женщин) с варикозной болезнью и венозной ТЯ. Средний

возраст составил $65,8 \pm 4,4$ лет. Оперативные вмешательства выполняли с использованием катетера Flebogrif™. Все пациенты были оперированы по поводу протяженной (ниже уровня коленного сустава) несостоятельности БПВ с одной стороны. Во всех случаях были диагностированы унилатеральный стволовой венозный рефлюкс и несостоятельность СФС в сочетании с перфорантной недостаточностью в 7 (77%) наблюдениях. Средний диаметр целевых сегментов БПВ составил $11,2 \pm 1,6$ мм. Мини-флебэктомия или пенную склеротерапия притоков осуществляли в 4 (44%) и в 5 (55%) случаях соответственно. Типичная локализация ТЯ соответствовала медиальной поверхности средней или нижней трети голени. Средняя площадь ТЯ – $6,3$ см². Длительность существования открытой ТЯ варьировала от 3 до 14 мес. У 4 (44%) пациентов ТЯ неоднократно рецидивировала (С₆). У всех пациентов выявили более одного сопутствующего соматического заболевания. Контрольные осмотры пациентов осуществляли через 1 нед, 1, 3, 6 и 12 мес после операции. Во время каждого визита фиксировали побочные явления и осложнения вмешательства, местный статус ТЯ. Результаты ЭМХО оценивали с позиции технического, анатомического и клинического успеха: под ними подразумевали возможность протокольного выполнения операции, окклюзию целевого сегмента БПВ и полную эпителизацию раневого дефекта соответственно. В качестве адьювантной лекарственной терапии в послеоперационном периоде назначали микронизированную очищенную флавоноидную фракцию в дозе 1 000 мг/сут.

Результаты исследования. Ни в одном наблюдении никаких отклонений от протокола ЭМХО и девайс-ассоциированных осложнений не отмечено: после успешной пункции БПВ катетер Flebogrif™ без затруднений проводили в просвет вены и располагали в требуемой позиции (100% технический успех). Средняя длина обработанной вены составила $58,3 \pm 12,1$ см. Средний объем использованного склерозанта в расчете на одну БПВ составил $7,4 \pm 2,1$ мл. Средняя продолжительность ЭМХО (с учетом симультанных вмешательств) – $36,7 \pm 9,8$ мин. Полная окклюзия целевого сегмента БПВ наблюдалась у всех 9 оперированных пациентов (100% анатомический успех). Положительную динамику местного статуса ТЯ через неделю после операции констатировали во всех случаях: купирование воспалительной реакции (мацерации) кожи вокруг ТЯ и уменьшение или отсутствие отделяемого из ее дна. Ни в одном случае никаких серьезных тромботических и неврологических осложнений не отмечено. В одном случае небольшой кровоподтек (на фоне ежедневного приема 5 мг варфарина и МНО 2,08), возникший в месте пункции БПВ, разрешился самостоятельно в течение 10 сут. Средняя длительность заживления ТЯ составила 1,5 мес. Средняя продолжительность обсервационного периода после вмешательства – 8,2 мес. За весь последующий период после заживления ТЯ (6,7 мес) рецидивов не зафиксировано. После заживления ТЯ пациентам рекомендовали переход на поддерживающую компрессионную терапию – бессрочное ношение гольфов 1 RAL класса.

Заключение. Эндовенозная механохимическая облитерация устройством Flebogrif™ – безопасный и эффективный метод устранения стволового рефлюкса при варикозной болезни и открытой венозной язве. Для подтверждения полученных результатов требуется проведение рандомизированных исследований в указанном направлении.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГРАДУИРОВАННОЙ ЭЛАСТИЧЕСКОЙ КОМПРЕССИИ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ

Хрыщанович В.Я., Небылицин Ю.С., Роговой Н.А., Скобелева Н.Я., Пашкевич О.Н.

Минск, Республика Беларусь

Цель. Оценить клиническую эффективность градуированного компрессионного трикотажа в отношении купирования симптомов и признаков варикозной болезни (ВБ) у беременных женщин.

Материал и методы. В исследование были включены 60 беременных женщин, 30 из которых использовали компрессионные чулки 2 класса стандарта RAL-GZ387 и составили основную группу, еще 30 пациенток вошли в группу контроля. Клинический класс ВБ оценивали в соответствии с классификацией CEAP. Установление степени тяжести ВБ проводили при помощи шкалы Venous Clinical Severity Score (VCSS). Показатель качества жизни (КЖ) рассчитывали при помощи специфического опросника Chronic Venous Insufficiency Questionnaire (CIVIQ-20). Оценивали диаметры большой и малой подкожной вен при помощи доплеровской ультрасонографии. Определение окружности голени производили посредством измерительной ленты в вертикальном положении в двух точках: на 3 см выше медиальной лодыжки (А) и на 10 см ниже бугристости большеберцовой кости (В).

Результаты исследования. До начала исследования суммарный показатель тяжести венозного заболевания VCSS в группах лечения и контроля составил 3 [2; 3] и 4 [2; 5] баллов соответственно ($p > 0,05$). На завершающем этапе динамического наблюдения в основной группе было выявлено существенное снижение показателя VCSS ($p < 0,001$), тогда как, в контрольной группе отмечалось нарастание степени тяжести ВБ ($p < 0,001$); эффект различий составил 3 (95% ДИ 2–4) балла и интерпретировался как большой ($p < 0,001$). На заключительном этапе наблюдения совокупный показатель КЖ по опроснику CIVIQ-20 в основной группе продемонстрировал тенденцию к улучшению ($p = 0,099$), в то время как, в группе контроля было зафиксировано статистически значимое снижение КЖ ($p < 0,001$, парный критерий Вилкоксона). Различия в эффектах окончательно оценены в 10 (95% ДИ 5–16) баллов. В соответствии с исходным клиническим классом большинство (>80%) пациенток в обеих группах были отнесены к категориям C1 и C2. Уменьшение или сохранение исходного класса CEAP было отмечено у 90% пациенток основной группы, в то время как, аналогичная динамика в контрольной группе фиксировалась только в 47% наблюдений, при этом различия в эффективности терапевтических мероприятий в сравниваемых группах составили 43 (95% ДИ 19–67)%. В начале исследования в контрольной группе значение среднего диаметра вен было на 0,7 (95% ДИ 0,3–1,0) мм меньше, чем в основной группе ($p < 0,001$). Через 2 месяца практически во всех точках измерения произо-

шло изменение диаметра вен: в группе контроля было зафиксировано статистически значимое увеличение среднего диаметра большой/малой подкожных вен на 0,5 мм, в то время как, в основной группе наблюдалась редукция аналогичного показателя на 0,6 мм по сравнению с исходными значениями ($p < 0,001$). В начале исследования окружности правой и левой голени в обеих точках измерения и их усредненные значения не имели статистически значимых различий в сравниваемых группах. На фоне применения компрессионного трикотажа наблюдалось билатеральное уменьшение окружности голени в надлодыжечной области на 0,5 см ($p < 0,001$), по сравнению с исходными значениями; в то время как, у беременных женщин из группы контроля наблюдалось статистически значимое увеличение окружности голени в точках А и В на 0,2 и 2,2 см соответственно ($p < 0,001$). Таким образом, медиана различий в эффектах групп по точкам А и В была большой и составила 1 (0,75; 1,25) и 3 (2; 3,5) см соответственно.

Заключение. Градуированная эластическая компрессия является эффективным методом профилактики и лечения ВБ во время беременности.

ЛОКАЛЬНЫЙ КАТЕТЕРНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС ПРИ ИЛИОФЕМОРАЛЬНОМ ФЛЕБОТРОМБОЗЕ

Хрыщанович В.Я., Роговой Н.А., Калинин С.С., Климчук И.П.,
Лосев И.Н.

