



10^{-й} Санкт-Петербургский Венозный форум

30.11 – 1.12 2017

Рождественские встречи

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Федеральное агентство научных организаций
ФГБНУ «Институт экспериментальной медицины»
Санкт-Петербургское общество флебологов (SPSP)
Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга
Комитет по науке и высшей школе Правительства Санкт-Петербурга
Европейский Венозный Форум (EVF)



АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФЛЕБОЛОГИИ

**10-й САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ВЕНОЗНЫЙ ФОРУМ
(РОЖДЕСТВЕНСКИЕ ВСТРЕЧИ)**

30 ноября – 1 декабря 2017 года, Санкт-Петербург

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Под общей редакцией Е.В. Шайдакова

Санкт-Петербург
2017

10^{-я} Санкт-Петербургский Венозный форум. Актуальные вопросы флебологии. 30 ноября – 1 декабря 2017 года, Санкт-Петербург – Сборник тезисов / Под редакцией Е.В. Шайдакова – СПб.: изд-во «Альта Астра» – 2017. – 124 с.

**МЕТОДИКА ЛАЗЕРНОЙ ДОПЛЕРОВСКОЙ
ФЛОУМЕТРИИ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ
МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА
У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ВЕН
НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

**Ангелова В.А., Мазайшвили К.В., Дрожжин Е.В.,
Хлевцова Т.В., Семкин В.Д., Мамедов Р.Э.**

*Сургутский государственный университет, ХМАО Югры, г. Сургут,
Флебологический центр «Антирефлюкс», Москва*

Актуальность. Основной принцип лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) заключается в зондировании ткани лазерным излучением, улавливании отраженного сигнала фотодетектором и его обработке, основанной на выделении из зарегистрированного сигнала доплеровского сдвига частоты, пропорционального скорости движения эритроцитов.

Коротковолновое зондирующее лазерное излучение позволяет получить отраженный сигнал наибольшей амплитуды от отдельных эритроцитов из тонкого слоя около 1 мм, который в зависимости от типа исследуемой ткани может содержать данные о структуре микроциркуляторного русла кровообращения: артериолы, терминальные артериолы, капилляры, посткапиллярные венулы, венулы и артериоло-венулярные анастомозы.

На коже голени существуют зоны с артериовенулярными анастомозами (АВА) и зоны без (АВА), которые предположительно, по-разному должны реагировать на повышение гидростатического давления. Пальцы стопы, область пятки рас-

ISBN 978-5-905498-81-7

© SPSP, 2017

© Коллектив авторов, 2017

© Альта Астра, оформление, 2017

положены наиболее дистально, что предполагает максимальное гидростатическое давление, и как следствие, наиболее уязвимые точки для образования трофических язв. Однако венозные трофические язвы (ВТЯ) образуются в тех областях дермы, где кровоток по артериовенулярным анастомозам (АВА) сосочкового слоя кожи преобладает над капиллярным.

Цель. Освоить методику исследования АВА, нутритивного и шунтового кровотока у пациентов с хроническими заболеваниями вен нижних конечностей (ХЗВНК), для оценки хирургического лечения варикозной болезни вен нижних конечностей (ВБВНК).

Материалы и методы. С целью изучения микроциркуляции в коже был использован лазерный аппарат ЛОКК-ОП. Механизм подачи и обработки сигнала осуществляется через блок анализатора, излучение подается в световодный зонд, который крепится к голени в выбранных точках, и по принципу обратной связи данные микроциркуляции регистрируются на персональный компьютер. Для работы с флоуметром, нами была использована авторская программа "LDF 3.0", которая в режиме реального времени осуществляет регистрацию поступающего со звуковой карты сигнала, производит его обработку и представляет его в виде графиков. Анализ сохраненных ЛДФ-грамм проводился нами в программе "LDF Viewer 1.2". Эта программа дает возможность просмотра, распечатки и анализа сохраненных ЛДФ-грамм, а также систематизирует их с созданием электронной картотеки.

Пациентам проводили клиническое обследование: подробный опрос со сбором жалоб, анамнеза заболевания, осмотр нижних конечностей, УЗАС исследованиями вен нижних конечностей. Во время проведения лазерной доплеровской флоуметрии пациент находится в положении лежа, в помещении с одинаковой температурой (обеспечивается работой кондиционера). Чтобы нивелировать погрешности регистрации показателей микроциркуляции кожи, обследуемому необходимо находиться в спокойном неподвижном состоянии, сохраняя исходные частоту дыхания (ЧД) и частоту сердечных сокращений (ЧСС).

Перед каждым исследованием прибор калибровали и устанавливали на биологический ноль, который варьирует от 0,01 до 0,04 тпу.

Нами были выбраны точки для исследования: Т1 – нижняя треть голени, Т2 – дистальная фаланга большого пальца стопы, Т3 – нижняя треть голени над точкой Т1, Т4 – нижняя треть голени, дистальнее точки Т1, Т5 – пяточная область. На каждую точку выделено 4 минуты регистрации сигнала.

Математическая обработка данных производилась с помощью формул, описанных в методическом пособии «Функциональная диагностика состояния микроциркуляторно-тканевых систем», под руководством А.И. Крупаткина, В.В. Сидорова, в программе EXEL.

Выводы. В послеоперационном периоде в зонах без АВА происходит увеличение количества симпатических колебаний, что косвенно свидетельствует об улучшении симпатической регуляции микрососудистого тонуса. Медиана величины ПШ в точках без АВА (до ЭВЛО): Т1 – 4,08; Т3 – 3,76; Т4 – 3,45, (после ЭВЛО): Т1 – 5,00; Т3 – 4,77; Т4 – 4,19.

В зонах с АВА после хирургического лечения показатель шунтового кровотока снижается, что говорит об уменьшении перфузии через капиллярное русло, и преобладание шунтового кровотока. Это указывает нам на соответствие норме перфузии для этих зон. Медиана величины ПШ в точках с АВА (до ЭВЛО): Т2 – 2,37; Т5 – 3,51, (после ЭВЛО): Т2 – 2,21; Т5 – 2,66.

Метод ЛДФ позволяет оценить состояние соотношения шунтового и капиллярного кровотока, до и после хирургического лечения ХЗВНК. Уменьшение шунтового кровотока свидетельствует о снижении венозной гиперволемии и может являться качеством проведенного хирургического лечения варикозной болезни вен нижних конечностей.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРВОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКИМИ ВЕНОЗНЫМИ ЯЗВАМИ

Асланов А.Д., Логвина О.Е., Куготов А.Х., Эдигов А.Т.,
Баева Ф.Х., Акбиева Ф.М.

*Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М.
Бербекова, Республиканская клиническая больница, г. Нальчик*

В наше исследование включено 321 больных, которым первым этапом хирургического лечения была выполнена флебэктомия. Важным этапом было определить клинические улучшения и осложнения данной операции. В исследовании были оценены ранние и отсроченные результаты, так как для тщательного выявления клинической картины показано наблюдение. Срок наблюдения составил на этом этапе 1 месяц.

В послеоперационном периоде летальных исходов и ампутаций конечности не было. Стоит отметить, что имелся ряд осложнений, который требовал отдельного анализа.

Мы стремились уменьшить частоту инфекционных осложнений, таких как нагноение ран, развитие краевого некроза кожи и др. За счет выполнения хирургических вмешательств вне зоны трофической язвы мы получили относительно небольшое количество данных осложнений.

К осложнениям самой флебэктомии следует отнести гипостезии на голени, которые развиваются в результате травмирования нервов лежащих вблизи магистральных вен. Стрипинг на уровне голени был выполнен у 78 больных, из которых у 12 (15,4 %) развились парестезии, у больных с изолированным стрипингом на бедре парестезий не было.

Важным этапом выполнения стрипинга на голени считали отдельное проведение зонда от лодыжки до верхней трети голени и медленное удаление вены. При такой технике паравазальные структуры отделяются от вены и уменьшается риск травмирования нервов.

ЭТАПНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКИМИ ВЕНОЗНЫМИ ЯЗВАМИ

Асланов А.Д., Логвина О.Е., Куготов А.Х., Эдигов А.Т.,
Баева Ф.Х., Акбиева Ф.М.

*Кабардино-Балкарский государственный университет
им. Х.М. Бербекова, Республиканская клиническая больница, г. Нальчик*

Хирургическое лечение трофических венозных язвы до сих пор представляет сложную социально-экономическую проблему. В нашей работе мы используем этапный подход к хирургическому лечению трофических венозных язв. Первым этапом выполняем флебэктомию вне зоны трофических изменений кожи. В этой работе проводится оценка результатов первого этапа хирургического лечения. В исследование включено 321 больных, которым выполнена флебэктомия как первый этап хирургического лечения. Для оценки результатов лечения мы использовали клиническую характеристику, а так же оценку микроциркуляции на голени на основании транскутанного напряжения кислорода. Через 30 суток после хирургического лечения мы обнаружили уменьшение диаметра нижней конечности на уровне нижней трети бедра на $3,8 \pm 9$ мм, на уровне верхней трети голени на минус 42 ± 6 мм, на уровне нижней трети голени на 27 ± 4 мм ($p < 0,05$). Так же у 116 (47,7 %) больных к 30 суткам после лечения уменьшилось чувство тяжести в конечностях, а количество больных которым требовалось обезболивание в связи с трофическими изменениями уменьшилось с 196 (83,4 %) до 44 (21,8 %) ($p < 0,05$). По данным транскутанного напряжения кислорода микроциркуляция улучшилась на всей конечности, однако на уровне голени к концу наблюдения она оставалась ниже физиологической нормы. Флебэктомия большой подкожной вены вне зоны трофических нарушений является безопасной процедурой с минимальным числом осложнений. При изолированной коррекции горизонтального рефлюкса у больных улучшается микроциркуляция, активируются процессы репарации язвы.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВЕРТИКАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА У БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКИМИ ВЕНОЗНЫМИ ЯЗВАМИ

Асланов А.Д., Логвина О.Е., Куготов А.Х., Эдигов А.Т.,
 Баева Ф.Х., Акбиева Ф.М., Карданова Л.Ю.

*Кабардино-Балкарский государственный университет
 и.м. Х.М. Бербекова, Республиканская клиническая больница, г. Нальчик*

В своей работе мы постарались продемонстрировать возможности хирургической коррекции вертикального рефлюкса как первого этапа лечения больных (у всех больных до и после операции применяли компрессионный трикотаж). Мы считаем, что комбинированное и этапное лечение улучшает микроциркуляцию, а соответственно, скорость заживления трофических венозных язв (ТВЯ). В исследование включено 321 больной, которые прошли лечение в хирургическом отделении ЦРБ г. Нальчика с 2010 по 2017-х гг. Все они страдали хронической венозной недостаточностью 6 класса по СЕАР. Язвы у них располагались на уровне голени и стопы. Средний размер трофической язвы при поступлении составил 11,9×6,8 см. Измерение размеров язвы проводили по максимально широким точкам язвенного дефекта. Всем пациентам была выполнена флебэктомия вне пораженных тканей для коррекции вертикального рефлюкса. Наш способ лечения заключался в этапной коррекции в зоне наименее измененных тканей. В данной работе мы демонстрируем эффективность выполнения флебэктомии в отношении улучшения микроциркуляции по данным транскутанного напряжения кислорода (ТНК). В исследование было включено 178 (72,1 %) женщин и 69 (27,9 %) мужчин. Средний возраст больных составил 56,1±12,8 лет. Большую часть составили лица трудоспособного возраста. Продолжительность заболевания была 8,3±2,1 лет, а длительность появления трофических нарушений 7,3±4,1 месяцев. Стоит отметить, что 182 (73,7 %) больных лечили все это время ТВЯ дома самостоятельно, а у 49 (19,8 %) к моменту обращения был диагностирован рецидив заболевания. Перенесенные в анамнезе тромбозы были выявлены у 58 (23,5 %) человек. На

момент начала лечения у всех больных вены нижних конечностей были проходимы. Рефлюкс по глубоким венам голени был выявлен у 91 (36,8 %) пациента. Клинические проявления ХВН, диагностированные при сборе жалоб и осмотре представлены в таблице. Кроме косметического дефекта больные жаловались на: быструю утомляемость ног, ночные судороги, ощущение тяжести в ногах, боли, требующие приема анальгетиков и отеки голени.

Таблица.

Характеристика клинических симптомов

Клинические симптомы		Больные (n=321)	
		Кол-во	%
Ощущение тяжести и полноты в ногах	После нагрузки	24	9,7
	Постоянно	223	80,3
Отек	Преходящий	-	-
	Стойкий	10	4,0
	Выраженный	237	96,0
Быстрая утомляемость ног		247	100
Варикозная трансформация подкожных вен	1 степень	-	-
	2-я степень	203	82,2
	3-я степень	44	17,8
Кожный зуд	Эпизодический	31	12,5
	Постоянный	216	87,5
Парестезии		198	80,2
Распирающие или острые боли	Не требующие обезболивающих	41	16,6
	Требующие приема обезболивающих	206	83,4
Ночные судороги	Эпизодические	9	3,6
	Постоянные	238	96,4
Гиперпигментация		247	100,0
Дерматит	Локальный	21	8,5
	Распространенный	11	12,9
Индуративный целлюлит		114	46,2
Липодерматосклероз	Локальный	56	22,6
	Распространенный	37	14,9
Экзема		12	4,8
Трофические язвы	С грануляциями	94	38,1
	Открытые	153	61,9

Из сопутствующей патологии исследуемых больных можно выделить наличие гипертонической болезни, ожирения, патологию органов дыхания и сопутствующий атеросклероз артерий ног.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ФЛЕБЭКТОМИИ

Асланов А.Д., Логвина О.Е., Куготов А.Х., Эдигов А.Т.,
Баева Ф.Х., Мамаева Л.А.

*Кабардино-Балкарский государственный университет
им. Х.М. Бербекова, Республиканская клиническая больница, г. Нальчик*

Таблица.

Характеристика осложнений после флебэктомии

Вид осложнения	Количество (%), n=247
Гипостезия стопы и голени	12 (4,8 %)
Усиление отека сразу после операции	64 (25,9 %)
Инфильтраты послеоперационных ран	22 (8,9 %)
Тромбофлебит	3 (1,2 %)
Нагноения послеоперационных ран	15 (6,1 %)
Краевой некроз кожи	26 (10,5 %)
Гематомы послеоперационной раны	163 (65,9 %)
Рожистое воспаление	11 (4,4 %)
Лимфоррея	4 (1,6 %)
Неврит подкожного нерва	1 (0,4 %)
Лигатурные свищи	1 (0,4 %)

Примечание: процент указан от общего количества больных

У 64 (25,9 %) больных после операции усилился отек на голени, а так же увеличился объем отделяемого из раны. Все эти особенности достаточно быстро купировались самостоятельно. При контрольном осмотре через 1 месяц после операции у всех больных отек голени оперированной конечности был меньше, чем до лечения.

Тромбофлебит БПВ на уровне голени развился у 3 (1,2 %) больных, что в некоторой мере являлось «самоизлечением». У 1 из этих больных мы обнаружили так же тромбоз на уровне гемодинамически значимого перфоранта.

Рожистое воспаление резко ухудшало результаты хирургического лечения и скорость заживления раны. Осложнение развилось у 11 (4,4 %) больных с рецидивирующими рожистыми воспалениями в анамнезе. Для таких больных в последние годы мы использовали массивную антибиотикотерапию, отсроченное хирургическое лечение после последнего эпизода обострения заболевания. Сложностью в послеоперационном ведении таких больных являлся высокий риск инфицирования раны. У всех больных отмечали инфильтрацию краёв раны или послеоперационный некроз кожи. На фоне рожистого воспаления так же ухудшалась клиническая картина ТВЯ, в 4 случаях потребовалось выполнение некрэктомии язвы, дополнительные мероприятия по очищению ее от экссудата. Во всех 4 случаях для заживления раны использовали аутодерматопластику кожным лоскутом.

При выполнении стрипинга на уровне бедра хирург обрывал притоки и перфорантные вены. Для профилактики обширных гематом на бедре мы использовали перевязку и удаление притоков из отдельных разрезов (если они были достаточно крупными и доставляли косметические неудобства) или прошивали их через все слои кожи с марлевой компрессией в области впадения в магистральную вену. Необходимые места для прошивания обнаруживали при тракции вены зондом или пальпаторно. В области натяжения вены большой иглой прошивали все слои через кожу на расстоянии 2 см в обе стороны от вены. На область вены накладывали толстый марлевый тампон, затягивали узлы с образованием компрессии.

Такая вена самостоятельно тромбировалась в течение недели, после чего шов удаляли. Грубых косметических дефектов после такой техники мы не наблюдали.

После выполнения флебэктомии на протяжении 1 месяца мы регистрировали состояние раны и оценивали гемодинамику по венам. В среднем больные находились на стационарном лечении

9,3±4,2 суток до момента заживления хирургических ран, в дальнейшем лечение было амбулаторное с посещением врача по индивидуальным показаниям в обязательном порядке 1-2 раза в неделю.

ИЗМЕНЕНИЕ ОБЪЕМА НА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ ПОСЛЕ ПЕРВОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКИМИ ВЕНОЗНЫМИ ЯЗВАМИ

**Асланов А.Д., Логвина О.Е., Куготов А.Х., Эдигов А.Т.,
Готыжев М.А., Карданова Л.Ю.**

*Кабардино-Балкарский государственный университет
им. Х.М. Бербекова, Республиканская клиническая больница, г. Нальчик*

С помощью мягкой мерной ленты мы проводили обмер ноги на трех точках – на уровне нижней трети голени, в верхней трети голени и в верхней трети бедра. Этот прием помогал осуществлять объективный контроль за динамикой венозного отека с помощью мягкой мерной ленты мы проводили обмер ноги на трех точках – на уровне нижней трети голени, в верхней трети голени и в верхней трети бедра. Этот прием помогал осуществлять объективный контроль за динамикой венозного отека.

До операции на ногах у больных были выраженные отеки, которые являлись основным клиническим признаком ХВН. Диаметр ноги на уровне нижней трети голени был 305,3±28,1 мм, на уровне верхней трети голени 431,4±32,6 мм, на уровне верхней трети бедра – 639,7±29,5 мм. В первые сутки после операции диаметр ноги на голени увеличился на 11,8±4,1 мм. Это объясняется реакцией тканей конечности на выполненные хирургические вмешательства. К 7-м суткам уже отмечали тенденцию к уменьшению отека, относительно исходных данных. К концу 3 недели на всех уровнях регистрировали статистически значимое уменьшение объема ($P < 0.05$). На 30 сутки после операции объем конечности составил 273,3±18,1 мм (минус 27,6±4,2 мм) на уровне нижней трети голени, 379,3±28,6 мм (минус 42,9±6,5 мм) на уровне верхней трети голени и 594,4±12,3 мм (минус 38,2±9,4 мм) на уровне бедра.

К 30-м суткам наблюдения отека на уровне голени не регистрировали. Вероятно, причиной этому слабое влияние вертикального рефлюкса на отек бедра, но адекватность коррекции создала предпосылки для начала ремоделирования кровотока на уровне голени. В нижней трети голени выраженное влияние оказывает горизонтальный рефлюкс – он не позволяет добиться адекватной нормализации кровотока.

Так же необходимо отметить минимальное влияние хирургического вмешательства на увеличение объема бедра. Вероятно, это увеличение происходило за счет образования гематом и имбибиции кровью подкожной клетчатки, но не за счет нарастания посттравматического отека конечности.

При мануальном осмотре на 30-е сутки после операции у всех больных сохранялся отек конечности, но при этом почти у 2/3 он локализовался, преимущественно, в верхней трети голени.

На фоне проводимого лечения к 30 суткам наблюдения у 118 (47,7 %) больных уменьшилось чувство тяжести в конечностях, эти больные отмечали указанные жалобы только к вечеру при высокоинтенсивной деятельности днем. У всех пациентов пропал кожный зуд вне области ТВЯ. Обезболивание в вечернее время суток требовалось только 54 (21,8 %) больным. Предполагаем, что такое улучшение клинической картины связано именно с уменьшением отеков на конечностях и нормализацией гемодинамики. В тоже время нельзя забывать о сохраняющемся горизонтальном рефлюксе, именно он вносит в клиническую картину наибольший вклад. Для оценки этого влияния нашим больным мы проводили определение ТНК.

**ТРАНСКУТАННОЕ НАПРЯЖЕНИЕ КИСЛОРОДА
 НА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ
 ПОСЛЕ ПЕРВОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ
 С ТРОФИЧЕСКИМИ ВЕНОЗНЫМИ ЯЗВАМИ**

**Асланов А.Д., Логвина О.Е., Куготов А.Х., Эдигов А.Т.,
 Мамаева Л.А., Акбиева Ф.М.**

*Кабардино-Балкарский государственный университет
 им. Х.М. Бербекова, Республиканская клиническая больница, г. Нальчик*

Метод позволяет оценивать микроциркуляцию в тканях. Причиной развития и плохого заживления ТВЯ считаем компрессионную ишемию. Соответственно исследование проводили двумя способами: измерение на протяжении конечности с учетом физиологических проб и измерение вокруг язвы в горизонтальном положении.

Таблица

Динамика транскутанного напряжения кислорода на конечности с трофическими венозными язвами в течение 30 суток после флебэктомии

Параметр		До операции	1 сутки	7 сутки	14 сутки	21 сутки	30 сутки
Н/3 голени	В покое	31,2±7	29,1±8	32,1±4	32,4±5	33,7±8*	36,5±12*
	Стоя	26,4±11	26,2±14	26,6±6	26,9±7	28,9±4*	30,1±7*
	Поднятая нога	33,1±5	33,2±6	34,8±10	36,1±7	38,3±6*	38,5±5*
В/3 голени	В покое	42,4±11	41,1±10	43,2±5	44,7±7	46,1±13*	51,3±4*
	Стоя	40,1±7	40,2±6	41,9±7	42,1±5	43,1±17	49,1±6*
	Поднятая нога	44,2±9	44,4±8	47,1±3	50,2±3*	51,1±4*	53,3±3*
Бедро	В покое	49,5±7	49,8±7	52,2±5	59,5±3*	65,2±6*	67,3±8*
	Стоя	48,9±6	49,1±6	53,4±7	54,1±5*	56,3±4*	62,8±6*
	Поднятая нога	51,1±9	51,8±8	57,3±5*	65,3±7*	69,1±8*	75,2±4*

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ СУЛОДЕКСИДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ
 ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.
 РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ACCORD**

**Богачев В.Ю., Болдин Б.В., Голованова О.В.,
 Туркин П.Ю., Несходимов Л.А.**
РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

Цель: оценить клиническую и лабораторную эффективность сулодексида в суточной дозе 500 ЛЕ у пациентов с хронической венозной недостаточностью (ХВН) С3-4 по СЕАР.

Материал и методы: в исследование включено 25 пациентов с ХВН С3-4, которым на 90 дней был назначен сулодексид в суточной дозе 500 ЛЕ. Для контроля эффективности были использованы: болезнь-специфический опросник CIVIQ, визуально-аналоговые методы оценки отдельных симптомов, шкала VCSS, ультразвуковое определение толщины подкожно-жировой клетчатки и фасции голени. Среди ключевых лабораторных показателей определяли (ELISA тест) уровни интерлейкина-1 альфа (IL-1 alpha), интерлейкина-1-бета (IL-beta), матриксных металлопротеиназ-2 и 9 (MMP-2, MMP-9), сосудистого эндотелиального фактора роста А (VEGF-A), вазопрессина и эндотеллина.

Результаты и их обсуждение: исследование завершили 22 пациента, принятые за 100 %. На фоне проведенного лечения произошло полное исчезновение судорог в икроножных мышцах, выявленных на первом визите у 22,7 % пациентов (p=0,0485), уменьшилась частота жалоб на снижение толерантности к статическим нагрузкам с 27,3 до 9,1 % (p=0,2404). Снизился объем голени контрольной нижней конечности с 134,18±14,92 до 128,42±12,46 см³ (p=0,0006), уменьшилась толщина подкожно-жировой клетчатки в фиксированной точке с 1,50±0,53 см до 1,32±0,46 см (p=0,0007), а также фасции – с 0,14±0,07 до 0,11±0,04 см (p=0,0359). Болевой синдром согласно ВАШ снизился с 36,45±25,60 до 17,50±19,27 мм (p=0,0002). Глобальный индекс качества жизни (ГИКЖ) по CIVIQ-20 возрос на 27,7 % в сравнении с исходным уровнем (p=0,0001), индекс VCSS снизился с 6,00±1,83 до 4,86±2,05 баллов (p=0,0002).

Из лабораторных маркеров эндотелиальной дисфункции достоверно снизились уровни ММП-2, ММП-9, а также эндотелина: ММП-2 с $178,53 \pm 36,30$ до $176,35 \pm 36,67$ нг/мл ($p=0,0152$); ММП-9 – с $90,84 \pm 20,41$ до $89,78 \pm 20,32$ нг/мл ($p=0,0394$); эндотелин – с $0,42 \pm 0,10$ до $0,39 \pm 0,10$ фмоль/мл.

Заключение. Сулодексид, оказывая достоверное клиническое и эндотелиопротективное действие, является эффективным препаратом для лечения начальных форм хронической венозной недостаточности нижних конечностей.

О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ КОРРЕКЦИИ ФЛЕБОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАЗЫ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Богачев В.Ю., Дженина О.В., Лобанов В.Н.

Первый флебологический центр, Москва

Цель: оценить эффективность стандартной флеботропной терапии у пациенток фертильного возраста в различные фазы менструального цикла.

Материал и методы: в исследование включено 38 пациенток (44 нижних конечности) в возрасте от 25 до 35 лет с варикозной болезнью (C2sEpPr) и предъявляющих жалобы на регулярную распирающую боль в проекции измененных вен. Мониторинг динамики венозной боли, синхронизированный с фотоплетизмографией (ФПГ), проводили ежемесячно в фиксированное время за 5-7 дней до начала менструации и через 3-5 дней после ее прекращения. Все пациентки были разделены на 2 группы по 19 человек в каждой. После определения базального уровня венозной боли и времени возвратного кровенаполнения был назначен флеботропный препарат (МОФФ, Детралекс, Сервье, Франция). В первой группе в стандартной дозе (1000 мг в сутки), во второй – сразу же после овуляции и до прекращения менструации суточную дозу препарата увеличивали на 500 мг. Компрессионную терапию и другие виды флеботропного лече-

ния, за исключением рекомендаций по коррекции образа жизни, не применяли.

Результаты и их обсуждение. В группе 1 (стандартная терапия) исходные показатели венозной боли составили 4,12±1,2 балла (лютеиновая фаза), 2,9±1,4 балла (фолликулярная фаза), а время возвратного кровенаполнения (ВВК) по результатам ФПГ 17,5±3,4 и 19,4±3,1 сек соответственно. В группе 2 (увеличенная доза препарата) исходные боль по ВАШ 4,41±1,3 балла и ВВК 17,2±3,6 сек (лютеиновая фаза), боль 3,1±1,7 и ВВК 18,9±3,7. Через два месяца приема флеботропного препарата в группе 1 выраженность венозной боли в лютеиновую фазу снизилась до 3,1±1,1 балла, а ВВК возросло до 18,9±2,4 сек. В фолликулярную фазу аналогичные показатели составили 2,1±1,3 балла и 19,9±2,8 сек. В группе 2 боль в лютеиновую фазу составила 1,8±1,1, а в фолликулярную – 0,7±1,2 баллов по ВАШ. ВВК было 20,2±2,4 сек и 21,9±3,3 сек соответственно. Итоговые показатели значимо ($p<0.01$) отличаются от исходных и группе с увеличенной дозой флеботропного препарата достигнуты лучшие результаты по сравнению со стандартной терапией.

Заключение. У женщин фертильного возраста, страдающих хроническим заболеванием вен, физиологический рост уровня половых гормонов в лютеиновую фазу менструального цикла негативно сказывается на тонусе венозной стенки и усиливает вено-специфическую симптоматику. При этом увеличение стандартной дозы флеботропного препарата в лютеиновую фазу менструального цикла позволяет добиться лучших терапевтических результатов.

КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Богомолов М.С., Богомолова В.В.

*ПСПбГМУ им. И.П. Павлова,
СПб ГБУЗ «Городская больница № 14», Санкт-Петербург*

Цель. Разработать простую методику оценки эффективности местного лечения трофических язв на разных стадиях раневого процесса.

Материалы и методы. В исследование включены 37 пациентов в возрасте от 28 до 90 лет (в среднем – 65,8 лет) с патологией вен и отсутствием гемодинамически значимых поражений артерий нижних конечностей, у которых имелось 63 трофических язвы. Средняя длительность предшествующего лечения – 15,5 месяца, средняя площадь язв – 9,9 см². Все язвы имели высокую или среднюю степени бактериальной обсемененности, в связи с чем, на первом этапе лечения (в течение 1-3 недель) ежедневно проводились перевязки с водорастворимыми мазями, содержащими антибиотик или повидон йод. После элиминации инфекции и купирования воспаления лечение язв во второй и третьей фазах раневого процесса либо продолжалось с использованием только мазевых повязок (9 язв), либо переходили к применению гидроколлоидных повязок, перевязки с которыми осуществлялись раз в 5-7 дней (33 язвы), либо с интервалом в 5-10 дней выполнялись имплантации мембран нативного коллагена «Коллост» (21 язва). Компрессионная терапия назначалась всем пациентам с первого дня лечения. С интервалом в 1-2 недели проводилась оценка площади язв с использованием специальных компьютерных программ по цифровым фотографиям высокого разрешения, сделанным во время перевязок.

Результаты. В фазе воспаления при эффективном купировании раневой инфекции во всех случаях отмечалось уменьшение площади язвы на 20-27 % от исходного размера в течение

первых двух недель лечения. Во второй фазе (рост грануляций) динамика уменьшения размера язв при эффективном лечении составляла от 28 % (при глубоких язвах) до 75 % (при поверхностных язвах) за две недели. Средний срок заживления язв составил 2,8 месяца (0,5-8,0 мес.). Средняя скорость заживления язв при применении только мазевых повязок составила 1,7 см²/мес., при применении гидроколлоидных повязок – 5,8 см²/мес. (при поверхностных язвах) и 2,7 см²/мес. (при глубоких язвах), при имплантации коллагеновых мембран, – 3,3 см²/мес. В сроки до 4 месяцев полностью зажило 54 язвы (85,7 %).

Обсуждение. В публикациях, посвященных анализу результатов выполнения хирургических вмешательств, направленных на коррекцию венозной гемодинамики, не дожидаясь полного заживления трофической язвы консервативными методами, приводятся данные о том, что в сроки от 4 до 12 месяцев полное заживление язв достигается в 68-96 % случаев (Червяков Ю.В. с соавт., 2017; Wysong A. с соавт., 2016; Богомазов А.М. с соавт., 2017). При этом, частота послеоперационных осложнений у этой группы больных, составляет, по данным различных публикаций, от 1 до 18 %.

Выводы. Контроль динамики изменения площади раны с помощью современных цифровых технологий позволяет объективно контролировать эффективность проводимой терапии и своевременно вносить в нее коррективы в случае выявления замедления процесса заживления. При этом, результаты консервативного и хирургического лечения могут быть сопоставимы.

СНИЖЕНИЕ КОНТРАКЦИИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЗАМИ ГЛУБОКИХ ВЕН И ЕЕ ВОЗМОЖНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Бредихин Р.А.^{1,2}, Малясев Д.В.¹, Пешкова И.Д.¹,
Литвинов Р.И.³

¹ ГАУЗ Межрегиональный клинико-диагностический центр,

² Казанский Государственный медицинский университет, г. Казань

³ University of Pennsylvania School of Medicine, Philadelphia, USA

Актуальность. Нарушения гемостаза играют важную роль в патогенезе острого венозного тромбоза. Одной из наименее изученных реакций свертывания крови и тромбообразования является спонтанное сжатие или контракция сгустков крови, которая осуществляется за счет сократительного аппарата активированных тромбоцитов, прикрепленных к волокнам фибрина. Контракция крови обусловлена сократительной силой активированных тромбоцитов, прикрепленных к фибриновым волокнам. Патофизиологическая значимость этого процесса неясна, но может потенциально влиять на течение заболевания и возникновение тромбоэмболических осложнений.

Цель. Целью этого исследования было изучение изменений контракции венозной крови у пациентов с тромбозами глубоких вен (ТГВ) и тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА).

Методы исследования. Изучена контракция сгустков, образованных *in vitro* в крови 55 пациентов с ТГВ. Все пациенты обследованы методом ультразвукового дуплексного ангиосканирования, 32 пациентам выполнено КТ. Контрольную группу составили 96 условно здоровых доноров.

Определение параметров контракции сгустка было основано на оптической регистрации размера сгустка крови во времени на приборе «Регистратор Тромбодинамики» компании «ГемаКор» (Москва). Метод позволяет определить время от инициации до начала сжатия, а также степень и скорость контракции сгустков.

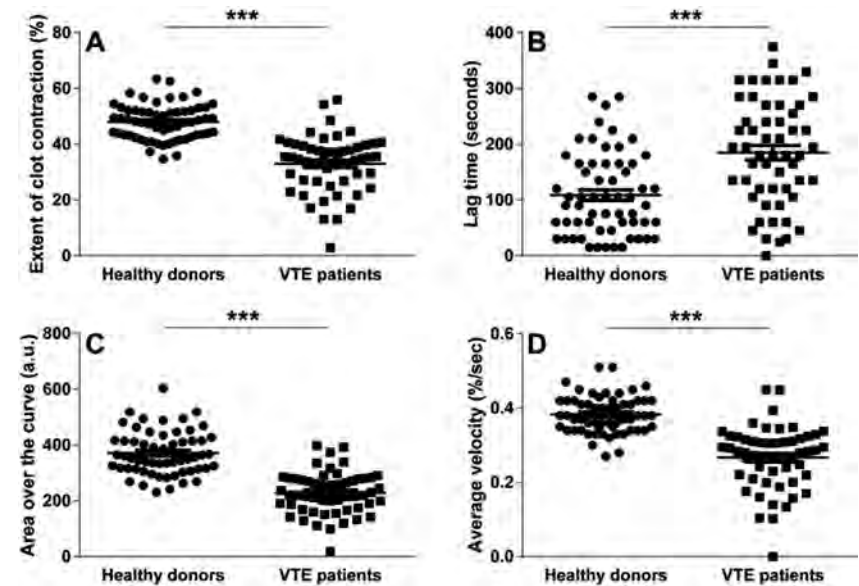


Рис. 1. Параметры контракции крови у пациентов с ТГВ и контрольной группы.