Минск, Республика Беларусь

Введение. В последние годы в клинической практике все чаще применяется термин «венозный тромбоемболизм» (ВТЭ), объединяющий два патогенетически связанных заболевания – тромбоз глубоких вен (ТГВ) и тромбоемболию легочной артерии. Не менее чем у $\frac{1}{3}$ пациентов ТГВ может проявляться легочной эмболией и/или внезапной смертью. 30-75% пациентов в отдаленном периоде имеют ПТБ той или иной степени тяжести, а 10-40% из них страдают от выраженного отека нижних конечностей, хронической боли и/или трофической язвы.

Цель. Изучить ранние и отдаленные результаты лечения илиофemorально-го флеботромбоза, осложненного флотацией и острой венозной недостаточностью нижних конечностей, методом локального катетерного тромболитика.

Материалы и методы. В исследование были включены 11 пациентов с илиофemorальным флеботромбозом, осложненным флотацией тромба и/или острой венозной недостаточностью, которые проходили стационарное лечение в период с 2021 по 2022 гг. Мужчин было 6, женщин – 5, средний возраст пациентов составил 62,6 [47-76] лет. Острая венозная недостаточность проявилась у 11 пациентов (100%), флотация головки тромба в подвздошно-бедренном сегменте у 9 пациентов (81,8%). Длина флотирующей части тромба составляла 46,3 [35-80] мм.

Под ультразвуковым контролем по Сельдингеру осуществляли пункцию большой подкожной вены в верхней трети бедра и имплантировали ангиографический катетер 6F таким образом, чтобы его дистальная часть располагалась у сафено-фemorального соустья в непосредственной близости от тромбированной общей бедренной вены. После этого через катетер при помощи шприцевого насоса проводили в течение 3-х часов введение тканевого активатора плазминогена в дозировке 50 мг. Указанную процедуру проводили с периодичностью 1 раз в сутки. Если одной процедуры было недостаточно для достижения необходимого терапевтического эффекта (лизиса флотирующей части тромба и/или приемлемой реканализации), ЛКТ повторяли на следующий день (не >4 раз). В промежутках между сеансами ЛКТ пациенту через установленный катетер проводили внутривенную антикоагулянтную терапию нефракционированным гепарином 1000 Ед/час под контролем АЧТВ (с увеличением показателя в 1,5-2 раза).

Результаты. В 11 (100%) случаях в первые сутки после выполнения ЛКТ частично или полностью купировались явления острой венозной недостаточности. У всех пациентов с флотирующим ТГВ произошел полный лизис подвижной части тромба, а результаты контрольной ультрасонографии в ближайшем (1 месяц) послеоперационном периоде подтвердили восстановление просвета вены до 20-75%.

Выводы. Локальный катетерный тромболлизис является более безопасным по сравнению с системной тромболитической терапией по количеству геморрагических осложнений. Способ локального тромболизиса с катетеризацией большой подкожной вены в верхней трети бедра и позиционированием катетера непосредственно в области флотирующей части тромба может применяться для предупреждения ТЭЛА у пациентов с илиофemorальным флeботромбозом, осложненным флотацией головки тромба.

КРОССЭКТОМИЯ В СОЧЕТАНИИ С ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИЕЙ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ У ПАЦИЕНТОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Царев О.А., Сенин А.А., Розенкова Т.В., Корчаков Н.В., Досет А.С.

Саратов, Россия

Цель. Определить показания для кроссэктомии при выполнении эндовенозной лазерной облитерации (ЭВЛО) у пациентов варикозной болезнью нижних конечностей (ВБНК) ассоциированной с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ).

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования и лечения 80 пациентов ВБНК, которым была выполнена ЭВЛО большой подкожной вены (БПВ). Использовали диодный лазер ЛАХТА-МИЛОН (Россия) с длиной волны 1470 нм. Исследовали фенотипические признаки НДСТ. 40 пациентов вошли в основную группу, которым ЭВЛО была выполнена в сочетании с кроссэктомией, 18 из них имели НДСТ, 40 пациентам группы сопоставления ЭВЛО проводили без кроссэктомии, у 18 из них была НДСТ. Проводили ультразвуковую оценку эхосемиотики вен нижних конечностей. Для исследования состояние соединительно-тканых элементов БПВ, парафиновые срезы окрашивали гематоксилин-эозином, пикрофуксином по Ван-Гизон, для гистохимического исследования гликозаминогликанов применяли реакцию с Шифф-йодной кислотой (ШИК-метод), для выявления фибриноидного набухания использовали окраску оранжевым, красным, голубым (ОКГ). Оценивали клинические и ультразвуковые признаки рецидива ВБНК через 24 мес. Для статистической обработки использовали IBM SPSS Statistica 26.0. Различия считали значительными при $p < 0,05$.

Результаты. У пациентов с ВБНК ассоциированной с НДСТ имеют место признаки дистрофических изменений венозной стенки, что приводит к уменьшению прочности соединительно-тканого каркаса вен, предопределяет прогрессирование варикозной болезни. Эхосемиотика вен у пациентов с ВБНК на фоне НДСТ имеет существенные особенности. Число коллатералей у сафено-фemorального соустья (СФС) у пациентов с НДСТ – $6,050 \pm 0,150$ – без НДСТ – $3,955 \pm 0,147$ ($p = 0,0001$). Диаметр БПВ у СФС – $11,857 \pm 0,430$ мм и $8,152 \pm 0,232$ мм – соответственно ($p = 0,00001$). Толщина стенки БПВ – $0,990 \pm 0,034$ мм и $0,750 \pm 0,027$ мм – соответственно ($p = 0,0001$). Диаметр *v. epigastrica superficialis* – $5,502 \pm 0,150$ мм и $3,930 \pm 0,200$ мм – соответственно ($p = 0,0001$). У 4 (12,1%) пациенток с НДСТ была выявлена гипоплазия и у 2 (6,1%) – аплазия БПВ.

На протяжении 24 месяцев наблюдения у 5 (12,5%) больных основной группы была выявлена реканализация БПВ различной протяженности. У 4 пациентов рецидив ВБНК развился на фоне НДСТ, у одного пациента НДСТ – не было. У больных основной группы рецидивов ВБНК выявлено не было.

По результатам множественного регрессионного анализа Кокса подтверждено значение НДСТ как независимого фактора риска рецидива ВБНК при выполнении ЭЛВО без кроссэктомии, отношение рисков составило 4,014 (95% ДИ 0,438-38,625).

Выводы. Показанием для кроссэктомии при выполнении эндовенозной лазерной облитерации у пациентов с недифференцированной дисплазией соединительной ткани является количество коллатералей в зоне сафено-фemorального соустья 6 и более, диаметр большой подкожной вены – свыше 12,0 мм, диаметр *v. epigastrica superficialis* – более 5,5 мм, а толщина стенки большой подкожной вены – более 1,1 мм, что позволяет снизить риск развития рецидива варикозной болезни более чем в 4 раза.

ПРИМЕНЕНИЕ СУЛОДЕКСИДА В ПРАКТИКЕ ФЛЕБОЛОГА

Чаббаров Ю.Р., Чаббаров Р.Г., Абляев Ф.Х., Санбаев А.К.

Саратов, Россия

Цель. Оценить эффективность и безопасность сулодексида для профилактики повторных эпизодов венозной тромбозии (ВТЭ) и для лечения хронических заболеваний вен (ХЗВ).

Материал и методы. В обзор включены статьи, оценивающие эффективность и безопасность сулодексида при назначении пациентам с ВТЭ и ХЗВ. В качестве поисковых ресурсов были использованы The Cochrane Library, MEDLINE, www.elibrary.ru, а также отдельные русскоязычные и англоязычные медицинские журналы и издательства. Критериями эффективности терапии при назначении пациентам с ВТЭ являлись частота рецидива ВТЭ, а также частота развития посттромботической болезни (ПТБ). Критериями эффективности фармакотерапии ХЗВ являлись, соответственно: для ПТБ – снижение числа и выраженности симптомов; для ХЗВ С1-С2 клинических классов по CEAP, по поводу которых проводилась склерозирующая терапия – частота и выраженность гиперпигментаций; для ХЗВ С2-С5 клинических классов по CEAP – выраженность симптомов и качество жизни; для ХЗВ С6 клинического класса по CEAP – скорость заживления венозных трофических язв.

Результаты исследования. В обзор включено 17 статей на русском и английском языках: рандомизированные клинические исследования, наблюдательные исследования и систематические обзоры, опубликованные с 1999 года по 2024 год (всего 6307 пациентов). Полученные данные свидетельствуют, что назначение сулодексида пациентам с ВТЭ в анамнезе способствует снижению риска повторных эпизодов ВТЭ и вероятности развития ПТБ, не вызывая значительного повышения риска кровотечений. Назначение сулодексида пациентам с ПТБ способствует снижению выраженности симптомов данного заболевания. Добавление сулодексида к стандартному протоколу склерозирующей терапии способствует уменьшению риска развития и выраженности гиперпигментации. Назначение сулодексида при ХЗВ как в виде монотерапии, так и в сочетании с хирургическими методами лечения способствует улучшению качества жизни, а также снижению выраженности симптомов ХЗВ. Добавление сулодексида к стандартному протоколу лечения пациентов с венозными язвами ведет к ускорению заживления язв. Сулодексид хорошо переносился и не способствовал повышению риска развития значительных нежелательных явлений.

Заключение. Назначение сулодексида пациентам, перенесшим эпизод венозного тромбоза, оправдано для профилактики развития повторного тромботического эпизода и ПТБ. Важным преимуществом сулодексида у данной категории пациентов является его безопасность: сулодексид не вызывает значительного повышения риска кровотечений. Назначение сулодексида при ХЗВ (включая ПТБ и венозные язвы) оправдано, поскольку способствует снижению выраженности

симптомов и повышению качества жизни. Добавление сулодексида к стандартному протоколу склерозирующей терапии способствует снижению риска развития и выраженности гиперпигментаций после процедуры.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОПЕРАЦИИ ASVAL, ЭВЛК И КРИОФЛЕБЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Чернооков А.И., Долгов С.И., Коробова Н.Ю., Дондуп О.М., Гнездова Д.А., Сильчук Е.С.

Москва, Россия

Введение. Одним из современных направлений в хирургии варикозной болезни является применение венсохраняющих операций ASVAL и CHIVA. В нашей стране преимущественно применяется более простая в техническом аспекте методика ASVAL. Для обоснования целесообразности использования данного вмешательства требуется изучение и сравнение непосредственных и отдалённых результатов у больных перенесших операцию ASVAL, ЭВЛК и криофлебэктомию.

Цель: обосновать целесообразность применения операции ASVAL у пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей.

Методы. На клинических базах кафедры Хирургии повреждений «Росбио-тех», в клинике Центр флебологии с января 2010 по январь 2017 года находилось на лечении 404 пациента с варикозной болезнью в бассейне большой подкожной вены. Возраст данных пациентов варьировал от 17 до 75 лет, среди них было 296 (73,3%) женщины и 108 (26,7%) мужчин. Под местной анестезией операция ASVAL была выполнена 126 пациентам, ЭВЛК произведена 140 больным и 138 пациентам выполнен криостриппинг.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде осложнения развились у 1 (0,8%) пациента после выполнения ЭВЛК, у 4 (3,2%) больных после применения методики ASVAL и у 3 (2,1%) пациентов, перенесших криофлебэктомию. Через 12 месяцев после операции рецидивы варикозной болезни были выявлены у 2 (1,4%) пациентов, перенесших ЭВЛК, у 2 (1,6%) перенесших криофлебэктомию и у 16 (12,7%) больных после выполнения операции ASVAL. Изучение качества жизни в предоперационном и отдалённом послеоперационных периодах по опроснику CIVIQ 2 показало, что после выполнения ЭВЛК у пациентов наблюдается положительная динамика всех показателей, которая на 7,9-11% превосходит аналогичные показатели качества жизни у больных, перенесших операцию ASVAL и криофлебэктомию ($p < 0,05$).

Выводы. ЭВЛК является операцией выбора у больных с варикозной болезнью. Операция ASVAL является наиболее простым в техническом исполне-

нии, малотравматичным методом оперативного лечения, позволяющим добиться в отдалённом периоде хороших результатов у 87,3% больных. Выполнение операции ASVAL наиболее целесообразно при диаметре СФС не более 7мм, и протяженности варикозных притоков менее 86см.

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ, У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПУТЕМ РАЦИОНАЛЬНОГО ВЫБОРА МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Чуйко С.Г.

Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: улучшения качества оказания хирургической помощи у пациентов пожилого и старческого возраста, в лечении варикозной болезни и ее осложнений, в амбулаторной практике.

Материалы и методы: В период 2017-2019 гг. в поликлиническом отделении «Центральное» клиники Скандинавия г. Санкт-Петербурга проведено хирургическое лечение варикозной болезни у 554 пациентов, из них старше 60 лет было 157 пациентов.

ЭВЛК выполнялась по методике ELVeS Radial, Biolitec 1470. Во всех случаях применялся автоматический экстрактор волокна «Pullback devise Biolitec». Энергетические параметры: мощность 8 ватт, скорость экстракции от 0.5 мм\с до 1.5 мм\с согласно разработанному в клинике протоколу. Все процедуры выполнены амбулаторно.

Результаты проведенного лечения оценивались на 1, 7 и 30 сутки и при осмотре в период 6-12 месяцев после операции. Женщин было 132 (78%), мужчин 50 (22%) Средний возраст пациентов, подвергнутых ЭВЛК, был $71,4 \pm 0,6$ лет. ЭВЛК+МФЭ $67,0 \pm 0,8$ лет. Группа пациентов, подвергнутых изолированной лазерной коагуляции (ЭВЛК), составила 110 чел.(73%). Из них, симультанно на 2 ногах, оперировано 57 чел.(51%), у 12 (10%) пациентов по поводу рецидива варикозной болезни. Группа пациентов с комбинированным вмешательством – лазерная коагуляция + минифлебэктомия по Вареди (ЭВЛК+МФЭ) выполнена 47(27%) пациентам. Симультанно на 2-х ногах 15(31%), 6(12%)- по поводу рецидива варикозной болезни. Тяжесть заболевания в баллах по шкале VCSS достоверно различалась в группах $4,76 \pm 0,26$ – ЭВЛК и $4,01 \pm 0,23$ в ЭВЛК+МФЭ. ($T=2,04$; $P=0,04$). При этом приустьеовой диаметр целевой вены существенно не различался ЭВЛК $-9,6 \pm 0,3$ и ЭВЛК+МФЭ $-9,7 \pm 0,5$. 24 пациента из группы ЭВЛК, были оперированы на фоне непрерывной терапии оральными антикоагулянтами, без использова-

ния схемы «мост терапия». ВТЭО в анамнезе имели 58 (36%) пациентов. Из них: ТЭЛА-10, ТГВ-10, варикотромбофлебит-15, тромбоз поверхностных вен-23.

Результаты: Тяжелых послеоперационных осложнений (ТЭЛА, нагноение ран, кровотечений) не было. Всего было 2(1.8%) осложнения, 1 субфациальная гематома, 1 некроз кожи в зоне коагуляции перфорантной вены Коккет.

Через один месяц после операции у одной пациентки диагностирован тромбоз глубоких вен, на фоне онкозаболевания. У 2-х пациенток, через 90 дней диагностирован тромбоз суральных вен (один на фоне ОРВИ, один после эхосклеротерапии).