A – степень контракции сгустка через 20 мин, B – лаг-период достижения 95% контракции, C – интенсивность контракции, D – средняя скорость контракции. *** $p < 0.001$

Также оценивали функцию тромбоцитов методом проточную цитометрии (11 пациентов из основной и контрольной групп), электронную микроскопию тромбоцитов (4 пациента основной и контрольных групп), а также электронную микроскопию венозных тромбов, удаленных во время венозной тромбэктомии (10 исследований).

Результаты. Выявлены значительные изменения контракции и пациентов с ТГВ (рис 1). Обнаружено, что у пациентов с венозным тромбозом степень контракции значительно снижена ($32 \pm 2\%$ vs $51 \pm 1\%$) по сравнению с контролем при идентичных условиях активации. Зафиксировано достоверное почти 2-кратное снижение скорости контракции (0.26 ± 0.01 vs 0.4 ± 0.01 $\%/\text{sec} \times 10^{-3}$),

а также 3-кратное увеличение средней продолжительности лаг-периода при ВТЭО (74 ± 5 сек vs 194 ± 14 сек).

Установлено значимое ($p < 0,05$) замедление скорости контракции ($0,22 \pm 0,03$ vs $0,31 \pm 0,02$ %/сек $\times 10^{-3}$) и степени контракции (28 ± 4 % vs 39 ± 3 %) сгустков крови у пациентов с ТГВ, осложненного ТЭЛА, по сравнению с изолированным ТГВ глубоких вен, что может иметь значение для ранней диагностики и определения риска ТЭЛА (рис 2).

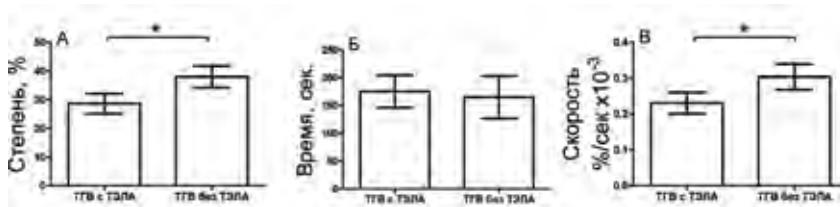


Рис. 2. Средние показатели контракции сгустков крови у пациентов с ТГВ без ТЭЛА ($n=27$) и с ТГВ, осложненным ТЭЛА ($n=14$).

А – конечная степень контракции, Б – лаг-период,
В – средняя скорость контракции (* $p < 0,05$).

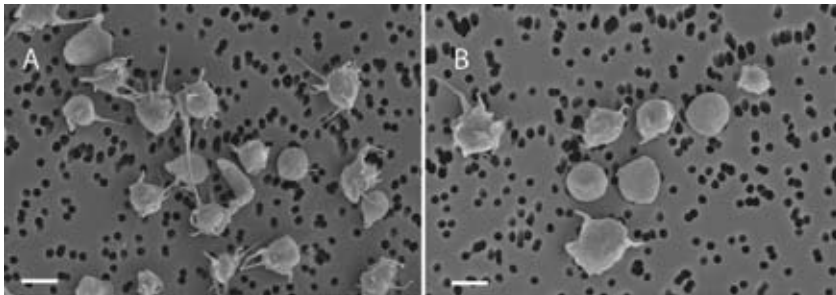


Рис. 3. Электронная микроскопия тромбоцитов пациента с ТГВ и контрольной группы.

А – тромбоциты пациента с ТГВ, В – здорового донора. У пациента с ТГВ видна высокая степень активации тромбоцитов, выражающаяся в изменении формы, образования филоподий и тенденции к агрегации. Увеличенная полоса = 2 μ т.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что контракция сгустков крови может быть новым, ранее не изученным и недооцененным патогенетическим механизмом, который влияет на течение и исход венозного тромбоза.

Клиническое значение контракции и ее нарушений, а также диагностическая и прогностическая ценность лабораторного теста на контракцию сгустка крови заслуживают дальнейшего изучения.

ТРЕХГОДИЧНЫЕ СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕРМОАБЛЯЦИОННЫХ ПРОЦЕДУР ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Бурлева Е.П., Тюрин С.А., Смирнов О.А.

Уральский государственный медицинский университет,
МАУ ГКБ № 40, МЦ «Олмед», Екатеринбург

Цель исследования. Сравнительная оценка трехгодичных результатов применения эндовазальной лазерной коагуляции (ЭВЛК) и радиочастотной облитерации (РЧО) у пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей (ВБНК) в системе большой подкожной вены (БПВ) (классы С2-С3).

Материалы и методы. Изучено 122 пациента в период с 2014 по 2016 гг. Выделены две группы: 1 гр. – ЭВЛК ($n=61$), 2 гр. – РЧО ($n=61$). Клинические проявления оценены по шкале VSSC, суммарный средний балл до лечения: 1 гр. – 8,3, 2 гр. – 7,4.

Средний диаметр БПВ у СФС (D): 1 гр.= $8,1 \pm 1,2$ мм; 2 гр. – $7,9 \pm 0,8$ мм ($p=0,95$). Средний диаметр БПВ на голени (D): 1 гр.= $2,9 \pm 1,2$ мм; 2 гр. – $2,7 \pm 0,8$ мм ($p=0,89$). Распространенный рефлюкс по БПВ: 1 гр. – 52 (85,2 %), 2 гр. – 55 (90,1 %) ($p=0,56$). Несостоятельность перфорантных вен (ПВ): 1 гр. – 45 (73,7 %); 2 гр. – 43 (70,4 %) ($p=0,67$). Высчитывали средний диаметр ПВ (d).

Для ЭВЛК использовался аппарат АЗОР-АЛМ (длина волны – 1,56 мкм, мощность 15 Вт). Всем пациентам после ЭВЛК ствола выполняли ЭВЛК ПВ и склеротерапию (СТ) притоков БПВ.

Для РЧО использовали аппарат VNUS (Closure FAST). Всем пациентам после РЧО ствола БПВ выполняли ЭВЛК ПВ и СТ притоков БПВ.

Клиническая и ультразвуковая оценка результатов лечения проведена по годам с выделением схожих подгрупп.

Статистическая обработка – программа “MedCalc”, тесты Колмогорова-Смирнова и Манна-Уитни.

Результаты. Через 1 год (1 гр. n=20; 2 гр. n=18) – отсутствие ствола БПВ на бедре.

Рефлюкс по БПВ на голени: 1 гр. – 20 %, $D=3,4\pm 0,6$ мм; 2 гр. – 11 %, $D=3,2\pm 0,4$ мм ($p=0,23$).

Несостоятельность ПВ: 1 гр. – 15 %, $d=3,8\pm 0,8$ мм; 2 гр. – 11 %, $d=3,4\pm 0,6$ мм ($p=0,45$).

Через 2 года (1 гр. n=21; 2 гр. n=22) – отсутствие ствола БПВ на бедре. В 1 гр. патологическая культя БПВ с рефлюксом – 1 случай.

Рефлюкс по БПВ на голени: 1 гр. – 14,2 %, $D=3,8\pm 1,2$ мм; 2 гр. – 27,2 %, $D=4,0\pm 0,2$ мм ($p=0,12$).

Несостоятельность ПВ: 1 гр. – 19 %, $d=3,8\pm 0,8$ мм; 2 гр. – 22,7 %, $d=4,1\pm 0,2$ мм ($p=0,43$).

Через 3 года (1 гр. n=20; 2 гр. n=21). В 1 гр. в 1 случае – полная реканализация ствола БПВ при уменьшении его D с 7,6 мм до 4,2 мм.

Рефлюкс по БПВ на голени: 1 гр. – 25 %, $D=4,1\pm 0,5$ мм; 2 гр. – 23,8 %, $D=4,2\pm 0,4$ мм ($p=0,78$).

Несостоятельность ПВ: 1 гр. – 40 %, $d=4,2\pm 1,1$ мм; 2 гр. – 38,0 %, $d=4,2\pm 0,9$ мм ($p=0,69$).

Статистически значимые различия по D резидуального ствола БПВ на голени выявлены между 1 и 3 годом наблюдения в обеих группах ($p_{(1 гр.)}=0,04$; $p_{(2 гр.)}=0,03$), но различия по частоте рефлюкса в обеих группах по годам не определены. Выявлены статистически значимые различия в сторону увеличения по d ПВ между 1 и 3 годом наблюдения во 2 гр. ($p=0,03$).

У пациентов обеих групп суммарный средний балл VCSS через 3 года: в 1 гр.=0,3; 2 гр.=0,3.

Заключение. Трехгодичные результаты применения РЧО и ЭВЛК не установили клинических и ультразвуковых приоритетов той или иной методики. Частота регистрации патологических рефлюксов по стволу БПВ на голени варьирует от 11 % до 23,8 % со статистически значимыми различиями в сторону увеличения между 1 и 3 годом наблюдения в обеих группах. Несостоятельность ПВ голени выявлена практически у трети пациентов со статистически значимым увеличением среднего d к 3 году наблюдения в группе РЧО. У всех пациентов с зарегистрированными патологическими рефлюксами на голени выявлен варикозный синдром на голени. Полученные данные указывают на прогрессирование варикозной болезни у части оперированных пациентов, что требует динамического наблюдения, своевременной коррекции выявленных патологических отклонений и проведения системной фармакотерапии.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ЭВЛК С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ 1470 НМ И 1560 НМ У БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЮ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Гужков О.Н., Шичкин Н.А., Тарасова Н.В.

*Ярославский государственный медицинский университет,
Клиническая больница №9, Ярославский государственный институт,
г. Ярославль*

Цель. Проанализировать динамику качества жизни (КЖ) у пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей после эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК) с использованием источника лазерного излучения 1470 нм и 1560 нм.

Материал и методы. Исследование КЖ пациентов проведено у 347 пациентов с первичной варикозной болезнью вен нижних конечностей функциональных классов ХВН С2-С5 по СЕАР. ЭВЛК выполнялась диодным лазером с длиной волны 1470 нм (1-я группа 228 пациентов) и 1560 нм (2-я группа

119 пациентов) с использованием торцевых, радиальных и двухкольцевых световодов с плотность энергии 70-180 кДж/см в зависимости от диаметра вены. Оценка качества жизни проводилась по шкале CIVIQ. Анкетирование пациентов выполнялось до операции и в послеоперационном периоде (на 1, 3, 5, 7, 14 и 21 сутки).

Результаты. При характеристике КЖ до проведения ЭВЛК рассчитанный общий балл в 1 группе – 29,9±6,3; во 2 группе – 29,7±5,4. Анализ ответов пациентов после ЭВЛК показал, что с течением каждого послеоперационного дня показатель КЖ имеет динамику снижения показателя. При сравнение КЖ до и после операции отмечается ухудшение показателей на 21,7 % (37,9-38,4±11,4), когда уже к 7 суткам всего лишь 0,7 % (31,8±10). Общий балл (ОБ) в 1 группе уменьшился на 4 % к 14 суткам, во 2 группе – на 9 %, что обусловлено меньшей паравазальной травматизацией. К 21 суткам в обеих группах показатели КЖ были сопоставимы, уменьшились на 13 %.

Заключение. У всех оперированных пациентов была отмечена положительная динамика с достоверным снижением уровня КЖ к предоперационному периоду в обеих группах, где при применении длинны волны 1470 нм и 1560 нм сравнительно одинаково.

ИННОВАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА НА ОСНОВАНИИ ШКАЛЫ CAPRINI И ТЕСТА ТРОМБОДИНАМИКИ

Дементьева Г.И.^{1,2}, Сошитова Н.П.³, Саутина Е.В.^{1,2},
Наумов Е.К.^{1,2}, Лаберко Л.А.^{1,2}, Родоман Г.В.^{1,2}

¹РНПМУ им. Н.И. Пирогова, ²Городская клиническая
больница №24 ДЗМ, ³ООО «Гемакор Лабс», Москва

Цель. Произвести сравнительную оценку предсказательной способности классической версии шкалы Caprini и её модифицированного варианта, учитывающего показатели теста

тромбодинамики (ТД), в отношении вероятности развития послеоперационного венозного тромбоза (ВТ) у пациентов из группы высокого риска.

Методы. Проведено проспективное обсервационное клиническое исследование, с участием 80-ти пациентов (33 мужчины и 47 женщин, средний возраст – 73,9±7,2 года), подвергшихся большому (79 случаев) или малому (1 случай) оперативному вмешательству по поводу колоректального рака, имевших высокий риск развития послеоперационных ВТЭО, оцененный по шкале Caprini версии 2005 года (5-15 баллов, в среднем – 9,9±2,0), и получавших стандартную комплексную профилактику: госпитальный трикотаж 18-21 мм рт.ст. и введение НМГ в стандартной дозе (эноксапарин 40 мг 1 р/день) на протяжении всего срока пребывания в стационаре. НМГ вводили в строго фиксированные часы, в соответствии с которыми всем больным выполняли тест ТД. До операции и на 5-7-е сутки после вмешательства осуществляли ультразвуковое ангиосканирование системы нижней полой вены. Конечной точкой исследования было обнаружение инструментально подтвержденного венозного тромбоза на стационарном этапе лечения.

Результаты. ВТ был обнаружен у 21-го из 80-ти пациентов (26,3 %, 95 % ДИ: 17,9-36,8 %). При проведении регрессионного анализа баллы Caprini оказались достоверным предиктором развития ВТ (p<0,0001). Построение и анализ координат ROC-кривой подтвердило высокое прогностическое значение модели (S=0,839±0,045, p<0,0001) и позволило выявить критический уровень, равный 11-ти баллам, который с чувствительностью 76,2 % и специфичностью 74,6 % предсказывал возникновение ВТ у исследуемой группы пациентов.

При анализе показателей теста ТД у пациентов с выявленным тромбозом была обнаружена бо́льшая склонность к гиперкоагуляции и недостаточный индивидуальный ответ на введение профилактических доз НМГ. Результаты регрессионного анализа и последующее построение ROC-кривых продемонстрировали, что такие параметры теста ТД, как стационарная скорость роста

сгустка, измеренная через 2 часа после операции (V_{st}), и начальная скорость роста сгустка, измеренная через 24 часа после введения третьей дозы НМГ (V_{in}), обладают наибольшей предсказательной способностью в отношении возникновения послеоперационного ВТ: $S=0,764\pm 0,109$, $p=0,049$ и $S=0,946\pm 0,047$, $p=0,001$ соответственно. При этом, значениями, предсказывающими развитие ВТ с высоким соотношением чувствительность/специфичность, стали $V_{st}>32,5$ мк/мин и $V_{in}>64,5$ мкм/мин.

Выявленные пороговые величины показателей теста ТД были интегрированы в шкалу Caprini в рамках пункта «другие врожденные и приобретенные тромбофилические состояния» весом в «3» балла. Был произведен перерасчет суммы баллов у пациентов, имевших значения одного или обоих показателей выше порогового уровня, с последующим повторным анализом ROC-кривых. Было выявлено, что интеграция в шкалу показателя $V_{in}>64,5$ мкм/мин позволяет максимально повысить предсказательную ценность модели ($S=0,876\pm 0,038$, $p<0,0001$) и увеличить критический уровень баллов до 12-ти с возрастанием чувствительности до 85,7 % и сохранением специфичности на уровне 72,9 %.

Выводы. Интегрирование результатов теста ТД в состав шкалы Caprini позволяет увеличить ее прогностическую ценность в отношении возникновения послеоперационного ВТ.

РОЛЬ ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙСЯ ПНЕВМОКОМПРЕССИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОГРАНИЧЕННОЙ ПОДВИЖНОСТЬЮ ПРИ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С3-4

Деркачев С.Н., Пахомов Е.А., Ремезов А.В.

Санкт-Петербургский многопрофильный центр, Санкт-Петербург

Лечение венозной недостаточности у пациентов с ограниченной подвижностью делает невозможным выполнение рекомендаций по ведению активного образа жизни и обеспечения полноценной ходьбы. Дневное время такие пациенты в

основном проводят в положении стоя или сидя. Часто у них наблюдается избыточная масса тела. Все это усугубляет венозную недостаточность.

Цель: определить эффективность применения перемежающейся пневмокомпрессии в комплексном лечении пациентов с ХВН класса С3, С4.

Методы. В период с января 2016 года по июль 2017 года в нашей клинике пролечено 58 пациентов с ограниченной подвижностью, обусловленной наличием у них кокс- и/или гонартроза. У 18 пациентов диагностирован класс С3, у 15 – С4а, у 25 – С4б. У 28 пациентов в комплексе мер по лечению явлений ХВН применялся 10-дневный курс пневмокомпрессии в режиме 5 дней до операции и 5 дней после операции на венах нижних конечностей. Использовался аппарат LeadCareLC600S в режиме «лимфодренаж», со скоростью перемежания 3, средним максимальным давлением в манжетах – 160 мм рт.ст. (подбиралось максимально комфортное для пациента). Всем больным выполнена ЭВЛК магистральных вен (в бассейне БПВ – 45, в бассейне МПВ – 13). Применялся диодный лазер (1470 нм). Операция выполнялась по стандартной методике радиальным световодом. Все пациенты не имели возможности непрерывно ходить в течение более 10-15 минут ввиду выраженных болей в суставах нагрузочного характера. Сразу после операции применялась аппаратная перемежающаяся пневмокомпрессия в течение 3 часов. Использовался компрессионный трикотаж 2-го класса. В течение 3 недель, трикотаж носился ежедневно за исключением времени выполнения лимфопресса, приема душа и времени сна. Осмотры, с дуплексным исследованием вен нижних конечностей, производились в 1-е, 5-7-е, 12-14-е сутки и через 1 месяц.