Необходимость повторной ЭВЛК, в период от 6 месяцев до 1 года, была у 4 пациентов. 3- перфоратная вена, 1 –добавочная вена бедра. Склеротерапия проведена 20 пациентам. Ствол БПВ-1, добавочные вены -3, варикозные притоки -11, перфоратные вены -5

Заключение: рациональный выбор методики лечения варикозной болезни у пациентов пожилого и старческого возраста, дает возможность оказания качественной и безопасной, амбулаторной хирургической помощи. Стандартизация и оценка факторов риска позволяет выбрать оптимальное сочетание малоинвазивных методик, избегая тяжелых осложнений и госпитализации. Вмешательства под м/анестезией, позволяет избежать рисков, связанных с общим наркозом, у пациентов с отягощенным преморбидным фоном.

ОСЛОЖНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ СОСУДОВ НА ЛИЦЕ

Шамсутдинова И.И., Славин Д.А.

Казань, Россия

В связи с развитием эстетической медицины в последние годы возник большой запрос на устранение неэстетичных сосудов на лице.

С 2020 г. по 2024 г. на базе клиники «Флебоэстетика» было выполнено чрескожных лазерных коагуляций (ЧЛК) сосудов на лице у 1371 пациентов: периорбитальных вен – 413, сосудов в других анатомических зонах лица у 958. Проведен анализ осложнений и побочных эффектов у данной группы пациентов.

Все вмешательства выполнены на платформе Alma Lasers Harmony (Израиль) с использованием неодимового лазера с длиной волны 1064 нм и дополнительным воздушным охлаждением кожи криокулером Zimmer Crio, амбулаторно по стандартному лечебному протоколу. Флюенс 80—130 дж/см², диаметр лазерного пятна 6 мм, длительность импульса 15 мс. Процедуры проводились с использованием системы визуализации сосудов Syris v900L.

Практически у всех пациентов сразу после ЧЛК наблюдалась гиперемия и отечность в области воздействия, при этом примерно у половины из них отеч-

ность и гиперемия сохранялись более 3-х суток, которые затем самостоятельно проходили и не требовали специального лечения.

Гематомы после ЧЛК вен в периорбитальной области наблюдались у 8 пациентов непосредственно после проведения процедуры. В таких случаях сразу применялся местно холод на 15 минут и назначался Лиотон гель 2 раза в день 7 дней. Однако чаще всего (43 пациента), гематома возникала спонтанно примерно через 3 недели после проведения процедуры. О возникшей гематоме лечащий врач чаще всего узнавал дистанционно, по фото от пациента. При данном осложнении лечение не назначалось, и гематома проходила самостоятельно через 10–14 дней. Хуже всего поддаются ЧЛК красные тонкие (менее 0,5 мм) сосуды на крыльях носа. А повышение мощности воздействия может приводить к риску точечных ожогов кожи и через 4–5 недель к образованию мелких атрофических рубцов. В одном случае мы наблюдали ожог кожи в области спинки носа, который потребовал достаточно длительного лечения. Это осложнение возникло в связи с нарушением методики ЧЛК и высокими энергетическими параметрами. У некоторых пациентов мы наблюдали легкую пигментацию кожи в проекции ЧЛК сосуда через 4 недели, которая полностью и самостоятельно проходит через 1–2 месяца, стойких и выраженных пигментаций не наблюдали ни в одном случае.

Вывод: ЧЛК сосудов на лице в большинстве случаев не сопровождается серьезными осложнениями, требующими дополнительного лечения. Для их профилактики необходимо использовать соответствующие энергетические параметры в сочетании с дополнительным охлаждением кожи, соблюдать основные принципы методики и использовать систему поляризующего света для того, чтобы четко видеть целевые сосуды и их реакцию на лазерное воздействие.

ИЗУЧЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОДИНАМИКИ В ИЛИОФЕМОРАЛЬНОМ ВЕНОЗНОМ СЕГМЕНТЕ

Шаталов А.В., Рязанова И.И., Шаталов А.А.

Волгоград, Россия

Цель исследования. Изучение параметров гемодинамики в илиофemorальном венозном сегменте.

Материалы и методы. Выполнен сравнительный анализ параметров ультразвукового исследования симметричных сегментов глубоких вен нижних конечностей. Включено в исследование 27 здоровых пациентов, средний возраст $28,8 \pm 9,1$ лет. Всем пациентам выполнено цветное дуплексное сканирование (ЦДС) в покое в положении лёжа и стоя с физической нагрузкой на сканерах «ESAOTE S.p.A» Италия и GE LOGIQ P9 9 (США). Исследовали количественные параметры: диаметр просвета вены и пиковую скорость венозного кровотока.

Диаметр (D) общей бедренной вены (ОБВ) в покое $6,8 \pm 2,7$ мм, пиковая скорость (V) кровотока $18,2 \pm 2,7$ см/сек; при физической нагрузке $D=7,3 \pm 3,2$ мм. Диаметр бедренной вены в области паховой связки из-за жёсткого каркаса не менялся. Диаметр наружной подвздошной вены (НПВ) в покое $7,2 \pm 2,7$ мм, $V=25,1$ см/сек; при физической нагрузке $D=8,1 \pm 2,4$ мм, $V=37 \pm 1,8$ см/сек. Рефлюкса по глубоким венам не выявлено.

Результаты. При физической нагрузке в илиофemorальном венозном сегменте присутствует эффект Вентури движения крови. Изменение диаметра вен в илеофemorальном сегменте приводит к изменению давления в разных участках венозной системы, что приводит к изменению скорости движения крови. Плавно меняющаяся форма венозной системы из бедренной вены в наружную подвздошную вену способствует созданию условий для ускоренного потока без появления избытка турбулентности крови. ОБВ представляет собой динамическую структуру с меняющимися параметрами. При физической нагрузке увеличивается диаметр бедренной вены. В области паховой связки диаметр бедренной вены не изменяется, что создает условия для изменения скорости кровотока. Изменение скорости движения крови в венозной системе дает положительный эффект с точки зрения снижения гидравлического сопротивления.

Выводы: илиофemorальный венозный сегмент представляет собой отдел венозной системы с изменяющимися количественными параметрами диаметра вен и скоростными показателями движения крови, что анатомически создает условия для слабой фиксации тромба к стенке вены и, в дальнейшем, к возникновению венозных тромбоэмболических осложнений.

ЭКСТРЕННЫЕ СИТУАЦИИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ФЛЕБОЛОГИИ

Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М., Яшкин М.Н., Сергеев О.Г.,
Цыплящук А.В.

Москва, Россия

Цель. Анализ экстренных ситуаций у пациентов с заболеваниями вен нижних конечностей, профилактика и лечебная тактика в их устранении.

Материал и методы. Мы располагаем опытом лечения 2 пациентов с варикозной болезнью, у которых в ходе выполнения оперативного вмешательства имело место повреждение бедренных сосудов. В 1 случае осложнением операции явилось пересечение общей бедренной вены, потребовавшее выполнения аутовенозного протезирования. В 1 случае во время флeбэктомии была пересечена общая бедренная артерия, выполнено протезирование бедренной артерии синтетическим материалом. Проанализированы осложнения эндовенозной тер-

мооблитерации варикозных вен. В 1 случае выявлена фрагментация торцевого световода в области сафено-фemorального соустья, в 7 случаях - фрагментация радиального световода. За 10 лет выполнено 9675 термооблитераций несостоятельных поверхностных вен нижних конечностей. В 2 случаях после эндовенозной лазерной облитерации выявлена тромбоэмболия легочной артерии, в 92 случаях послеоперационный период осложнился развитием термоиндуцированных тромбозов (ЕНИТ), потребовавших проведения консервативной терапии по протоколу Российских клинических рекомендаций. В 1 случае у пациента с тромбозом подвздошных вен и нижней полой вены выше почечных вен выполнена эндоваскулярная тромбэктомия с имплантацией временного кава-фильтра. В одном наблюдении имело место миграция кава-фильтра в правое предсердие, не потребовавшее хирургического вмешательства. Положительный эффект был достигнут проведением консервативной терапии, подтвержденный компьютерной томографией и ультразвуковым исследованием. В 2 случаях выявлен интраоперационный тромбоза стента в подвздошной вене при лечении пациентов с посттромботической болезнью. Выполнены локальный тромболизис и рестентирование подвздошной вены с положительным результатом.