Результаты. У пациентов, которым проводился 10-дневный курс пневмокомпрессии, наблюдался более быстрый регресс отека голени и более комфортное послеоперационное течение. Боли в зоне операции не беспокоили. Уменьшение окружности голени на уровне лодыжки через 10 дней от начала лечения в среднем составило 2,9 см. У пациентов без пневмокомпрессии эта величина

за то же время составила 1,9 см. Субъективное уменьшение плотности подкожной клетчатки и выраженности гиперпигментации в нижней трети голени пациенты с пневмокомпрессией начинали отмечать в среднем через 10 дней, с традиционным ведением – через 15 дней. Ни у одного пациента не выявлено признаков ЭВЛК индуцированных тромбозов глубоких вен.

Выводы. Применение автоматической перемежающейся пневмокомпрессии в комплексном лечении пациентов с ограниченной подвижностью повышает эффективность и сокращает сроки лечения больных с хронической венозной недостаточностью класса С3-4. Использование этого метода сразу после операции ЭВЛК магистральных вен у таких больных может являться дополнительной профилактикой ЭВЛК индуцированных тромбозов глубоких вен.

НОАК И БЕРЕМЕННОСТЬ: ПЕРВЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Дженина О.В., Богачев В.Ю.

Первый флебологический центр, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

НОАК получили широкое применение при лечении флеботромбозов, в том числе у женщин репродуктивного возраста. Зачастую хирурги при работе с фертильной пациенткой обращают внимание только на сосудистый аспект ситуации, не учитывают возможность беременности, в том числе неожиданной для самой женщины, и не программируют её репродуктивные планы, несмотря на потенциальную фето- и эмбриотоксичность некоторых антикоагулянтов.

Материалы и методы. С апреля по июль 2017 г. нами отмечены три случая использования НОАК на фоне беременности.

Пациентка Н., 28 лет, илиофemorальный флеботромбоз без выявленного (при первоначальном анализе) триггера, получала НФГ с последующим переводом на Дабигатрана этексилат 300 мг/сут. Сбор «репродуктивного» анамнеза ангиохирургом, осмотр гинекологом, УЗИ органов малого таза – не проводились. При вы-

писке из стационара больная предъявила жалобы на отсутствие в течение 12-14 дней ожидаемой менструации. При экстренном обследовании подтверждена маточная беременность 4-5 недель, сохранённая по желанию пациентки. НОАК экстренно заменен на Надропарин кальция 0,6 мл/сут. В дальнейшем при проведении стандартных скринингов I и II триместров грубой патологии плода не выявлено, ожидается родоразрешение в срок.

Пациентка Б., 31 год, неспровоцированный тромбоз подколенной вены, получала Эноксапарин натрия 1,2 мл/сут. Гинекологом беременности и патологии органов малого таза не выявлено. При выписке из стационара переведена на Ривароксабан 30 мг/сут с рекомендациями по снижению дозы до 20 мг/сут. Репродуктивные планы больной не оценены. Через 3 месяца после тромботического эпизода и на 2-ом цикле регулярных попыток зачатия, на фоне приема Ривароксабана 20 мг/сут, зафиксирована маточная беременность до 3 недель гестации. Пациентка от прерывания желанной беременности отказалась, Ривароксабан экстренно заменен на Эноксапарин натрия 0,8 мл/сут. При проведении скринингов I и II триместров грубой патологии плода не выявлено, ожидается родоразрешение в срок.

Пациентка М., 34 года, илиофemorальный флеботромбоз на фоне беременности 11-12 недель. В стационарных условиях получала НФГ, при выписке рекомендован приём Ксарелто 20 мг/сут. Рекомендации соблюдала нерегулярно. На сроке 14 недель произошел выкидыш, плод – без видимых пороков развития. Акушерских причин для самопроизвольного прерывания беременности не установлено.

Выводы. В настоящее время нет данных о фето- и эмбриотоксичности НОАК для человеческого эмбриона. При использовании НОАК у женщин репродуктивного возраста необходимо предварительное исключение беременности, а также информирование пациенток о необходимости контрацепции. Целесообразно создание единой базы данных, учитывающей подобные клинические случаи, для дальнейшей клинической оценки потенциальной тератогенности НОАК для человека.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЕНОЗНОЙ ТРОМБЭКТОМИИ ПРИ ФЛОТИРУЮЩЕМ ТРОМБОЗЕ ПОДВЗДОШНО-БЕДРЕННОГО СЕГМЕНТА

Золкин В.Н., Богомазов И.Ю., Мельниченко А.Ю.,
Тищенко И.С., Коротков И.Н.
ГКБ им. Д.Д. Плетнёва ДЗМ, Москва

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с острым илеофemorальным флеботромбозом.

Материалы и методы. С января 2003 года по октябрь 2017 оперировано 368 пациентов с флотирующим флеботромбозом илиофemorального сегмента. Средний возраст оперированных пациентов – 59 лет, преобладали мужчины – 253 (68,8 %). Давность венозного тромбоза колебалась в среднем составила 6,4.

Оценивалось клиническое состояние: болевой синдром, отек конечности, трофические расстройства. Обследование пациентов включало УЗДС, РИКГ, ЭХО-КГ. При подозрении на ТЭЛА проводилась ангиопульмонография, МСКТ и перфузионное сканирование легких.

337 пациентам выполнена тромбэктомия из общей бедренной вены (ОБВ) с перевязкой рассасывающейся лигатурой поверхностной бедренной вены (ПБВ) ниже впадения глубокой бедренной вены (ГБВ). 7 больным выполнена тромбэктомия из подвздошных вен, ОБВ с перевязкой ПБВ. У 24 пациентов был выявлен вторичный тромбоз ГБВ, воспалительные изменения в венозной стенке и частичная фиксация тромба, что потребовало дополнение тромбэктомии наложением артерио-венозной фистулы (АВФ) и перевязкой ПБВ. Всем пациентам проводилась антикоагулянтная терапия прямыми антикоагулянтами, в том числе у 26,8 % низкомолекулярными гепаринами и 5,2 % новыми оральными антикоагулянтами (НОАК). В последующем пациенты переводились на варфарин или НОАК.

Результаты. Ретромбоз в раннем послеоперационном периоде – 4,4 % после операции тромбэктомии из ОБВ или подвздошной вен. Ретромбоз после тромбэктомии с АВФ – 8,3 %.

Лимфорей – 6,3 % случаев после тромбэктомии и 8,3 % после тромбэктомии с АВФ. Послеоперационная летальность после тромбэктомии без АВФ – 1,3 %. В двух случаях возник тромбоз после тромбэктомии с наложением АВФ. Летальных исходов среди этих пациентов не отмечено.

Отдаленные результаты в сроки до 13 лет прослежены у 73 пациентов. При УЗДС через 1 год после операции выявлена проходимость подвздошных и ОБВ вен, полная или частичная реканализация ПБВ и подколенной вены. У 3-х пациентов на фоне отмены антикоагулянтов возник тромбоз на ранее оперированной стороне, что потребовало имплантации кава-фильтра. У 4-х пациентов возник тромбоз на контрлатеральной стороне. Тяжесть ХВН оценивалась по клинической классификации СЕАР. Через 7 лет после операции распределение пациентов по классам было следующим: С I – 1,4 %, С II – 22,3 %, С III – 67,2 %, С IV – 2,7. У 28 % больных полностью отсутствовали жалобы.

Выводы. Выполнение тромбэктомии при флотирующем тромбозе илиофemorального сегмента показано пациентам, ведущим активный образ жизни и не имеющих доказанной тромбофилии. Дополнительное наложение АВФ улучшает результаты тромбэктомии. Активная хирургическая тактика позволяет снизить тяжесть посттромбофлебитической болезни у пациентов с тромбозами глубоких вен. Выполнение тромбэктомии не повышает риск рецидива венозного тромбоза на оперированной конечности в отдаленном периоде.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Калачёв Е.В.², Савинов И.С.^{1,2}, Савинов С.Г.², Ильченко Ф.Н.¹,
Бутырский А.Г.¹, Расулов Н.А.¹

¹Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО КФУ им. В.И. Вернадского, ²ООО «Центр флебологии доктора Савинова», Республика Крым, г. Симферополь

Введение. При хирургическом лечении осложненных форм ВБ – тумесцентной анестезии (ТА) может оказаться недостаточно, т.к. наличие трофических нарушений кожи, язвы и воспалительный процесс потенциально способствуют усилению болевого синдрома.

Цель. Провести сравнительную клиническую оценку различных видов анестезии (ТА и проводниковой), оптимизировать выбор анестезиологического пособия при хирургическом лечении осложненной ВБ.

Материалы и методы. Проведено проспективно-ретроспективное исследование на 174 больных с ВБ, распределение по СЕАР: С4 – 116 (67 %), С5 – 20 (11 %), С6 – 38 (22 %). Оперативное лечение, включало ЭВЛК ствола БПВ на бедре, МФЭ и резекцию несостоятельных перфорантов, эксклерооблитерацию на голени по показаниям. Больные были разделены на 5 групп согласно применяемым методам анестезии: группа I – ТА проводилась по стандартной методике с 0,1 % раствором Кляйна, скорость автоматической помпы (АП) 250 мл/мин; группа II – модифицированный раствор Кляйна, ТА в концентрации 0,04 % в ложе БПВ перед ЭВЛК и ТА 0,06 % в зоне минифлебэктомии (МФЭ), скорость АП 250 мл/мин; группа III – модифицированный раствор Кляйна по методике, аналогичной группе II, но скорость АП 100 мл/мин; группа IV – методика аналогична группе II, но дополнена эхоконтролируемой блокадой бедренного нерва (ЭКББН) с дозой лидокаина 200 мг; группа V – по сравнению с группой IV доза лидокаина 400 мг. Для оценки интенсивности боли исполь-

зовали шкалу NRS на 3-х этапах операции: ТА в фасциальном футляре БПВ перед ЭВЛК, во время выполнения ТА перед выполнением МФЭ, во время выполнения МФЭ. Проводилась оценка снижения двигательной активности по собственной шкале от 0 до 3 баллов.

Результаты. По результатам оценки интенсивности боли во время операции на 3 этапах, получены следующие данные: в I группе 2,8±0,3, 5,3±0,4**, 2,8±0,3; в II группе 3,1±0,3, 5,0±0,4**, 3,0±0,3; в III группе 2,8±0,3, 5,0±0,3*; 2,9±0,3, в IV группе 1,8±0,3*, 2,9±0,3*, 1,6±0,2*; в V группе 1,8±0,4*, 3,0±0,3*, 1,6±0,3* (* – достоверная разница между группами с применением проводниковой анестезии и группами без нее, ** – достоверная разница между показателями в пределах группы в разные моменты операции). Однако, у 14 % пациентов в IV группе потребовалось увеличения дозы анестетика до 400 мг. Показатель снижения двигательной активности составил в IV и V группах 0,4±0,1 и 0,8±0,2, соответственно (p<0,05).

Выводы.

1. Комбинация ТА и ЭКББН позволяет достоверно снизить интенсивность боли во время операции у пациентов с осложненными формами ВБ на 1-м этапе в 1,5 раза, на 2-м этапе в 1,8 раз, на 3-м этапе – 1,75 раз.

2. Достоверной разницы в эффективности анестезии между применением дозировки 200 мг и 400 мг для ЭКББН не выявлено, но при выполнении ЭКББН с дозой 400 мг наблюдается достоверное увеличение моторного блока по сравнению с дозой 200 мг.

**ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ МЕХАНИЧЕСКАЯ
ФРАГМЕНТАЦИЯ С ЛОКАЛЬНЫМ ТРОМБОЛИЗИСОМ
В СРАВНЕНИИ С АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИЕЙ
У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ТЭЛА
ПРОМЕЖУТОЧНО-ВЫСОКОГО РИСКА РАННЕЙ СМЕРТИ**

**Карпенко А.А., Клеванец Ю.Е., Игнатенко П.В.,
Стародубцев В.Б.**

НМИЦ им. акад. Е.Н. Мешалкина, г. Новосибирск

Цель: оценить эффективность и безопасность применения эндоваскулярной механической фрагментации (ЭМФ) с локальным тромболизисом в сравнении с антикоагулянтной терапией у больных острой ТЭЛА промежуточно – высокого риска ранней смерти.

Материалы и методы. За период с 2010 по 2016 года в клинике наблюдалось 60 пациентов с острой ТЭЛА промежуточно – высокого риска ранней смерти. Средний возраст составил $57,2 \pm 13,5$ лет. Пациенты были рандомизированы на 2 группы: в 1-ой группе выполнялась ЭМФ с локальным тромболизисом, во 2-ой группе проводилась гепаринотерапия по стандартной схеме. Группы сопоставимы по возрасту, полу, факторам риска и сопутствующей патологии. Безопасность лечения оценивалась по первичной комбинированной точке: клинически значимое кровотечение (КЗК), перфорация структур сердца, гемодинамическая декомпенсация, 30-дневная летальность. Эффективность оценивали по комбинированной конечной точке: рецидив тромбоза глубоких вен / ТЭЛА, формирование ХТЭЛГ.

Вторичная конечная точка: отдаленная летальность.

Результаты. Индекс Миллера по данным ангиопульмонографии исходно составил $25,4 \pm 3,3$ баллов.

В результате лечения отмечен регресс острой дыхательной недостаточности у пациентов обеих групп. Ранней госпитальной летальности, КЗК, перфорация структур сердца, гемодинамической декомпенсации, 30-дневной летальности не наблюдалось ни в одной группе пациентов. В отдаленные сроки

у пациентов 1-ой группы формирование ХТЭЛГ наблюдалось в 2 (5 %) случаях, у пациентов 2 – ой группы в 6 (30 %) случаях ($p < 0,05$). Отдаленная летальность отмечена в 2 (10 %) случаях только у пациентов 2-ой группы на фоне рецидива ТЭЛА ($p < 0,05$). Рецидив ТЭЛА зарегистрирован в 2 (10 %) случаях у пациентов 2-ой группы ($p < 0,05$). По данным контрольной ЭхоКГ среднее давление в легочной артерии (ЛА) у пациентов 1-ой группы снизилось с $50,1 \pm 4,8$ до $27,8 \pm 4,5$ мм.рт.ст. ($p < 0,05$), у пациентов 2-ой группы с $54,1 \pm 11,8$ до $47 \pm 6,5$ мм.рт.ст. ($p > 0,05$).

Выводы. Применение ЭМФ с локальным тромболизисом является эффективной и безопасной процедурой. Раннее восстановление кровотока по ЛА приводит к снижению давления в ЛА и предотвращает формирование ХТЭЛГ в отдаленные сроки наблюдения.

**ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ
ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ
У БАРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

Ковалев А.А., Корнюшин О.В., Неймарк А.Е.

НМИЦ им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург

Бариатрическая хирургия является эффективным методом лечения ожирения и сахарного диабета 2 типа. Ежегодно выполняется более 600000 операций. Венозные тромбозы эмболические осложнения (ВТЭО), которые включают тромбоз глубоких вен (ТГВ) и тромбоз легочной артерии (ТЭЛА), являются одним из факторов послеоперационных осложнений и смертности у пациентов после бариатрических операций (БО). Несмотря на проведение профилактических мероприятий после БО распространенность ВТЭО на сегодняшний день составляет 0,3-2,2 %, а ТЭЛА достигает 1 %. По данным аутопсий ТЭЛА является наиболее частой причиной послеоперационной летальности. На сегодняшний день с целью профилактики ВТЭО используется сочетание физических и фармакологических способов их профилак-

тики. Физические методы профилактики ВТЭО обеспечиваются эластической компрессией нижних конечностей и ранней активацией пациентов в рамках концепции fast-track. Фармакологические методы включают преимущественное использование антикоагулянтной терапии, прежде всего низкомолекулярных гепаринов (НМГ), что обеспечивает снижение рисков ВТЭО на 71 %, а ТЭЛА 41-47 %. Несмотря на очевидную эффективность НМГ, в настоящее время остается дискуссионным (до конца неясным) вопрос касающийся дозы последних и сроков их применения.

Согласно Российским клиническим рекомендациям по диагностике, лечению и профилактике ВТЭО 2015 года, бариатрическая хирургия имеет высокую степень риска ВТЭО (по Саргини в модификации АССР) и рекомендуют единую стандартную профилактическую суточную дозу антикоагулянтов у всей категории хирургических больных с высоким риском ВТЭО.

В связи с недостаточным количеством клинических исследований высокого уровня доказательности настоящие рекомендации применения антикоагулянтов хотя и допускают применение более высоких доз НМГ или нефракционированного гепарина, но не содержат четкого алгоритма расчета последней в соответствии с массой тела у бариатрических пациентов.

Так же четко не регламентирована продолжительность профилактического применения антикоагулянтов после бариатрических операций, хотя по данным ретроспективных исследований рост ВТЭО между 7 и 30 сутками после операции возрастает с 0,3 до 1,9 %.

В ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» профилактика ВТЭО у бариатрических пациентов согласно Российским клиническим рекомендациям по диагностике, лечению и профилактике ВТЭО 2015 года, в сочетании с эластической компрессией нижних конечностей, была проведена 54 пациентам (средний индекс массы тела 41,6 кг/м²) по следующей схеме: Эноксапарин натрия – 40 мг за 12 часов до операции, 40 мг ежедневно в 1 раз в сутки в течение 30 дней. При повышенных рисках ССО, или наличии ранее перенесенного тромбоза вен нижних конечностей – 20 мг Эноксапарина

натрия за 2 часа до операции. Кровотечений во время операции и послеоперационном периоде, как и ВТЭО не отмечалось.

Применение низкомолекулярных гепаринов по схеме, рекомендованной Российскими клиническими рекомендациями, при выполнении бариатрических операций является эффективным и безопасным способом профилактики ВТЭО.

ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ РЕТИКУЛЯРНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ковчур О.И., Фетюков А.И., Ковчур П.И.

Петрозаводский государственный университет, г. Петрозаводск

Варикозная болезнь нижних конечностей широко распространённое заболевание, встречается у 15-40 % взрослого населения, причем у 1-2 % из них – это осложненные формы хронической венозной недостаточности.

В настоящее время при лечении варикозной болезни приоритетными методами являются миниинвазивные методики с применением новых технологий и лекарственных препаратов. Это создает оптимальные условия для оказания специализированной помощи в амбулаторных условиях, в «стационарах одного дня».

Цель нашего исследования – выбор оптимального объема комплексного лечения пациентов с ретикулярными венами нижних конечностей с использованием лазеротерапии.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты лазерного лечения 39 пациентов с ретикулярными венами нижних конечностей, находившихся на амбулаторном лечении за период с 2013 по 2016 годы в возрасте от 25 до 42 лет. Все пациенты женщины, которые имели ретикулярные вены на нижних конечностях по рассыпному типу. 23-м ранее выполнялась склеротерапия ретикулярных вен. До выполнения процедуры всем выполнялось триплексное ангиосканирование вен нижних конечностей для оценки наличия горизонтального или вертикального рефлюксов.

Результаты. Всем 39 женщинам выполнялась методика чрескожной лазеротерапии ретикулярных вен с использованием диодного лазера «Лазермед 10-01» с длиной волны 1,06 мкм или Nd:YAG лазера (1064 нм). Данная методика проводилась в амбулаторных условиях с использованием местной кожной анестезии препаратами типа «Эмла» или «Анестоп» или без нее. При использовании диодного лазера использовался гибкий световод с диаметром лазерного пятна 0,6 мм в непрерывном режиме работы. При применении Nd:YAG лазера на кожу обрабатываемого участка наносится охлаждающий контактный гель, и лазерная головка прикладывается к коже и производится воздействие непосредственно на вену в заранее выбранной зоне.

После лечения всем пациентам назначались флеботоники (флебавен или детралекс) 1 раз в день 1-2 месяца, местно на обработанные участки кожи пантенол аэрозоль 2-3 раза в сутки 1-2 дня или 1 % адвантан гель 1 раз в сутки.

Курс лечения 4-5 процедур с интервалом 3-4 недели.

Отдаленные результаты изучены у 33 пациентов. Хорошие результаты отмечены у 97 %. У 3-х отмечались кровоподтеки, у 2-х незначительный отек в зоне обработанных ретикулярных вен, которые купировались в течение недели после процедуры.

Заключение и выводы. Таким образом, применение чрескожной лазерной коагуляции ретикулярных вен в комплексном лечении варикозной болезни нижних конечностей весьма оправдано у данной группы пациентов. Этот метод косметичен, избирательно воздействует на измененную вену и обладает меньшим риском возникновения послеоперационных осложнений.

ЛЕЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ВАРФАРИНОТЕРАПИИ

Крылов А.Ю., Шулутко А.М., Петровская А.А., Хмырова С.Е.

УКБ№4 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Цель исследования – разработка алгоритма комплексного лечения хирургических осложнений пролонгированной варфаринотерапии.

Материалы и методы. Пролечили 116 больных с хирургическими осложнениями пролонгированной варфаринотерапии. Все пациенты (32 больных – 27,6 % с ТГВ нижних конечностей и 84 больных – 72,4 % с различной кардиальной патологией) получали варфарин в течение года и более. Ретромбозы диагностировали у 10 больных, кровотечения – у 106 больных. Проводили клиническое, инструментальное обследование и лабораторную оценку системы гемостаза, включавшую глобальные тесты – тест тромбодинамики и ТЭГ.

Результаты. Из 116 больных 67 были пролечены консервативно, 27 больных были оперированы (25 – в экстренном порядке, 2 пациента – через двое суток от момента поступления), 20 пациентам выполнен эндоскопический гемостаз, двоим пациентам выполнили пункцию гематомы под УЗ-контролем. У большинства больных (8) с повторными ВТЭО лечение сводилось к коррекции АКТ (назначением НФГ или НМГ с последующим возобновлением лечения варфарином в подобранных дозах). У 2 больных потребовалось проведение хирургической профилактики ТЭЛА на фоне развития жизнеугрожающей флотации в магистральных венах. Лечение 3 групп больных с геморрагическими осложнениями длительной варфаринотерапии зависело от клинической картины и степени выраженности коагулопатии. Для лечения 49 больных (1 гр.) с незначительными гематомами без показаний к операции и МНО $\geq 9,5$ применяли внутривенное введение витамина К в дозе 10 мг 2 раза в сутки в течении первых 2-3 суток, что привело к снижению показателя МНО до терапевтического диапазона. Для лечения 32 больных (2 гр.) с клинически значимым, но остановившимся кровотечением

на фоне повышения МНО до 5,8, помимо в/в введения витамина К дополнительно применяли трансфузию СЗП в дозе 15-20 мл/кг. 12 больным этой группы с развившимся т.н. «синдромом сдавления» (футлярным синдромом) выполнили хирургическое вмешательство. Комбинированная терапия СЗП и витамином К оказалась достаточно эффективна у всех пациентов и позволила выполнить хирургические операции с минимальным риском. Лечение 25 больных (3 гр.) с продолжающимся кровотечением на фоне тяжелой варфаринассоциированной коагулопатией с МНО от 5 до 7,5 провели с дополнительным к в/в введению витамина К и СЗП в/в введением концентрата протромбинового комплекса («Протромплекс 600», «Baxter» Австрия) в дозе 600-1200 МЕ в сутки в зависимости от исходного МНО. Для остановки кровотечения 13 больным этой группы после коррекции гемостаза потребовалось хирургическое вмешательство, которое было успешно выполнено на фоне применения КПК. Контроль системы гемостаза во всех группах осуществляли стандартными лабораторными показателями и глобальными тестами (ТЭГ и тест тромбодинамики), эффективность которых в группах была различной.

Выводы. Хорошие результаты лечения и отсутствие фатальных исходов во всех группах больных с хирургическими осложнениями пролонгированной варфаринотерапии доказывают адекватность разработанного алгоритма лечения этой категории больных.

ПРОФИЛАКТИКА ТЭЛА ПРИ ИНФРАИНГВИНАЛЬНЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗАХ

**Ларьков Р.Н., Сотников П.Г., Колесников Ю.Ю.,
Загаров С.С., Петраков К.В., Казанский М.Ю.,
ГБУЗ МО МОНКИИ им. М.Ф. Владимирского, Москва**

Актуальность. Необходимость профилактики тромбоэмболии лёгочной артерии является определяющим фактором при лечении пациентов с тромбозами в системе нижней полой вены.

Материалы и методы: с 2003 по 2017 годы в отделении хирургии сосудов и ИБС МОНКИИ им. М.Ф. Владимирского находилось на лечении 182 пациента с тромбозами магистральных вен инфраингвинальной зоны. Основным диагностическим исследованием для нас является дуплексное сканирование НПВ и вен нижних конечностей, позволяющее определить: 1) Локализацию и характер тромбоза. 2) Протяженность флотирующего участка тромба. 3) Характер флотации. На основании полученных клинических и ультразвуковых данных нами разработана тактика хирургического лечения, основанная на определении локализации, распространенности и характера флотирующего тромба. Критериями эмболоопасного флотирующего тромба нами определено наличие флотирующей части тромба более 30 мм при полной флотации (свободно расположенный в просвете тромб с наличием асинхронного со стенкой вены движения в поперечном направлении по отношению к оси сосуда). Выявление у пациентов эмболоопасного флотирующего тромба являлось показанием к проведению хирургического лечения (140 пациентов). 1. При эмболоопасном флотирующем тромбе общей бедренной вены (ОБВ), исходящем из большой подкожной вены, выполнялась тромбэктомия из ОБВ с кроссэктомией (33 пациента); 2. Флотирующий тромб в ОБВ, исходящий из поверхностной бедренной вены являлся показанием для тромбэктомии из ОБВ с лигированием поверхностной бедренной вены в месте слияния с глубокой веной бедра рассасывающейся нитью (50 пациентов); 3. Изолированное лигирование рассасывающейся нитью поверхностной бедренной вены выполнялось при флотирующем тромбе в поверхностной бедренной, подколенной и суральных венах (25 пациентов); 4. Кроссэктомия либо лигирование малой подкожной вены в области сафено-подколенного соустья были осуществлены при флотирующем тромбе в большой и/или малой подкожных венах (32 пациента). Консервативная терапия проводилась у 42 пациентов (33 пациента с частичной флотацией тромба (прикрепление флотирующей верхушки тромба к стенке вены хотя бы в одном месте) и 9 пациентов с длиной флотирующего тромба менее 30 мм).

Результаты и обсуждение. В ближайшем послеоперационном периоде летальных исходов и ТЭЛА не было. Ретромбоз ОБВ через 3 мес. после тромбэктомии выявлен в 3 случаях (3,6 %). Необходимо отметить, что проводя контрольные ультразвуковые исследования глубоких вен нижних конечностей пациентам с лигированной поверхностной бедренной веной (75 пациентов) в сроки наблюдения от 6 месяцев, нами было выявлено, что у 33 (44 %) пациентов произошла реканализация с восстановлением просвета и кровотока по поверхностной бедренной вене в месте ее перевязки рассасывающейся нитью, а у 18 (24 %) – частичное восстановление просвета вены. У 24 (32 %) больных сохранялась ее окклюзия.

Рецидивирующих ТЭЛА в отдаленном послеоперационном периоде зарегистрировано не было. Среди 42 больных, получавших консервативную терапию, развития ТЭЛА не отмечено.

Заключение: различные виды и способы хирургических пособий при эмболоопасных флотирующих тромбах инфраингвинальной локализации венозных тромбозов являются эффективным методом профилактики ТЭЛА. Лигирование поверхностной бедренной вены целесообразно выполнять рассасывающейся нитью, это позволяет ожидать восстановления проходимости поверхностной бедренной вены.

В случае частичной флотации и длине флотирующего участка тромба менее 30 мм целесообразно проведение консервативной терапии.

КРИТЕРИИ НОРМЫ И ПАТОЛОГИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ПО ДАННЫМ БЕСКОНТРАСТНОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ФЛЕБОГРАФИИ

**Мазайшвили К.В., Пендюрин М.С., Щедряков В.В.,
Айткулов А.И., Кудин А.А., Коломыц Р.А.,
Любарский И.И., Мальцева В.А.**

Сургутский государственный университет, ХМАО Югры, г. Сургут

В литературе крайне мало описания нормальной анатомии вен забрюшинного пространства, а само понятие «нормы» размыто особенностями организма каждого отдельного человека. Введение в практику понятия нормы для вен забрюшинного пространства в настоящее время назрело и созрело. Это связано с успешным внедрением в клинику эндоваскулярных методов, в частности, стентирования обеих полых вен и их крупных притоков.

Цель: определить критерии нормы и патологии для магистральных вен забрюшинного пространства исходя из их размеров и расположения.

Методы: проведена бесконтрастная магнитно-резонансная флебография у 240 пациентов. Исследование проводилось в двух центрах: в Москве на магнитно-резонансном томографе производства GE 1,5 Т и в Сургуте на магнитно-резонансном томографе производства Philips 1,5 Т. Во всех случаях контрастное усиление не применялось. Томография выполнялась в положении лежа с синхронизацией по дыханию. Из базы данных выбиралась группа относительно здоровых (не имеющих клинически значимой патологии вен нижних конечностей и «ровные» вены в забрюшинном пространстве). Определялись размеры вен и их расположение в пространстве. На основании полученных данных строилась 3D модель. Следующим этапом, через полученную модель пропускалась виртуальную жидкость. Получаемые скоростные и объемные показатели, а также зоны турбулентности фиксировались. Одновременно брались результаты обследования пациентов с больных с грубой венозной патологией – как клинически, так и

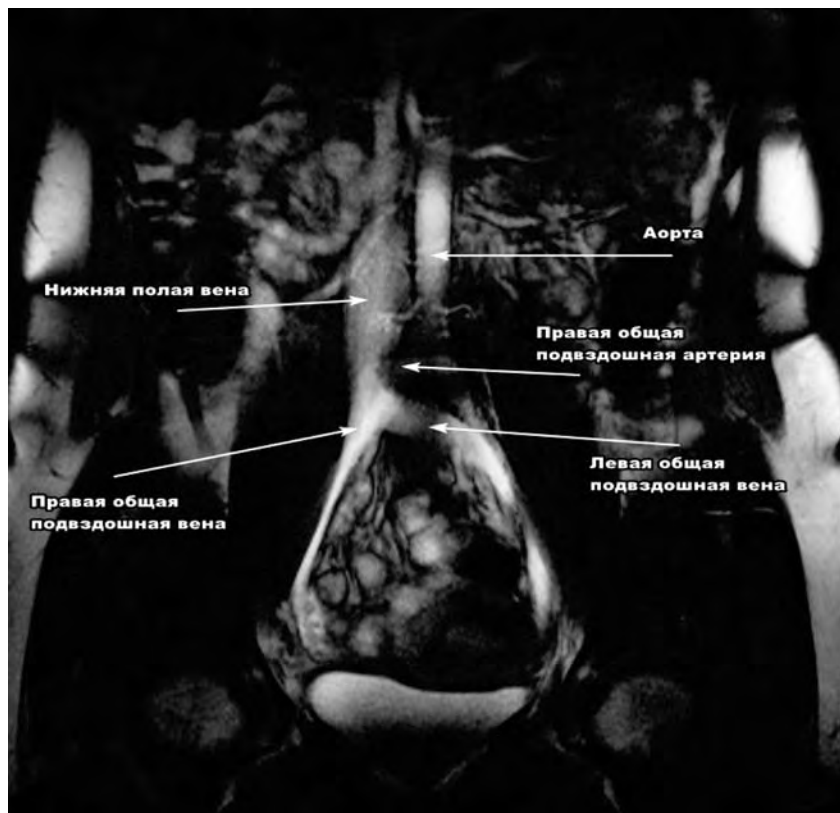


Рис. 1. Магистральные вены забрюшинного пространства по данным МР-флебографии

по данным МР-флебографии. В конечном итоге «сужаясь» с двух противоположных сторон мы выходим на понимание вариантов нормы и патологии.

Результаты. На рисунке 1 представлена реконструкция сосудов забрюшинного пространства. Основной веной, обеспечивающей отток крови от нижней конечности, является наружная подвздошная вена (*v. Iliaca externa*). Ход и размер ее не сильно



Рис. 2. МР-ангиограмма (поперечное сечение) в месте измерения нижней полой вены

вариабельны у пациентов, которые не переносили ранее тромбоз в этом сегменте. У части пациентов мы встретили сужение этой вены в месте бифуркации общей подвздошной артерии. Степень сужения достаточно вариабельна, причем пока мы не выявили зависимости между степенью и частотой ее встречаемости справа и слева. Далее наружная подвздошная вена на уровне крестцово-подвздошного сочленения соединяется с внутренней подвздошной

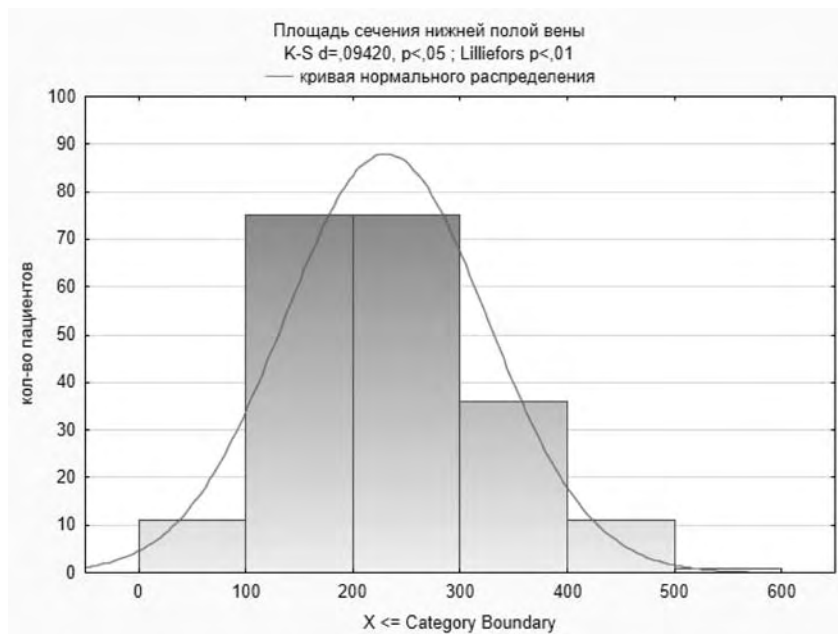


Рис. 3. Распределение пациентов по площади сечения нижней полой вены

венной и образует общую подвздошную вену. Направляясь вверх к средней линии правая и левые общие подвздошные вены на уровне IV и V поясничных позвонков сливаются правее срединной линии и образуют нижнюю полую вену (*v. Cava inferior*). Дистальнее места слияния, на уровне IV поясничного позвонка мы встретили еще один вариант эктавазальной компрессии или «щелкунчика» – когда правая (также, как и левая общая подвздошная вена) «зажимается» между телом IV поясничного позвонка, большой поясничной мышцей и одноименной артерией.