Результаты исследования. В отдаленном периоде у пациента с аутовенозным протезированием общей бедренной вены развилась посттромботическая болезнь (С2,3 по СЕАР). После протезирования бедренной артерии признаков артериальной и венозной недостаточности не выявлено. У пациентов после удаления инородного тела (фрагмента световода) осложнений и прогрессирования венозной недостаточности не отмечено. При развитии тромботических осложнений применялась следующая тактика лечения: ЕНИТ 1 – компрессионный трикотаж 2 класса, динамическое наблюдение – ультразвуковой контроль через 14 дней, при ЕНИТ 2 – антикоагулянтная терапия низкомолекулярными гепаринами в промежуточной дозе 7-10 дней, ультразвуковой контроль через 14 дней, при ЕНИТ 3 – антикоагулянтная терапия прямыми оральными антикоагулянтами по лечебной схеме 3 месяца. У пациента после эндоваскулярной тромбэктомии из нижней полой вены и удаления временного кава-фильтра осложнений не отмечено. Послеоперационный период протекал с легкой степенью посттромботической болезни (2 балла по Villalta). У пациентки с миграцией кава-фильтра в правое предсердие проводимая консервативная терапия позволила избежать развития кардиальных осложнений. В раннем послеоперационном периоде у пациентов после эндоваскулярной реинтервенции по поводу посттромботической болезни осложнений, а также повторных тромбозов не выявлено.

Заключение. При хирургических вмешательствах по поводу заболеваний вен нижних конечностей необходимо учитывать анатомические особенности в зоне операции. Пациенты с наиболее сложными клиническими случаями заболеваний вен нижних конечностей, при развитии осложнений должны получать специализированную медицинскую помощь в учреждениях, где есть соответствующие условия и хирургический опыт.

СРАВНЕНИЕ ЭНДОВАЗАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ С ДЛИНАМИ ВОЛН 1940 НМ И 1560 НМ В КОМПЛЕКСНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Шиманко А.И., Дибиров М.Д., Семенов А.Ю., Волков А.С.,
Тюрин Д.С., Парфентьев Э.А., Швыдко В.С., Цуранов С.В.,
Федоров Д.А., Баянов А.А., Магдиев А.Х.

Москва, Россия

Цель исследования - сравнение применения ЭВЛО – 1940 нм и ЭВЛО – 1560 нм в комплексном хирургическом лечении больных с варикозной болезнью нижних конечностей (ВБНК).

Материалы и методы - Проведено ретроспективное сравнительное исследование 140 пациентов, оперированных оперированных с ВБНК в период с 2020 по 2023 г. Пациенты были разделены на 2 группы. 1 группа - 70 пациентов, которым была проведена ЭВЛО – 1560 нм ствола большой подкожной вены (БПВ) и 2 группа - 70 пациентов, которым также была проведена ЭВЛО - 1940 нм ствола БПВ. Всем 140 пациентам помимо ЭВЛО ствола БПВ была одновременно выполнена минифлебэктомия варикозно-трансформированных притоков магистральных подкожных вен на голених по Мюллеру.

Результаты - В обеих группах в раннем послеоперационном периоде не было зарегистрировано ни одного осложнения. У всех 140 пациентов (100% случаев) в обеих группах достигнута полная облитерация БПВ на всём периоде наблюдения. Побочные эффекты в виде парестезии отмечены в 4 случаях (5,71%) в 1 группе и в 3 случаях (4,28%) во 2 группе. Количество экхимозов в 1 группе 3 (4,28%), а во 2 группе - 2 (2.86%). Чувство тяжа («струны») на бедре отметили по одному пациенту в каждой группе, которое перестало их беспокоить через 3 недели. В настоящем исследовании не было выявлено принципиальных различий по срокам реабилитации как после выполнения ЭВЛО – 1560 нм, так и после ЭВЛО – 1940 нм ствола БПВ.

Заключение – Наше исследование показало эффективность использования как ЭВЛО - 1940 нм, так и ЭВЛО - 1560 нм: 100% окклюзия ствола БПВ через 12 месяцев после оперативного вмешательства при полном отсутствии осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛЕЕВОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН: ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В Г. РЯЗАНИ

Ширинбек О., Мнацаканян Г.В., Одинокова С.Н., Новиков Л.А.

Москва, Рязань, Россия.

Цель: оценить непосредственные результаты применения цианоакрилатной клеевой облитерации (ЦКО) в лечении пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей (ВБНК) в условиях одного медицинского центра и начала освоения методики ЦКО.

Материалы и методы: исследование выполнено на базе медицинского центра холдинга «СМ-Клиника» в г. Рязани. В 2023 г. ЦКО выполнена 8 пациентам (11 нижних конечностей и 11 венозных бассейнов). Распределение по гендерному признаку: мужчины — 6 (75%) женщины — 2 (25%). Средний возраст пациентов составил $44,1 \pm 15,4$ лет. Распределение пациентов по классам хронических заболеваний вен: С2 – 3 (37,5%); С3 – 5 (62,5%). Критерием включения пациентов в данное исследование являлось наличие варикозной болезни нижних конечностей (классы С2-С6 по CEAP), с несостоятельностью соустьев, наличием стволового рефлюкса длительностью более 0,5 сек в бассейне целевой вены, диаметром ствола подкожной вены ≥ 5 мм и наличием варикозно-измененных притоков). Средний диаметр пролеченной вены составил $10,5 \pm 5,7$ мм (оперированы были только БПВ). Всем пациентам выполнена ЦКО по методике VenaSeal. У 5 (62,5%) больных вмешательство проведено на одном бассейне, у 3 (37,5%) - одновременно на 2-х бассейнах. Среднее время вмешательства составило $81,9 \pm 30,7$ мин. Во всех случаях выполнена изолированная ЦКО без вмешательства на притоках и без использования компрессионного трикотажа. Интраоперационная боль оценивалась субъективно пациентом с применением визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Эффективность лечения оценивалась по наличию анатомического успеха в виде окклюзии целевой вены, безопасность процедуры характеризовалась отсутствием осложнений.

Результаты: контрольная УЗАС вен нижних конечностей выполнена на 3-и сутки, 1, 3 месяцев после вмешательства. Облитерация вен на 30-е сутки достигнута у всех 100% пациентов. Реканализация целевых вен за период наблюдения не отмечена (0%). Интраоперационная боль по ВАШ у 93% пациентов составила менее 3 баллов. Миграция клея с пролабированием в глубокую вену, тромбоз глубоких вен, тромбофлебит притоков вен, подверженных целевой окклюзии, а также образование гранул мягких тканей не выявлено. Флебитическая реакция кожи зарегистрирована в сроки от 7 до 21 дня после вмешательства у 1 (12,5%) пациентов (купирована на фоне антигистаминной и противовоспалительной терапии). Эхиמוзы наблюдались в 3 (37,5%) случаях. Парестезии и ТЭЛА в послеоперационном периоде не зарегистрированы.

Выводы: ЦКО имеет высокую эффективность и безопасность в лечении варикозной болезни нижних конечностей, с частотой окклюзии целевых вен 100% в сроки наблюдения до 1 года. Данное исследование наглядно демонстрирует, что процедура ЦКО отличается малой трудоемкостью и не требует привлечения значительных ресурсов в освоении данной методики лечения ВБНК.

ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ПОЛИКЛИНИЧЕСКИМИ ХИРУРГАМИ

Щеглов Э.А.