В одном из вариантов измерялась площадь сечения просвета нижней полой вены тотчас выше места слияния общих подвздошных вен.

Представленная на рисунке 3 гистограмма наглядно демонстрирует распределение площадей, близкое к нормальному. В среднем площадь сечения нижней полой вены составила 230,7 мм² (SD 95; range 61-523).

Выводы. Таким образом, бесконтрастная МР-флебография имеет большие перспективы для клинической практики. Она позволяет не только прижизненно и неинвазивно очень качественно оценить анатомию венозной системы, но и оценить гемодинамику в этих венах. Возможности 3D моделирования сулят нам, хирургам поистине фантастические перспективы, прежде всего в отработке множества вариантов хирургического вмешательства на виртуальной модели венозной системы конкретного пациента перед реальным вмешательством.

МЕХАНО-ХИМИЧЕСКАЯ ОБЛИТЕРАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫХ ФОРМ ХЗВ

Максимов С.В.¹, Маркин С.М.², Сорокин В.Е.¹

¹ООО «Норд Клиник», г. Дмитров,

²Санкт-Петербургская клиническая больница РАН, Санкт-Петербург

По данным международного эпидемиологического исследования Vein Consult декомпенсированные формы ХЗВ (СЕАР С4-С6) встречаются не менее чем у 9 % населения развитых стран. Основными причинами являются посттромботическая болезнь и варикозная болезнь вен нижних конечностей. Актуальность ликвидации патологического венозного рефлюкса в последнем случае не вызывает сомнений.

Цель. Оценить эффективность применения механо-химической облитерации подкожных вен с использованием катетера Flebogriif в лечении пациентов с декомпенсированными формами ХЗВ.

Материалы и методы. В исследование вошли 6 пациентов (5 женщин и 1 мужчина) с варикозной болезнью вен нижних конечностей (клинический класс С4-С6 по СЕАР) в возрасте

от 53 до 85 лет (средний возраст 74 года). У всех пациентов по данным УЗДС отмечен распространенный рефлюкс в бассейне БПВ. Диаметр ствола подкожной вены в приустьевом отделе составил от 6,8 до 10,0 мм (в среднем 8,1 мм), на бедре – от 5,8 до 10,0 мм (в среднем 7,3 мм). Во всех случаях имел место i-тип строения БПВ. Выраженность варикозного синдрома варьировала, однако вовлеченность притоков в воспалительный, инфильтративный или посттромботический процесс не предполагала их обработку на первоначальном этапе лечения.

Всем пациентам была проведена механо-химическая облитерация ствола БПВ катетером Flebogrif по стандартной методике. Протяженность воздействия у 3 пациентов была ограничена уровнем коленного сустава, у 2 – верхней третью голени и у 1 пациентки – средней третью голени. Во всех случаях использовалось однократное прохождение катетера с одновременным введением микропенной формы склерозанта (Фибро-вейн 3 %) из расчета 1 мл на 5 см. Непосредственно после процедуры на конечность надевался компрессионный чулок 2 класса компрессии. Дополнительная локальная компрессия не использовалась.

Результаты. Интраоперационных осложнений ни в одном случае не отмечено. Все пациенты отметили хорошую переносимость и минимальный уровень болевых ощущений в ходе процедуры.

Контрольные осмотры проводились на 2, 7 и 30 сутки. Первичная окклюзия БПВ отмечена у 5 пациентов. В одном случае зарегистрировано сегментарное сохранение просвета БПВ в средней трети бедра, обусловленное техническими погрешностями проведения процедуры. Пациентке проведена эхосклерооблитерация сегмента БПВ с положительным результатом. Еще 2 пациентам проведена эхосклерооблитерация приустьевых притоков (заднее-медиальный и передний добавочный притоки). Длина культи БПВ составила от 5,0 до 16,0 мм (в среднем 9,5 мм).

Клинически все пациенты отметили положительный эффект от проведенного лечения. В частности, у пациентки с клиническим классом С6 удалось добиться заживления трофической

язвы. У остальных пациентов купирован отечный синдром, отмечен регресс субъективной симптоматики.

Выводы. Механо-химическая облитерация является эффективным способом устранения венозного рефлюкса у пациентов с декомпенсированными формами ХЗВ, имеет меньшую травматичность в сравнении с эндовенозной термооблитерацией и может быть рекомендована, как метод выбора у пациентов старшей возрастной группы.

ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГИДРОАКТИВНЫХ ПОВЯЗОК

Малахов Ю.С.

Многопрофильная клиника ЦЭЛТ, Москва

Цель. В настоящее время венозные трофические язвы встречаются у 2 % взрослого населения индустриально развитых стран, а в общей структуре нарушений трофики кожи язвы венозной этиологии составляют 70-75 %. Целью исследования был анализ эффективности этапного лечения трофических язв венозной этиологии с последовательным использованием методов термооблитерации и лечения язвенных дефектов кожи во влажной среде.

Материал и методы: за период с 2015 по 2017 гг. в клинике проходили лечение 19 больных с венозными трофическими язвами на голених, причиной возникновения которых являлась варикозная болезнь. Возраст пациентов составлял от 43 до 76 лет, длительность заболевания (варикозная болезнь) от 7-х до 29 лет. Площадь язвенного дефекта составляла от 4 до 72 квадратных сантиметров. Состояние венозной гемодинамики оценивалось на основании ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС) как до операции, так и в послеоперационном периоде.

Всем 19 пациентов первым этапом с целью устранения вертикального вено-венозного рефлюкса выполнены различные методы термооблитерации: у 17 (89,5 %) пациентов большой

подкожной вены, у 2 (10,5 %) – малой подкожной вены, при этом РЧО проведено у 15 (79 %) больных, ЭВЛК – у 4 (21 %) пациентов. В ближайшем послеоперационном периоде в 100 % случаев при УЗДС достигнута облитерация целевой вены. Далее, после ликвидации вертикального рефлюкса, вторым этапом проводилось местное лечение трофических язв с использованием гидроактивных повязок компании. Такая тактика базировалась на концепции влажного заживления язвенных дефектов и предполагает создание благоприятного климата, схожего с естественным, что стимулирует аутолитическое очищение раны, пролиферацию фибробластов и кератиноцитов, сохранение локального клеточного иммунитета. В нашем исследовании мы последовательно использовали современные высокотехнологичные перевязочные материалы, призванные обеспечивать заживление во влажной среде: раневые покрытия Hydro Clean plus и Hydro Tас (фирма Paul Hartman, Германия) и создающих эти условия. Первый вид повязок Hydro Clean plus мы применяли до полного очищения язв от фибрина и гнойного отделяемого (фаза экссудации), повязки Hydro Tас использовали на чистые язвенные поверхности на фоне активного развития грануляционной ткани (фаза эпителизации).

Всем пациентам проводилось а амбулаторных условиях компрессионным трикотажем 2 и 3 класса компрессии, а также флебодинамическая терапия в течение 2-х месяцев, а также лечение оральными антикоагулянтами в течение 10-12 дней после термооблитерации. Смена повязок выполнялась 1 раз в 3 дня, структура повязок предусматривает легкое и безболезненное отделение раневого покрытия от язвенной поверхности.

Результаты и обсуждение: результаты лечения прослежены у 15 (78,9 %) пациентов в сроки от 6 до 12 месяцев. Полное очищение язвенных дефектов (фаза экссудации) от фибрина и некротических тканей заняло от 17 до 39 дней, средний срок составил 25,3 суток. Продолжительность фаз грануляции и эпителизации зависела от глубины язвенно-некротического поражения тканей и площади язвенного дефекта. При этом отмечено значительное снижение активности репаративных процессов у пациентов, стра-

дающих сахарным диабетом (диабетическая ангиопатия) и облитерирующими поражениями артерий нижних конечностей. Сроки полной эпителизации трофических язв после операции составили от 45 до 117 суток.

Выводы: таким образом, проведенное исследование показало высокую клиническую эффективность раневых покрытий Hydroclean plus и Hydrotac в лечении венозных трофических язв. Инновационное строение данных повязок соответствуют современным взглядам на этиопатогенез хронических ран на фоне декомпенсации венозного кровообращения, позволяющее эвакуировать экссудат и токсические компоненты из раны, сохраняя высокую влажность и обеспечивая надлежащий газообмен. При этом в области раны поддерживается оптимальный температурный режим, предотвращается вторичное инфицирование, устраняется неприятный запах, а процесс смены повязок происходит практически безболезненно для пациента.

ВАРИКОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ ВЕН МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН И МУЖЧИН

**Мамедов Р.Э.¹, Капто А.А.², Мазайшвили К.В.³,
Виноградов И.В.³, Харпунов В.Ф.¹, Хлевтова Т.В.⁴**

¹Городская клиническая больница им. Е.О. Мухина, ²РУДН, Москва
³Сургутский государственный университет, ХМАО-Югры, г. Сургут
⁴НМХЦ им Н.И. Пирогова, Москва

Введение. Варикозная болезнь вен малого таза (ВБВМТ) развивается как у женщин, так и у мужчин, проявляется хроническими тазовыми болями разной степени интенсивности и развитием сопутствующих заболеваний мочеполовой системы. Анализ данной литературы о строении, анатомических вариантах венозного оттока малого таза, связей венозных сплетений с системами почечных и подвздошных вен показал взаимосвязь наличия синдрома Мея-Тернера с развитием тазового венозного полнокровия у мужчин и женщин.

Материалы и методы исследований. Основной причиной тазового венозного полнокровия считается развитие рефлюкса по яичковой или яичниковой венам из-за отсутствия в них клапанов или наличия аортomezентериального пинцета. Основным методом хирургического лечения является резекция или эмболизация яичниковых вен или операции варикоцелеэктомии у мужчин. Однако в части случаев у пациентов сохраняется болевой синдром и развивается рецидив варикозного расширения вен мошонки и/или малого таза.

С апреля по сентябрь 2017 совместно с урологами (Капто А.А.) были обследованы пациенты с ВБВМТ. В группу вошли 7 мужчин и 2 женщины. По данным МРТ венографии был выявлен синдром Мея-Тернера. Всем пациентам выполнили флебографию, данные которых подтвердили наличие артериовенозного конфликта, ставшего причиной развития тазового венозного полнокровия.

Всем пациентам было проведено эндоваскулярное лечение – ангиопластика и имплантация венозного стента в левую общую подвздошную вену.

Выводы. Варикозная болезнь вен малого таза развивается у пациентов обоих полов и имеет похожие симптомы. Одной из причин тазового венозного полнокровия является синдром Мея-Тернера, эндоваскулярное лечение которого показало высокую эффективность.

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕТРОМБОТИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИЙ ПОДВЗДОШНЫХ ВЕН

**Мамедов Р.Э.¹, Мазайшвили К.В.², Капто А.А.³,
Виноградов И.В.³, Харпунов В.Ф.¹, Хлевцова Т.В.⁴**

¹ГБУЗ городская клиническая больница им. Е.О. Мухина, Москва,
²Сургутский государственный университет, ХМАО-Югры, г. Сургут,
³РУДН, ⁴НМХЦ им Н.И. Пирогова, Москва

Введение. Синдром тазовой конгестии у мужчин и женщин труден для диагностики и может быть причиной хронических заболеваний мочеполовой системы: рецидивирующего варикоцеле, хронического простатита, поликистоза яичников, хронической тазовой боли. Неудовлетворенность результатами хирургического и эндоваскулярного лечения и развитие методов визуализации заставляет еще раз проанализировать анатомию венозной системы малого таза и возможные причины нарушения оттока по системе подвздошных вен. Наиболее часто синдром Мэй – Тернера встречается у женщин и мало известно, что у мужчин данный синдром может являться причиной таких заболеваний как хронические тазовые боли, рецидивирующее варикоцеле, нарушения эрекции.

Материалы и методы исследования. В ГКБ им. Мухина с января 2016 по август 2017 было прооперировано 7 пациентов с нетромботическими окклюзиями подвздошных вен (с синдромом Мея-Тернера). В группе было 5 мужчин и 2 женщины. Мужчины были консультированы урологом по поводу рецидивирующего одно- и двухстороннего варикоцеле – 3 пациента, нарушений эрекции различной степени выраженности – 3 пациента, хронических тазовых болей – 5 пациентов. Пациентов беспокоили хронические тазовые боли, они были обследованы гинекологом, патологии органов малого таза не выявлено, воспалительные заболевания мочеполовой системы лечились консервативно.

Всем пациентам было выполнено МРТ флебография малого таза, по результатам которой были выявлен стеноз левой

общей подвздошной вены (синдром Мея-Тернера) различной степени выраженности.

Результаты лечения. Всем пациентам было выполнено оперативное лечение – ангиопластика и стентирование левой подвздошной вены. В 6 случаях доступ был осуществлен через подколенную вену, в 1 случае – через общую бедренную вену. Технически все операции прошли успешно, во всех случаях был имплантирован стент – Wallstent, диаметры и длину стентов определяли по данным флебографии. В 1 случае – было имплантировано 2 стента диаметром 18 мм при артериовенозной компрессии на двух уровнях.

Послеоперационное ведение пациентов включало в себя: контрольное ультразвуковое исследование на 2-е, 7-е сутки далее через 2 недели и через 2 месяца после операции. Назначена антикоагулянтная терапия – ривароксабан 20 мг 1 раз в день. По данным ультразвукового исследования в динамике тромбозов стентов не выявлено.

Заключение. Эндovasкулярное хирургическое лечение в случаях развития артериовенозных конфликтов малого таза является эффективным и этиологически обоснованным методом лечения. Однако, необходим междисциплинарный подход для определения показаний к эндovasкулярному лечению и дальнейшему контролю симптомов заболеваний.

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НЕТУМЕСЦЕНТНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИВАЛЕНТНОЙ АЛЛЕРГИЕЙ НА МЕСТНЫЕ АНЕСТЕТИКИ

Маркин С.М., Максимов С.В., Климчук И.П.,
Мордовин А.И., Ястремская Я.В.

Санкт-Петербургская клиническая больница РАН, Санкт-Петербург

Введение. Термальные тумесцентные способы остаются «золотым стандартом» лечения варикозной болезни. Используемая при этом местная анестезия определяет быструю реабилитацию и

низкое количество осложнений обезболивания. В последнее время значительно увеличилась частота лекарственных аллергий, среди которых аллергия на местные анестетики достигает до 4,2 % всех эпизодов. Внедряемые нетермальные методы облитерации не требуют создания тумесцентной «подушки» при проведении практически безболезненных (ВАШ<1), что позволяет рассматривать их как вариант вмешательства в подобных случаях. Единственной инвазивной составляющей подобных операций является постановка интродьюссера.

Цель. Определить возможность выполнения нетумесцентных методов (механохимической облитерации, облитерации с использованием цианакрилата) у пациентов с поливалентной аллергией на местные анестетики при полном отказе от использования анестезии.

Методы. В исследовании приняли участие 100 пациентов, 63 % – женщины, а 37 % – мужчины. Все пациенты дали письменное согласие на участие в исследовании. Пациенты разделены на 2 группы, не отличающиеся по полу, возрасту, классу венозной недостаточности. Перед выполнением венепункции тонкой иглой G21 в первой группе выполнялась предварительная анестезия 0,08 % раствором лидокаина, во второй группе – нет. Оценка выраженности болевого синдрома производилась по шкале ВАШ непосредственно после постановки 6 F интродьюссера. В последующем у всех пациентов выполнялась стандартная ЭВЛК с оценкой выраженности болевого синдрома во время выполнения тумесценции. Нами использовался стандартный раствор комнатной температуры: 0,9 % натрия хлорида – 1000 мл, 10 % лидокаина – 8 мл, 0,1 % адреналина – 0,4 мл, 4 % натрия гидрокарбоната – 25 мл. При выполнении тумесценция использована помпа и тонкая игла G21.

Результаты. Среднее значение боли в первой группе при выполнении венепункции составило $0,8 \pm 1,1$; венепункция в группе без анестезии оценивалась предсказуемо более болезненно, среднее значение боли – $2,74 \pm 2,5$ ($p < 0,05$). Выполнение тумесцентной анестезии воспринималось как несколько болезненная процедура, среднее значение боли среди 100 обследованных составило

2,24±2,1. При этом статистической разницы по уровню боли между выполнением тумесцентной анестезии при ЭВЛО и постановкой интродьюсера без предварительной анестезии выявлено не было ($p > 0.05$).

Выводы. В случае выполнения нетумесцентных нетермальных методов у пациентов с поливалентной аллергией возможен полный отказ от использования анестетика. Испытываемая пациентами боль при выполнении венепункции и постановке интродьюсера в этом случае не превышает стандартных показателей тумесцентных методов, а сама процедура окклюзии (по результатам международных исследований < 1) окажется практически безболезненной.

ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭНДОВАЗАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ПОСТОЯННОГО ПРИЕМА ДАБИГАТРАНА ЭТЕКСИЛАТА

Маркин С.М., Мордовин А.И., Ястремская Я.В., Каменев В.М.
Санкт-Петербургская клиническая больница РАН, Санкт-Петербург

Введение. В настоящее время в практике хирургов появляется все больше пациентов, находящихся на пожизненном или неопределенно долгом приеме современных оральных антикоагулянтов, значительную часть которых составляют пациенты с фибрилляцией предсердий. Ежегодно до 20 % из них нуждаются в выполнении различного рода инвазивных процедур, вмешательств, в том числе и операций на поверхностных венах нижних конечностей. При этом вопрос о необходимости перехода на периоперационное применение низкомолекулярных гепаринов («мост-терапии») однозначного решения не получил. В актуальных клинических исследованиях (BRUISE CONTROL trial -2, RE-LY) описывается отсутствие преимуществ «мост-терапии» перед непрерыванием антикоагуляции у пациентов с промежуточным или низким риском тромбоемболии. Малотравматичные эндоваску-

лярные операции, к которым относится и ЭВЛК, имеют низкие риски эмболии и кровотечений, а следовательно, непрерывная антикоагуляция может рассматриваться как вариант периоперационного ведения данной группы больных.