Петрозаводск, Россия

Количество пациентов, которые получают антикоагулянтную терапию в амбулаторных условиях, растёт постоянно. По данным врачей г. Петрозаводска до 20% пациентов на приёме получают антикоагулянты. Во многом это связано с улучшением качества диагностики венозных тромбоэмболических осложнений. Кроме того, увеличились возможности для проведения терапии на амбулаторном этапе. Если ранее практически единственным препаратом являлся варфарин, то сейчас помимо него врачи имеют в своём арсенале три молекулы новых оральных антикоагулянтов. Но всё это требует от врача точных знаний показаний и противопоказаний к назначению препаратов их дозировок и сроков применения.

Цель. На основании оценки амбулаторных карт выявить и проанализировать основные ошибки при применении антикоагулянтных препаратов врачами поликлиническими хирургами.

Материалы и методы. При проведении консультативных приёмов осуществлялся анализ проводимой антикоагулянтной терапии, её соответствия зарегистрированным показаниям, срокам применения препаратов, соответствия дозировок назначаемых лекарств.

Результаты. Были выявлены наиболее типичные ошибки врачей.

1. Несоответствие сроков проведения антикоагулянтной терапии и сроков, указанных в действующих рекомендациях. Причём отмечалось как необоснованное сокращение срока приёма препарата, так и его продление практически до состояния «неопределённо долго» при отсутствии к этому каких-либо показаний.

2. Несоответствие дозировок применяемых препаратов, необходимым дозировкам. В первую очередь это касалось ривароксабана. Так в значительном количестве случаев при подкожном венозном тромбозе врачами использовались дозировки, зарегистрированные для тромбоза глубоких вен.

3. Чрезмерное использование повышенного уровня Д-димера как единственного основания для назначения антикоагулянтов.

4. Ничем не обоснованное и не зарегистрированное ни в одной из известных клинических рекомендаций поэтапное снижение дозировки антикоагулянтного препарата. Так в одном случае ривороксабан при лечении тромбоза глубоких вен применялся последовательно в дозировках 30 (15X2) – 20 – 10 – 5 (2,5X2) и 2,5 мг с уменьшением дозировки каждые две недели.

Заключение. Необходимо повышать уровень знаний врачей поликлиник об антикоагулянтной терапии. Это позволит избежать ненужных рисков, связанных с необоснованным или неправильным их назначением.

КОМПЛЕКСНАЯ ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Эгамов Ю.С.

Андижан, Республика Узбекистан

Актуальность: Неспецифический язвенный колит (НЯК) — хроническое заболевание воспалительной природы аутоиммунной этиологии с язвенно-деструктивными изменениями слизистой оболочки прямой и ободочной кишки.

Целью является улучшение результатов хирургического лечения неспецифического язвенного колита с применением лимфатической терапии в послеоперационном периоде.

Материалы и методы: за 2015-2023 гг в колопроктологическом отделении клиники АГМИ на стационарном лечении находились 385 больных неспецифическим язвенным колитом. Из них женщины 246 (64%) и мужчины 139 (36%) больных.

Хирургическое лечение проводили у 264 (64,5 % из обще госпитализированных больных в отделении с НЯК) больных с различными осложнениями неспецифического язвенного колита. В основной группе больным в послеоперационном периоде, проведена эндомезентериальная лимфатическая терапия. Проведены лимфостимуляции и лимфатическая антибиотикотерапия 1 раз в день, в течение 3 – 5 дней. Лимфостимуляция осуществлена с помощью раствора новокаина - 0,5% в объёме 50 мл с добавлением раствора глюкозы - 5 % - 50 мл с добавлением гепарина 5 тыс. ед. Эта смесь подключена через микроирригатор капельным путём 1 раза в день течение 3 – 4 дней. При лимфостимуляции в место гепарина можно использовать другие лимфостимуляторы такие как даларгин, лазикис и др. После завершения лимфостимуляции проведена ещё такими растворами, как смесь глюкозы и новокаин смесь с добавлением антибиотика в разовой дозе, капельным подключением в катетер в брыжейку тонкой кишки.

Результаты исследования сравнивали в двух группах больных: в первой основной группе у 190 больных леченных лимфотропной терапией и во второй группе у 74 больных, леченных традиционным способом лечения в послеопера-

ционном периоде с НЯК.

В основной группе в результате проведения эндомезентериальной лимфатической терапии у больных отмечено раннее восстановление функции ЖКТ и достоверное снижение осложнения заболевания, отек, несостоятельности анастомоза, среднее прибывание больных в стационаре в послеоперационном периоде.

Выводы: необходимо широко применять показание к оперативному лечению, что не должно довести до осложнения заболевания. В комплексном лечении больных с НЯК в послеоперационном периоде применение лимфатической терапии достоверно снижает осложнение заболевания и летальность.

РЕГИОНАЛЬНАЯ ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Эгамов Ю.С., Сапиохунова Х.М., Ибрагимова М.А.

Андижан, Республика Узбекистан

Актуальность: Варикозная болезнь нижних конечностей — это самое распространенное заболевание периферических сосудов. Согласно эпидемиологическим данным, различные формы этого заболевания встречаются у 22-31% женщин и 8-15% мужчин трудоспособного возраста. Оно наблюдается у 27-35% населения. В стационарах больные с варикозным расширением вен составляют 4-7,5% от общего числа хирургических больных. Женщины заболевают в 3 раза чаще, чем мужчины. Осложнения варикозного расширения вен: трофические язвы, острые тромбофлебиты расширенных вен, кровотечения из варикозных узлов. Язвы, как правило, возникают на внутренней поверхности нижней трети голени, в надлодыжечной области.

При обследовании обращает на себя внимание гиперемия кожных покровов над тромбированными венами, которые пальпируются в виде плотных болезненных тяжей. Разрыв варикозно-расширенной вены может происходить от самых ничтожных повреждений истонченной и спаянной с веной кожи.

Целью исследования: является улучшение результатов комплексного лечения и уменьшение осложнений заболевания с применением лимфатической терапии при варикозном расширении вен нижних конечностей.

Материал и методы: Под нашим наблюдением с 2012 по 2023 годы в клинике Андижанского Государственного медицинского института находились 405 больных с варикозным расширением вен нижней конечности. Распределение больных по возрасту составило от 17 до 65-летнего возраста. По полу женщин 232 и мужчин 173. Из них у 75-80% больных поражается ствол и ветви большой подкожной вены, у 5-10% - малая подкожная вена. У 158 больных по мере про-

грессирования заболевания присоединяются жалобы на быструю утомляемость, чувство тяжести и распираания в ногах, судороги в икроножных мышцах, отеки голеней и стоп. Отеки обычно возникают к вечеру после ходьбы и длительного стояния на ногах. У 106 больных со временем появляются пигментация кожных покровов нижней трети голени, более выраженная над внутренней лодыжкой, кожа теряет свою эластичность, становится блестящей, сухой, легкоранимой, плотно спаянной со склеротически измененной подкожной жировой клетчаткой.

У 285 больных основной группы лимфатическая терапия проведена введением препаратов подкожно. Создан искусственный застой подкожной клетчатки. Лимфостаз создавали наложением манжетки на середину бедра с давлением до 40 мм рт. ст. После создания лимфостаза вводили один из видов препаратов лимфастимуляторов таких как гепарин, лазикс, манит и другие. После лимфостимуляции проведено введение одного из видов антибиотиков в разовой дозе, растворённого в растворе новокаина. Эффективность проведенной лимфатической терапии сравнивали с контрольной группой у 120 больных, леченных без лимфатической терапии - традиционным методом. В основной группе больных отмечено уменьшение отёчности конечности на 2-3 сутки, а в контрольной группе на 4-5 сутки. Частота образования тромбов в просвете варикозных сосудов в основной группе больных отмечалась у 15-25%, а при сравнении с контрольной группой отмечена у 35-40% больных.

В результате сопоставления исходов обеих групп больных отмечено достоверное различие результатов лечения больных с варикозными болезнями нижних конечностей. Отмечено раннее исчезновение отёка, достоверное уменьшение количества осложнений таких как тромбообразование просветов варикозных расширенных сосудов. В послеоперационном периоде раннее восстановление функции конечности.