Цель. Оценить возможность выполнения эндовенозной лазерной коагуляции поверхностных вен нижних конечностей у пациентов с фибрилляцией предсердий на фоне постоянного приема Дабигатрана этексилата (Прадакса), уточнить особенности течения послеоперационного периода.

Материалы и методы. В период с сентября 2015 по август 2017 было проведено 12 ЭВЛК поверхностных вен нижних конечностей у пациентов, находящихся на постоянном приеме Дабигатрана этексилата 150 мг 2 раза в сутки в связи с постоянной формой фибрилляции предсердий. Из них 8 женщин (67 %) и 4 мужчин (33 %). Средний возраст пациентов 63±4.17 лет. Баллы $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$ – 1.67±0.56. При проведении оперативного вмешательства режим антикоагулянтной терапии не изменялся. Во всех 100 % оперативных вмешательств выполнялась изолированная ЭВЛК большой подкожной вены с использованием радиальных световодов, длины волны 1470 нм, LEED 70 Дж/см, аппаратной тракции. Осмотр кардиологом выполнялся на 3 сутки после вмешательства. Осмотр на лечащим врачом-хирургом 1,3,7 и 30 сутки сопровождался контрольным дуплексным сканированием. Оценка геморрагических осложнений выполнялась по аналогии с примененными в BRUISE CONTROL trial -2, RE-LY методикам, определялись частота и характер кровотечений, необходимость амбулаторного и стационарного лечения, размеры и сроки разрешения гематом.

Результаты. В 100 % случаях достигнута облитерация целевой вены. Интраоперационно и в послеоперационном периоде не выявлено ни одного эпизода кровотечения, требовавшего повторного вмешательства, переливания крови или наблюдения в стационаре. В единичном случае (8.3 %) к 30 суткам оставались признаки разрешающейся гематомы на бедре в области установки интродьюсера. Клинических признаков эмболических

осложнений выявлено не было, в ходе контрольных ультразвуковых сканирований термоиндуцированных тромбозов не зафиксировано. Во всех случаях гематомы являлись ненапряженными, имели ограниченный характер без тенденции к распространению.

Выводы. Полученные нами первые данные свидетельствуют о стабильном течении послеоперационного периода после выполнения изолированной ЭВЛК у пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий с сохранением стандартной схемы антикоагулянтной терапии. В нашем исследовании не выявлено тенденции к увеличению частоты послеоперационных геморрагических и тромботических осложнений.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ НА ФОНЕ ВЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Мовчан К.Н., Исхаков Р.Б., Русакевич К.И., Коваленко А.В.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Актуальность. Улучшение результатов оказания медицинской помощи (МП) больным трофическими язвами нижних конечностей (ТЯ НК) – одна из задач хирургии. Случаи ТЯ НК на фоне явлений венозной недостаточности (ВН) НК должны настоятельно раживать в плане приоритетности основного и сопутствующего заболеваний, обуславливающих дефекты покровных тканей на ногах. Особое внимание в подобных ситуациях следует придавать сочетанию т.н. синдрома диабетической стопы (СДС) с ВН НК т.к. в данных наблюдениях клинические проявления ТЯ обретают отличительные черты.

Цель исследования: идентифицировать особенности клинической картины ТЯ НК в случаях сочетания СДС и ВН НК.

Методы. Проанализированы данные о результатах оказания МП 635 пациентам, у которых в 472 наблюдениях верифицированы признаки СДС, ВН и сочетание этих состояний (СДС + ВН). Данные о 135 больных, у которых ТЯС развивались на фоне сочетания СДС + ВН проанализированы в сравнении с таковыми при солитарных наблюдениях СДС и ВН.

Результаты. Выявлено что, клиническая картина ТЯС у пациентов с СДС + ВН отличается рядом особенностей: преобладание единичных (90 %) язвенных дефектов преимущественно у женщин (65,2 %) в возрасте 60 лет и старше (73,4 %); при доминировании левостороннего (55,5 %) поражения поверхностных (90,4 %) структур мягких тканей с локализацией ТЯ на тыльной поверхности (41 %) стоп с размерами не превышающими 10 см² (78,6 %), сочетающимися с симметричным отеком в средних/3 голени (60,5 %) и варикозным расширением вен НК в бассейне большой подкожной вены (70,9 %); гиперкератоз стоп (42,2 %); изменения клинических и биохимических анализов крови (анемия – 38,4 %, лейкоцитоз – 57,8 %, гипопропротеинемия – 30,8 %, гиперхолестеринемия – 20 %, повышение уровня трансаминаз – 58,4 %).

Эти особенности течения ТЯ НК нельзя не учитывать при оказании МП больным ТЯС, сочетанной патологией особенно у людей старшей возрастной группы т.к. они располагают меньшими адаптационными возможностями организма и у них, в отличие от пациентов молодого возраста, отмечается более выраженный риск анестезиологического и хирургического пособий.

Обсуждения и выводы. Особенности клинической картины ТЯС при сочетании СДС и ВН НК должны обязательно учитываться в плане своевременности диагностики этого варианта заболевания. Дифференцированный выбор технологий лечения (консервативное/хирургическое) с обоснованием объема операций в этих случаях необходим и оправдан т.к. позволяет максимально объективно прогнозировать результаты оказания МП больным с учетом содержания мероприятий целенаправленного наблюдения за такими пациентами после завершения их хирургического лечения.

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЭМБОЛОГЕННЫМИ ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЗАМИ

Небылицин Ю.С.

Витебский государственный медицинский университет, г. Витебск

Цель. Сравнение различных методов лечения пациентов с эмбологенными венозными тромбозами.

Материал и методы. В исследование включено 66 пациентов с эмбологенными тромбозами системы нижней полой вены. В зависимости от проводимого лечения все пациенты были разделены на три группы. В первой группе пациентам с куполообразным флотирующим тромбозом проводилось консервативное лечение. Показаниями для консервативного лечения являлся куполообразный флотирующий тромб: широкое основание свободной проксимальной части, малые линейные размеры (до 35 мм), отсутствие колебательных движений верхушки, тромбы высокой плотности. Во второй группе производилась перевязка магистральной вены, в третьей группе пациентам применялась открытая паллиативная тромбэктомия из магистральной вены. Показаниями для оперативного лечения являлись: размер флотирующей части тромба превышает 35 мм; диаметр основания флотирующей части тромба меньше протяженности головки тромба (узкое основание); диаметр флотирующей части тромба меньше в два раза диаметра просвета венозного сосуда; «рыхлые» неорганизованные тромботические массы; наметившаяся линия отрыва флотирующей части тромба. Протяженность свободной проксимальной части тромба 35 мм считалась условной (могла быть больше или меньше 35 мм) и для установления показаний для оперативного лечения учитывались все вышеперечисленные признаки.

Результаты. В послеоперационном периоде у пациентов в группах 2 и 3 прогрессирование тромбоза выше лигатуры не наблюдалось ни в одном случае. У пациентов после проведения тромбэктомии симптомы венозного стаза регрессировали с небольшими остаточными явлениями (пастозность нижних конечностей)

в течение 10-14 суток. В группах 1 и 2 наблюдались стойкий отек нижней конечности, усиливающийся после физической нагрузки, а также боли ноющего характера в икроножных мышцах. У пациентов группы 3 стойкого отека нижней конечности и как следствие болевого синдрома не отмечалось ни в одном случае, а беспокоили лишь боли в области послеоперационной раны.

У всех пациентов интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде ТЭЛА не отмечалось ни в одном случае, а общее количество осложнений (кровотечение, лимфоррея, нагноение, инфильтрат) остается невысоким.

Выводы:

1. Наиболее эффективным методом предотвращения ТЭЛА и хронической венозной недостаточности нижних конечностей при сегментарных эмболоопасных тромбозах является тромбэктомия.

2. Тромбэктомия и перевязка магистральных вен позволяет ликвидировать эмболоопасный флотирующий характер тромбоза и предупредить развитие ТЭЛА.

3. Выбор метода лечения флотирующего тромбоза должен определяться локализацией и распространением патологического процесса, размером флотирующей части тромба, временем начала заболевания и выраженностью сопутствующей патологии.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ЭМБОЛОГЕННЫХ ТРОМБОЗАХ В СИСТЕМЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

Пан В.И., Гордеев Н.А., Хубулава Г.Г., Мясникова М.О.

ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Актуальность. На сегодняшний день не существует идеальных методик диагностики и способов предотвращения ТЭЛА при эмболоопасных тромбозах.

Цель. Изучить отдаленные результаты различных методов лечения острых эмболоопасных флеботромбозов и разработать рекомендации по эффективному снижению осложнений ТЭЛА.

Результаты исследования. Обследовано 200 пациентов.

Группа 1 – 70 пациентов после установки каваклипы, у всех пациентов через 5, 10 и 15 лет ТЭЛА не наблюдалась. Специфическим осложнением было сужение просвета вены (1,4 %) (1 пациент после 5 лет, 41 год). Через 5 лет ХВН выявлена у 30 % пациентов (ХВН С1,2 – 18,6 %, ХВН С3, 4 – 10 %), 10 лет ХВН – 41,4 % (ХВН С1,2 – 30,0 %, ХВН С3,4 – 8,6 %, ХВН С5,6- 1,4 %), 15 лет – 28,6 % ХВН (ХВН С1,2 – 21,4 %, ХВН С3,4 – 4,3 %).

Каваклипирование является – надежным способ предотвращения ТЭЛА.

Группа 2 – 50 пациентов. В 3 % отмечалось повреждение стенки вены при снятии кавафилтра. В отдаленном периоде, возникал тромбоз филтра и участка НПВ в 8 %: через 5, 10 и 15 лет – 2 %, 4 %, 2 % соответственно. Отмечались осложнения в виде миграции устройства – 4 % (через 5 и 10 лет по 2 %). После удаления кавафильтров сохранялся высокий риск ВТО, у таких пациентов ТЭЛА выявлена в 6 %. ХВН С5,6 после 5 и 10 лет наблюдения составила 6 %.

Таким образом, установка кавафильтров – надежный метод профилактики ТЭЛА, при постоянном нахождении интравенозно.

Группа 3 – 50 пациентов после тромбэктомии. У 24 % пациентов отсутствовали признаки ХВН. ХВН С5, С6 не зафиксирована, ХВН С1,2 через 5, 10, 15 лет у 24 %, 18 %, 14 % соответственно.

Рецидивная ТЭЛА встречалась через 5 лет в 6 %, 10 лет – 8 %, 15 лет – 2 %. Несмотря на результативность в лечении ХВН, тромбэктомия не имела высокой эффективности в профилактике ТЭЛА.

Группа 4 – 30 пациентов после тромболитиса, из осложнений через 5, 10 и 15 лет была рассмотрена только тяжесть ХВН. Это связано с тем, что тяжелые осложнения (аллергическая реак-

ция, кровотечения, ТЭЛА) отмечались в раннем послеоперационном периоде, такие пациенты были исключены.

По нашим результатам, тромболитис наиболее эффективен в профилактике ХВН. Пациенты без симптоматики ХВН (36,7 %), с ХВН С3,4 – 10 %. Через 5 лет ХВН С1,2 степени отмечалась у 33,3 %, 10 лет у 16,6 %, 15 лет у 6,6 %.

Вывод. По результатам исследования самым надежным, безопасным и положительно влияющим на дальнейшее качество жизни является сочетанный метод профилактики ТЭЛА, с учетом характера тромба, уровня флеботромбоза, сопутствующих заболеваний и т.д.

Сочетанный метод – проведение в различных ситуациях, комбинированного хирургического лечения, а именно проведение тромбэктомии или тромболитиса с целью лучшей реканализации тромба и исключения посттромбофлебитического синдрома в отдаленном периоде, при этом необходима установка либо интравенозного (кавафилтр), либо эктравенозного (каваклипса) устройства для предотвращения ТЭЛА.

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Пиханова Ж.М., Иванов М.А., Артемова А.С.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Целью настоящего исследования является оценка влияния метаболического синдрома (МС) и его компонентов на проявления хронической венозной недостаточности (ХВН), а также развитие венозных тромботических событий (ВТС).

Материалы и методы. В основу работы легли наблюдения за 156 пациентами с ХВН. Основную группу составили 68 больных с МС, контрольную – 88 человек без МС. Все больные были подразделены на две подгруппы в зависимости от причины ХВН: лица с первичным варикозом и посттромботическим

синдромом. Выраженность ХВН оценивали по классификации CEAP и шкале VCSS, осуществлялась оценка качества жизни больных в динамике (24-60 месяцев), в т.ч. на фоне реабилитационных мероприятий. Анализировались предикторы венозных тромботических событий (ВТС). Статистическую обработку осуществляли с использованием программного пакета STATISTICA 10,0.

Результаты. В контрольной группе преобладали пациенты с ХВН С3 (88,7%), тогда как в основной группе указанный клинический класс ХВН отмечен у 32,4% больных ($p < 0,05$). Из компонентов МС на течение ХВН оказывал влияние ИМТ > 30 кг/м² (OR=5,8), гипергликемия (OR=4,4), гипертриглицеридемия (OR=4,5), и артериальная гипертензия (АГ; OR=6,3). При анализе сочетаний компонентов МС выявлено, что в наибольшей степени предрасполагают к прогрессированию ХВН сочетания, включающие АГ (особенно в комбинации с гипергликемией или ожирением: OR 17,4 и 16,3 соответственно).

Компоненты МС также предрасполагали к развитию ВТС, усугубляющих выраженность ХВН. В наибольшей степени это касается дислипидемии II b (OR=3,2), гипергликемии (OR=2,3) и АГ (OR=2,1).

Выводы. Выраженность ХВН и частота ВТС находятся в прямой зависимости от наличия МС и влияния отдельных его компонентов.

РАЗРАБОТКА МОДЕЛИ ПЛАСТИКИ ВЕНОЗНЫХ КЛАПАНОВ

Раповка В.Г.

*Тихоокеанский государственный медицинский университет,
г. Владивосток*

Цель. Создание модели пластики венозных клапанов при хронической венозной недостаточности нижних конечностей

Материалы и методы: в качестве материала для исследования были взяты удаленные вовремя сафенэктомии участки

большой подкожной вены у 40 больных, ветки прошиты перевязаны, клапаны иссечены вальвулотомом. Удаляли адвентицию в зоне формирования клапана. На проксимальный конец вены накладывали изнутри кнаружи два П-образных шва на противоположные стороны. Изнутри к наружи, отступя половину диаметра вены, прошивали дистальный конец вены на противоположных участках. После этого проксимальный конец вены проводился краниально внутрь дистального, с подтягиванием нитей. Затем завязывали узлы, формирующие створки будущего клапана. Завершали формирование нового клапана непрерывным швом свободного участка дистального конца вены на трех нитях-держалках. Осуществляли первичную проверку работоспособности разработанной модели клапана. Для этого проводили пробу на способность клапанов «выдержать» давление в 200 мм рт. ст. в течение 5 минут. Проверка осуществлялась с помощью линии определения прямого давления, нагнетанием физиологического раствора вручную. Далее проводили оценку работоспособности клапана с помощью аппарата ультразвукового исследования (Vivid S6, GE, США).

Результаты: все сформированные клапаны показали устойчивость к гидростатической нагрузке. На ультразвуковом исследовании створки клапанов были одинаковой длины, смыкались, а рабочая жидкость проходила только в проксимальном направлении, рефлюкса не обнаружено.

Обсуждение. Наиболее существенным патогенетическим механизмом хронической венозной недостаточности нижних конечностей является наличие патологического ретроградного кровотока. Эффективный способ его устранения – коррекция клапанного аппарата. Различают экстравазальные и интравазальные способы коррекции недостаточности клапанов вен нижних конечностей. Интравазальные методы пластики по своим результатам превосходят экстравазальные. Это объясняется существенным различием между этими двумя методами: лишь в случае интравазальной пластики обеспечивается анатомически адекватное исправление дефекта клапанных створок, что и приводит к лучшим результатам. Мы разработали интравазальный способ коррекции

венозного клапана. Исходя из результатов проведенного исследования сформированный клапан можно рассматривать как один из вариантов лечения при хронической венозной недостаточности. Показания к коррекции клапанного аппарата, объемы лечения требуют дальнейшей разработки.

Выводы: представленный метод пластики венозных клапанов показал работоспособность в эксперименте и нуждается в клинической апробации.

НДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ ВЕНЫ ДЖИАКОМИНИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Роговой Н.А.¹, Янушко В.А.², Турлюк Д.В.²,
Климчук И.П.¹, Калинин С.С.¹

¹4-я ГКБ им. Н.Е. Савченко, ²РНПЦ «Кардиология»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. По данным различных авторов рефлюкс по вене Джаиакomini выявляется у 2-19 % пациентов с варикозной болезнью (ВБ). Нисходящий или ортодоксальный рефлюкс по вене Giasomini из бассейна БПВ может стать причиной варикозного расширения МПВ. Возможен и обратный механизм, когда в результате клапанной недостаточности МПВ возникает восходящий или парадоксальный рефлюкс, в результате которого происходит варикозная трансформация вены Giasomini с вовлечением в процесс БПВ.