Таким образом: Применение в комплексном лечении варикозной болезни нижних конечностей регионарной лимфатической терапии достоверно уменьшает осложнение заболеваний и среднее пребывание больных в стационаре. Применение лимфатической терапии уменьшает расход лекарств и удобно простотой проведения техники манипуляций.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН МАЛОГО ТАЗА

Юшкевич Д.В., Юрлевич Д.И., Смольский А.В., Гаврин П.Ю

Минск, Республика Беларусь

Цель. Изучить результаты лечения симптоматического варикозного расширения вен малого таза с применением эндоваскулярных методов лечения.

Материалы и методы. Проведен проспективный анализ лечения 7 пациенток в возрасте от 27 до 78 лет (средний возраст – 43,2 года), которым выполнялось эндоваскулярное лечение ВРВМТ. У трех пациенток по данным УЗИ и флебографии было обнаружено левостороннее ВРВМТ, в одном случае расширение вен локализовалось справа, еще у трех пациенток наблюдалось двустороннее расширение вен с двусторонним рефлюксом по гонадным венам. Все пациентки предъявляли жалобы на тяжесть, боль и болезненность внизу живота. Варикоз вен промежности имел место у трех пациенток, в двух случаях ВРВМТ сочеталось с варикозом вен нижних конечностей. Боль во время и после полового акта отмечали 6 пациенток. При одностороннем поражении левой яичниковой вены в двух случаях выполнялся бедренный доступ, еще в пяти – плечевой. Под УЗИ контролем производилась пункция бедренной или плечевой вены по методике Сельдингера интрадьюсером 5F или 6F. Затем по интрадьюсеру вводился катетер (JR4, NH1, Vertebral) и проводник Glide 0.035 с катетеризацией левой и/или правой яичниковой вены. Производилась селективная флебография и при обнаружении рефлюкса выполнялась эмболизация «целевой» яичниковой вены, полученной *ex tempore* вспененной смесью, состоящей из 2 мл 1% этоксисклерола и гемостатической губки, под рентгенологическим контролем. В двух случаях выполнялось двухстороннее лечение, в одном – только справа и в четырех – изолированно с левой стороны. В четырех наблюдениях выполнялась дополнительная эмболизация левой гонадной вены спиралью Azur 18. После операции выполнялась контрольная флебография. При удовлетворительном результате катетеры и интрадьюсеры извлекались. На место пункции накладывалась давящая повязка. В послеоперационном периоде пациентки принимали венотоники в стандартных дозах в течение 2 месяцев.

Результаты исследования. Среднее время операции составило 50 минут. Послеоперационный период протекал у пациенток по-разному: две пациентки отмечали выраженный болевой синдром в первые сутки после проведения эндоваскулярной процедуры, который удалось купировать ненаркотическими анальгетиками. В раннем послеоперационном периоде у 6 пациенток отмечалось возникновение болевого синдрома в сроки от 2 недель до 2 месяцев, предположительной причиной которого могло быть возникновение воспалительных изменений по типу тромбофлебита в венах малого таза. Контроль лечения осуществляли на основании клинической картины – по степени редукции клинических проявлений, а также посредством выполнения УЗИ малого таза, на котором определялись варикозные вены без кровотока.

Заключение. По результатам проведенного исследования с использованием эндоваскулярного лечения симптоматического ВРВМТ получены хорошие предварительные результаты, что свидетельствует о перспективах методики для коррекции данной патологии у женщин. Эффективный отбор пациенток на проведение эндоваскулярной коррекции ВРВМТ требует взаимодействия между врачами различных специальностей, а также комплексного обследования на амбулаторном этапе.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЗАЖИВЛЕНИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ. ВОЗМОЖНО ЛИ ЭТО?

Якушкин С.Н., Евсюков А.А.

Москва, Россия

Введение: лечение трофических язв до сих пор остается сложным и долгим процессом. Не редко даже после коррекции венозной гемодинамики не удается достичь полного заживления трофической язвы на консервативном лечении и зачастую процесс лечения занимает месяцы и даже годы. Резистентные к консервативной терапии трофические язвы должны подвергаться хирургическому лечению, одним из которых является Shave – терапия в сочетании с аутодермопластикой. Но, к сожалению, чаще всего хирургическое лечение по каким-либо причинам откладывается в надежде на консервативное излечение.

Цель: выявить возможность прогнозирования заживления трофических язв с применением специальных шкал.

Материалы и методы: имея уже достаточный опыт лечения трофических язв, мы в своей практике начали использовать специальную шкалу прогнозирования заживления трофических язв, разработанную нами.

Данная шкала включает 5 параметров – возраст пациента, размер трофической язвы, длительность существования трофической язвы, стадию раневого процесса и состояние окружающих тканей. В каждом параметре 5 пунктов, а каждому пункту присвоены баллы. Минимальное количество баллов – 4, максимальное 28. Шкала не применима к ишемическим язвам и язвам при синдроме диабетической стопы. Кроме того, шкала предполагает в обязательном порядке коррекцию венозной гемодинамики всеми доступными способами. Заполнение шкалы не требует много времени и применяется всем первичным пациентам с трофическими язвами.

Основную задачу, которую ставили перед собой при создании данной шкалы показать насколько реален при использовании данной шкалы у пациентов с трофическими язвами помогает индивидуально оценить прогноз заживления трофической язвы консервативным путем, либо не тратить на это время и перейти к хирургии. Шкала прогнозирования заживления венозных трофических язв использована на 25 пациентах. Результатом подсчета баллов мы определили 3 категории: 4 – 12 баллов, высокая вероятность консервативного заживления, 13 – 17 низкая вероятность заживления на консервативном лечении и 18 – 28 баллов, очень низкий, практически нулевой прогноз консервативного заживления.

Результаты: при использовании данной шкалы у пациентов с трофическими язвами помогает в индивидуально оценить прогноз заживления трофической язвы консервативным путем, либо не тратить на это время и перейти к хирургии.

Выводы: шкала прогнозирования заживления трофической язвы может помочь сэкономить драгоценное время у большинства пациентов с трофически-

ми язвами, однако потребуется время для исследования данной шкалы на большем количестве пациентов.

ВОЗМОЖНОСТИ НАНОЧАСТИЦ МЕДИ В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

Якушкин С.Н., Евсюков А.А.

Москва, Россия

Введение: хронические раны характеризуются либо как неспособность пройти организованный и подходящий репаративный процесс для обеспечения анатомической и функциональной целостности в течение трех месяцев, либо как продолжение процесса заживления без создания устойчивого анатомического и функционального результата.

Наночастицы меди обладают высокой антибактериальной активностью, поскольку они склонны к взаимодействию с мембраной бактерий. Кроме того, они могут проникать в биопленку бактерий и выделять ионы внутри нее, нарушая ее целостность, где жесткость мембраны является важным фактором, определяющим антибактериальную эффективность.

Также наночастицы меди имеют шероховатую поверхность, что облегчает адгезию к бактериальной мембране, помогая уменьшить или предотвратить образование бактерий. Таким образом, они действуют быстро, эффективно и долгосрочно, поскольку действует с течением времени, не теряя своей бактерицидной активности.

Существует множество потенциальных приложений для использования меди в лечении ран. В медицинской литературе подробно используются ионы меди в качестве противомикробных средств с потенциалом бороться с различными инфекционными процессами вызванными бактериями, вирусами и грибами.

Цель: определение возможности использования наночастиц меди в заживления ран. Однако отсутствие данных, мы столкнулись с ограниченным количеством исследовательских работ связывающих раневую инфекцию и заживление ран с помощью наночастиц меди. Данные аспекты должны быть рассмотрены в будущих оригинальных исследованиях. В своём исследовании мы могли лишь различить тенденцию к усилению регенерации кожи у тех пациентов, кому во время лечения оказывали воздействие на рану наночастиц меди.

Материалы и методы: мы применили наночастицы меди в виде геля у 15 пациентов с инфицированными трофическими язвами в стадии фибрина и грануляции. Срок использования варьировал от 3 повязок до 10.

Гель наносился на язву после тщательного туалета язвенной поверхности, а сверху покрывалась атравматической повязкой и марлевой салфеткой. Фиксация повязки с помощью когезивного бинта, смена повязки 1 раз в сутки.

Результаты: при анализе результатов у пациентов, которым применяли наночастицы меди мы смогли достигнуть быстрого очищения язвенной поверхности от фибрина и уменьшения бактериальной кантаминации, что проявлялось купированием эксудации и воспаления периаульцерозных тканей в течении 3 -10 дней.

Выводы: наночастицы меди способствуют снижению бактериальной нагрузки и параллельно с этим снижает избыточный воспалительный ответ, тем самым ускоряет прохождение фазы экссудации. Однако несмотря на эффективный результат нашего пилотного исследования, изучение важности использования наночастиц меди в лечении трофических язв будет продолжено.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ ЛИМФОРЕЯ, КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Ярема В.И., Федин А.Б., Лявина С.М., Ахмедова Р.

Москва, Россия

Введение: лимфорея, в той или иной степени, встречается от 15 до 30% случаев при проникающих ранениях грудной или брюшной полости. Её проявления зависят от уровня нарушения целостности лимфатического сосуда. В догоспитальном периоде она практически никак не выявляется. Ранения магистральных лимфатических сосудов встречается у 5-7% пациентов при травмах различной этиологии. Патологическое сообщение между лимфатическим сосудом и полостью или полым органом приводит к скоплению лимфы в плевральной и/или в брюшной полости, в полости перикарда или истечению жирной лимфы через мочевые пути или в просвет кишечника.

Потеря лимфы может приводить к изменению гомеостаза в организме по причине собственно её состава.

Цель исследования: обсудить и проанализировать отдалённые результаты посттравматической лимфореи, как фактор развития послеоперационных осложнений проанализировать.

Материал и методы: для исследования влияния лимфореи на исход травмы нами были выбраны только те больные, у которых её причиной являлась травма (8 человек) и потери лимфы составили более 500 мл в сутки. Таким образом средние объёмы лимфопотери, которые фиксировались ежедневно, составили: 1-е сутки - 1,2 литра; 2-е сутки - 1,2 литра; 3-и сутки 1,1 литра; 4-е сутки 1,1 литра; 5-е сутки -1,0 литра. После 6 суток лимфопотери были не более 1 литра, при этом адекватное восполнение выводимых с лимфой белков, электролитов и других веществ при этом было весьма затруднительно. Попытки остановки лимфореи в плевральной полости оперативным путем у 3 человек не увенчались успехом.

Результаты и обсуждения: важно отметить, что у пациентов наблюдалась относительная диспротеинемия в крови за счет большей потери с лимфой альбуминов и снижения общего белка в периферической крови на 15%. Потеря лимфоцитов при лимфорее составила 40-45%, если она длилась более 3-х суток, что приводит к снижению иммунного ответа в организме пострадавшего, и в 5 случаях в худшую сторону повлияло на состояние травмированного за счет развития гнойно-септических осложнений (пневмония, плеврит, перитонит, нагноение послеоперационных ран) и у 4 пострадавших (50%) лимфорее закончилось летальным исходом.

Заключение и выводы: таким образом, посттравматическая лимфорее с потерями не более 1-2 литров в течении недели, как правило, восстанавливается самостоятельно и не требует компенсации; потеря лимфы в объеме до 3-4 литров в течении недели требует восполнения свежезамороженной плазмой, электролитами и раствором альбумина; потери лимфы свыше 1 литра в сутки опасны для жизни и нуждается в лигировании поврежденных лимфатических сосудов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КУЛЬТУРЫ ДЕРМАЛЬНЫХ ФИБРОБЛАСТОВ НА РАЗЛИЧНЫХ НОСИТЕЛЯХ ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ ДЕФЕКТОВ ПРИ ХВН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Яровенко Г.В., Россинская В.В., Кольцов А.Е.

Самара, Россия

В настоящее время лечение хронической венозной недостаточности (ХВН) нижних конечностей клинического класса С6 остается актуальной проблемой хирургии. Доля населения, страдающего венозными трофическими язвами в России и европейских странах, составляет 1-4% и остается неизменной до настоящего времени. Отличительной особенностью таких язв является отсутствие заживления в течение 4-8 недель. Такие повреждения характеризуются рефрактерностью к стандартным методам лечения, часто рецидивируют и значительно влияют на качество жизни пациента.

Цель работы - анализ результативности комплексного лечения трофических язв у пациентов с ХВН нижних конечностей в сочетании с использованием культуры дермальных фибробластов на различных носителях.

Материалы и методы: при лечении венозных трофических язв нами использовались дермальные фибробласты на фибриногене, в виде суспензии и на подложке «Фолидерм». В исследование были включены 36 пациентов. У всех получено информированное согласие на пересадку культуры дермальных фи-

бробластов. Методом случайной выборки все пациенты были разделены на три группы: основную, 12 человек, в которой после специальной подготовки проводили пересадку аутогенных дермальных фибробластов, где в качестве подложки использовался фибриноген, как биodeградируемый носитель. Две контрольные группы: с использованием суспензии аутогенных фибробластов (12 человек) и с пересадкой аллогенных фибробластов на подложке «Фолидерм» (12 человек).

Средний возраст составил $52,2 \pm 4,3$ года. Материалом аутогенных клеток для суспензии и биodeградируемого фибриногена служила кожа, взятая у пациентов по наружной поверхности верхней трети бедра. Материалом для выращивания аллогенных клеток служила кожа крайней плоти мальчиков, полученная в ходе операции циркумцизии. Дермальные фибробласты выращивали в лаборатории культуры клеток Биотехнологического центра «БиoТех» СамГМУ по методу первичных эксплантатов в модификации лаборатории с использованием ростовой среды (среда 199 с глутамином с добавлением 10% эмбриональной телячьей сыворотки и 40 мкг/мл гентамицина) в CO₂-инкубаторе при температуре 37°C, постоянной влажности и 5% CO₂. Перед исследованием выращенная культура идентифицировалась. Установлено, что клетки являются детерминированными и принадлежат к фибробластическому дифферону. Трансплантат готовили индивидуально для каждого человека и за двое суток до пересадки фибробласты высевали на подложку фибриноген или «Фолидерм» в дозе 50 тысяч клеток на 1 см², в суспензии до 100 тыс. клеток в 1 мл.

Результаты: пациентам проводилось общее комплексное лечение, после которого в основной группе осуществляли пересадку дермальных фибробластов на фибриногене, учитывая этапы заживления. Перед манипуляцией и выдачей в перевязочную трансплантат исследовали под инвертированным микроскопом. Фибробласты на подложке формировали диффузный монослой и достигали размеров $(53,1 \pm 2,6)$ мкм. В контрольных группах: суспензия аутогенных клеток наносилась на язвенный дефект с наложением повязки с физиологическим раствором, как и при пересадке аллогенных клеток на «Фолидерме». В дальнейшем, в обоих случаях, перевязка осуществлялась через 2 суток. Во всех группах отмечалось отсутствие отделяемого из язв и признаков воспаления, уменьшение их размеров с краевой эпителизацией. Было установлено, что у пациентов из контрольных групп, по сравнению с основной, заживление трофических язв протекало более медленно.

Таким образом, нами установлено, что метод стимуляции краевой и островковой эпителизации язвенных дефектов при осложненных формах ХВН нижних конечностей с помощью аутогенной культуры дермальных фибробластов на фибриногене способствует их более быстрому заживлению и улучшает качество жизни пациентов.