Материал и методы. В 2014-2016 годах было прооперировано 25 пациентов с парадоксальным рефлюксом по вене Джаиакomini. Все ЭВЛК выполняли по разработанной методике с применением тумесцентной анестезии при визуализации процесса воздействия с помощью интраоперационного ультразвукового (УЗ) контроля на медицинском лазере с длиной волны 1560 нм ("Mediola Compact", ЗАО «ФОТЭК», РБ). При облитерации использовали мощность 10 Вт со средней линейной плотностью энергии 60±6,2 Дж/см. Средний возраст пациентов 49±13,6 лет.

Процедура ЭВЛК вены Джаиакomini. С помощью УЗ определяли точку пункции, которая является конечной точкой распространения антеградного рефлюкса крови в субфасциальной части вены Джаиакomini. Под УЗ контролем осуществляли ретроградную венепункцию иглой 18G. Далее в вену вводили проводник J-формы, по которому осуществляли катетеризацию вены ангиографическим катетером 6 F. После извлечения проводника в катетер вводили лазерный световод, который позиционировали у сафено-поплитеального соустья. Интрадьюссер извлекали из вены, в просвете оставался лазерный световод.

Результаты и обсуждение. Оценку результатов лечения проводили на основании клинических данных и УЗ контроля. Проведена оценка качества жизни при помощи опросника CIVIQ-2 и тяжести заболевания по шкале VCSS через 1 год после операции. Через год после операции отмечено значительное улучшение качества жизни – 29,0 (25,0; 40,0) баллов до операции и 22,0 (20,0; 25,0) баллов после операции и уменьшение тяжести заболевания – 7,0 (5,0; 8,0) баллов до операции и 4,00 (2,0; 6,0) баллов после операции. Болевые ощущения в ходе оперативного вмешательства и в первые 5 суток после операции оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Отмечен полный регресс болевых ощущений к 5-м суткам после операции. Окклюзия коагулированной вены была подтверждена в ходе операции и на контрольном осмотре на 1, 7 сутки и 1, 3, 6, 12 месяцев после ЭВЛК с помощью ультразвукового исследования.

Выводы:

1. ЭВЛК вены Giasomini с обязательным интраоперационным УЗ контролем является эффективным и безопасным методом лечения ВБ нижних конечностей при несостоятельной вене Джаиакomini с высоким клиническим и косметическим результатом.

2. Предложенная методика позволяет целенаправленно работать с веной Джаиакomini, сохраняя интактные БПВ и МПВ, которые могут быть использованы в виде пластического материала для потенциального артериального шунтирования.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ПЕРЕСТРОЙКА БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА, ПРИ ЕЕ ЭКТАЗИИ И ВАРИКОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ

Санников А.Б., Карпенков М.В., Морозова О.Н.

Первый клинический медицинский центр, г. Ковров, ОКБ, г. Иваново

Актуальность. В результате большого числа проведенных исследований подавляющим большинством гистологов теория прогрессирующего флебосклероза в генезе варикозной трансформации вен была признана основополагающей (Buchl G, 1912; Venda C, 1924; Ванков В.Н., 1968,1974; Яровая И.М., 1971; Ткаченко Б.И., 1974; Думпе Э.П., Ухов Ю.И., Швальб П.Г., 1982 и 2009). И тем не менее, если в основе возрастных изменений лежит постепенно прогрессирующий флебосклероз, мы остановили свое внимание на следующем вопросе – почему варикозная болезнь никогда не развивается в возрасте 60-70 лет, а наоборот появляется на рубеже 30 лет, когда ни о каких возрастных изменениях не может быть и речи.

Цель. Изучение морфологической перестройки большой подкожной вены (БПВ) в различные периоды жизни человека при ее эктазии и варикозной трансформации и установление на основании полученных результатов общих закономерностей происходящих изменений.

Методы. Для изучения возрастного генеза происходящих изменений иссекались участки БПВ человека на различных уровнях в трех возрастных группах (5-10; 20-30 и 60-70 лет) лиц умерших от различных причин, а также исследовалась вена, удаленная во время выполнения флебэктомии, с окраской препаратов гематоксилин-эозином, фукселином и пикрофуксином, методом Малори и Ван-Гизону. Изучение полученного гистологического материала проводилось на микроскопе “Levenhuk-Zoom” с фотопротоколированием видеокамерой “TOURCAM-UCMOS 14000 KPA” с цифровой обработкой фото в программе “TapView”.

Результаты. Проведенные исследования позволили установить следующие закономерности происходящих изменений в

стенке БПВ на протяжении жизни человека: в 5-10 лет – активная пролиферация упруго-сократительных элементов; в 20-30 лет – нагрузочная гладкомышечная концентрическая гипертрофия и реактивная соединительнотканная концентрическая гиперплазия; в 60-70 лет – возрастная редукционная гладкомышечная гипотрофия и общая возрастная фиброзная инволюция. В основе морфологической перестройки БПВ при развитии эктазии, лежит постепенно прогрессирующая эксцентрическая соединительнотканная гиперплазия и эксцентрическая продольная гладкомышечная гипертрофия. При варикозной трансформации отмечается стадийно развивающаяся атрофия циркулярных и продольных гладкомышечных волокон с одновременно происходящими изменениями соединительнотканного остова стенки вены от эластофиброза до коллагенезации всех оболочек стенки вены с характерными типами изменения опорных структур.

Выводы. 1. Возрастные изменения, происходящие в стенке БПВ на протяжении жизни человека не имеют общих морфологических черт с явлениями флебосклероза, свойственных исключительно этапам развития варикозной трансформации. 2. Картина флебосклеротических изменений при варикозном расширении БПВ имеет свой особый сценарий. 3. Развитию варикозной трансформации всегда предшествует период эктазии вены с этапностью ее морфологической перестройки, являющейся по сути компенсаторно-приспособительным механизмом длительной адаптации к имеющей место сегментарной гиперволемии.

ВЛИЯНИЕ ВНУТРИМЫШЕЧНЫХ ВЕНОЗНЫХ СИНУСОВ ГОЛЕНИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ ГИПЕРВОЛЕМИИ

Санников А.Б., Рачков М.А.

Первый клинический медицинский центр, г.Ковров

Актуальность. Дальнейшее изучение гемодинамических факторов развития ХВН является актуальной задачей

флебологии. В качестве одного из таких патогемодинамических факторов рассматривают сегментарную венозную гиперволемию на уровне голени. При этом, определение непосредственной роли венозных синусов (внутримышечных вен) в формировании развивающейся сегментарной венозной гиперволемии при ХВН остается изученным не до конца, что и явилось основной целью наших исследований.

Методы. С целью ответа на этот вопрос комплексному обследованию был подвергнут 91 пациент с варикозным расширением вен нижних конечностей в различных стадиях проявления болезни (С2-С6 по СЕАР) и 50 здоровых лиц. Комплексное обследование включало: ультразвуковое ангиосканирование, пневмоплетизмографию (ППГ), фотоплетизмографию (ФПГ), голеностопную динамическую флебографию и функциональную МСКТ-флебографию по разработанному нами способу (патент на изобретение).

Результаты. В результате проведенных нами исследований, было установлено, что у 48 % пациентов с варикозным расширением поверхностных вен в качестве одного из основных патогенетических звеньев развития ХВН следует считать первичную сегментарную гиперволемию голени, с основной зоной локализацией во внутримышечных венах голени, где определялась по данным голеностопной функционально-динамической флебографии и функциональной МСКТ-флебографии явная тенденция к замедлению эвакуации контраста.

В норме вены икроножных и камбаловидной мышц имели удлиненную коническую форму, были представлены одиночными и парными стволами. В 63 % случаях вены икроножной и камбаловидной мышц имели магистральный тип, в 25 % сетевой, а в 12 % смешанный тип строения. В 86 % между истоками вен камбаловидной и икроножной мышц выявлялись множественные анастомозы в виде арок или дуг, т.е. имелась замкнутая дуга венозного синуса (по Ю.М. Стойко, Е.В. Шайдакову).

Основным отличием у пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей в различных стадиях ХВН оказалось наличие у них веретенообразной формы и баллонообразных

расширений внутримышечных вен с изменением их диаметра, формы, размеров, связи с недостаточными перфорантными венами. При С2-С3., которая была отмечена у 45 больных, веретенообразная форма внутримышечных вен имела место у 29 (64.4 %), в 11 случаях (24.4 %) имелось баллонообразное расширение, и у 5 (11.1 %) был отмечен вариант нормы (коническая форма). Среди пациентов с трофическими кожными нарушениями и язвами голени (С4-С6) коническая форма строения внутримышечных вен имела у 4 (12,9 %) обследованных лиц. Веретенообразная форма была обнаружена у 12 пациентов (38,7 %). У 15 пациентов (48,4 %) внутримышечные вены имели баллонообразный вид. Установлена была и взаимосвязь наличия сегментарной гиперволемии на уровне внутримышечных вен голени и гиперволемии венозной системы стопы.

Вывод. Таким образом, проведенные исследования внутримышечных вен голени позволили выявить анатомические особенности строения этих вен и уточнить их важную роль в развитии ХВН при варикозной болезни.

НОВЫЙ ПРИНЦИП ФОРМИРОВАНИЯ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ЭДОЛЮМИНАЛЬНОЙ АБЛЯЦИИ ВАРИКОЗНО ИЗМЕНЕННЫХ ВЕН

Санников А.Б., Солохин С.А., Пашинин А.Д.

*Первый клинический медицинский центр,
Технологическая академия им. В.А. Дегтярева, г. Ковров,
Институт общей физики им. А.М. Прохорова РАН, Москва*

Актуальность. В основе применяемых сегодня световодов для эндолюминальной лазерной абляции варикозных вен используется торцевой или кольцевой принцип распределения лазерного излучения. Учитывая недостаточную эффективность этих световодов в абляции вен диаметра более 1 см и наличие коагуляционных осложнений, связанных с локализацией термовоздействия исключительно в виде узкого пучка или тонкого радиального кольца, дальнейшая разработка новых принципов распределения

лазерной энергии, положенных в основу эндолюминальной абляции варикозных вен является актуальной задачей флебологии. Еще одним недостатком разработанных компанией Biolitec (США) радиальных волоконно-оптических световодов является относительно высокая их стоимость.

Цель. Целью исследования стала разработка нового устройства для эндолюминальной лазерной абляции, в основе которого лежит комбинирование одновременно воздействующих разнонаправленных потоков лазерного излучения, повышающего эффективность термической облитерации варикозных вен нижних конечностей различного диаметра, при существенном снижении себестоимости процедуры.

Методы. Это достигается тем, что эндолюминальная абляция варикозных вен нижних конечностей осуществляется новым устройством для эндолюминальной лазерной абляции сосудов, представляющим собой герметичную конструкцию выполненную с возможностью размещения в кровеносном сосуде и содержащее: оптическое волокно с удлиненной осью, оконцованное с одной стороны оптическим коннектором, служащим для соединения с лазерным аппаратом, и содержащее с другой стороны оптический наконечник, формирующий диаграмму распределения излучения одновременно с торцевой стороны с распределением энергии вдоль оси волоконно-оптического световода и боковой поверхности головки, в виде циркулярно сформированного сплошного поля лазерного излучения заданной ширины, зависящей от особенностей конструктивного исполнения излучающих поверхностей оптического наконечника в зависимости от диаметра варикозно измененной вены (патент на изобретение).

Результаты. Эндолюминальная лазерная абляция магистральных стволов с использованием разработанного волоконно-оптического световода, дающего одновременно два энергетических потока на этапе клинической апробации выполнена у 25 пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей С2, при диаметре БПВ ниже сафено-фemorального соустья от 1 до 2.0 см. Анализ полученных результатов показал, что сочетание

одновременного действия двух лучевых потоков с индивидуальным энергетическим и пространственным распределением поля в каждом из них, существенно повышает эффективность процесса лазерной облитерации сосуда.

Вывод. Таким образом, использование разработанного устройства для эндолюминальной абляции варикозно измененных вен, сочетающего в себе конструктивные особенности, позволяющие воздействовать на стенку вены двумя энергетическими потоками является перспективным направлением дальнейшей разработки термических методов облитерации.

ВРОЖДЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ МАЛОГО ТАЗА

Севостьянова К.С., Серяпина Ю.В., Тулупов А.А.,
Шевела А.И.

*Институт химической биологии и фундаментальной медицины
Сибирского отделения РАН, Новосибирский национальный
исследовательский государственный университет, г. Новосибирск*

В последнее время все больше внимания уделяется варикозной болезни малого таза. Активно обсуждаются показания и методы консервативного и оперативного лечения. Решение этих вопросов основано на выявлении основных причин развития заболевания. Среди них наиболее важные – это особенности анатомии, способствующие развитию несостоятельности гонадных вен, либо синдром Мейо-Тернера. Не последнюю роль в формировании варикозной трансформации венозной стенки может играть дисплазия соединительной ткани – врожденное состояние, которое активно изучается в настоящее время в связи с развитием молекулярно-генетических методов.

Цель исследования – выявление молекулярно-генетических факторов риска развития варикозной болезни малого таза.

Материалы и методы. Основную группу составили 20 пациенток репродуктивного возраста от 20 до 45 лет с варикозной

болезню малого таза, контрольную – 150 пациенток в возрасте от 20 до 45 лет без заболеваний вен нижних конечностей и малого таза, критериями исключения для обеих групп являлись сопутствующая гинекологическая, урологическая, онкологическая патология, беременность и послеродовый период (до 6 мес), перенесенные хирургические вмешательства (до 6 мес). Диагноз подтверждался УЗИ малого таза и бесконтрастной МР-венографией. У всех участников исследования определен генотип по аллельным вариантам матриксных металлопротеиназ 1171 dupA (5A/6A) гена MMP-3, 82 A/G гена MMP-12, сосудисто-эндотелиального фактора роста 634 G/C гена VEGF. Кроме того, исследовались полиморфизмы генов плазменного и тромбоцитарного гемостаза, фолатного цикла, перикисного окисления липидов, эндотелиальной дисфункции.

Результаты. По результатам пилотного ретроспективного исследования типа случай-контроль показано, что носительство полиморфного аллеля 5A/6A гена MMP-3 увеличивает риск развития варикозной болезни малого таза, OR=2,253 (p=0,0182). Также, для носителей полиморфного аллеля C гена VEGF выявлено увеличение риска варикозной болезни малого таза, OR=4,344 (p=0,00001).

На данном количестве материала невозможно сделать окончательных выводов, поэтому результаты представляют интерес преимущественно как задел на будущее. Активно продолжается набор пациентов основной группы и изучение влияния на развитие заболевания других генов.

Выводы. Таким образом, на настоящий момент, полиморфные варианты генов MMP-3 и VEGF могут рассматриваться в качестве вероятных молекулярно-генетических предикторов варикозной болезни малого таза. Генетическое исследование по данным полиморфизмам представляется актуальным для диагностики риска развития варикозной болезни малого таза.

Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта Президента РФ (№ МД-5175.2016.7) в части МРТ, гранта Российского фонда фундаментальных исследований (№ 16-34-00554 мол_а) в части клинического анализа.

СКЛЕРОТЕРАПИЯ ВЕН НА РУКАХ

Семенов А.Ю., Раскин В.В.

Медицинский инновационный флебологический центр, Москва

Введение: в последнее время все большее количество пациентов обращаются в клинику с косметической проблемой выступающих расширенных вен на верхних конечностях. Особенно это затрагивает людей, у которых работа связана с нагрузкой на руки. В центре флебологии «МИФЦ» с 2015 года для устранения вен на руках выполняется процедура микропенной склеротерапии. Показаниями для ее выполнения служат наличие расширенных вен на руках, ухудшающих психоэмоциональный фон пациента.

Цель исследования: оценить результаты склеротерапии вен верхних конечностей.

Материалы и методы: с сентября 2015 года по август 2017 года в центре флебологии «МИФЦ» склеротерапия выполнена у 25 пациентов. Из них у 23 женщин и 2 мужчин (всего проведено лечение 50 верхних конечностей). Для процедуры использовалась микропенная форма Лауромакрогола 400 (этоксисклерол) в концентрации от 1,5 до 2,5 %. Всего было выполнено от 1 до 3 сеансов склеротерапии на руках с интервалом от 3 до 7 дней, количество инъекций составило от одной до пяти за один сеанс.



*Рис. 1. Результаты склеротерапии на руках.
Слева - до процедуры. Справа - через месяц после склеротерапии*

Результаты: все пациенты отслежены в сроки до 1 года. Окклюзия целевой вены произошла в 100 % случаев (рис. 1). В 1 случае развился флебит целевой вены, купированный в течение семи дней местными НПВС. Другие осложнения, побочные или аллергические реакции не отмечены.

Выводы: склеротерапия на верхних конечностях является безопасной и эффективной косметической процедурой. Показаниями для ее выполнения служат наличие расширенных вен на руках, ухудшающих психоэмоциональный фон пациента.

НЕКОТОРЫЕ ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ

Солдатенков В.Е., Капустин С.И., Папаян Л.П.

*Российский научно-исследовательский институт гематологии
и трансфузиологии, Санкт-Петербург*

Введение. Оценка и применение системной диагностики нарушения гемостаза как предрасположенности или причины возникновения венозного тромбоза в последнее время носит во многом дискуссионный характер ввиду интенсивного развития генетической диагностики, методик пофакторной и интегральной оценки системы свертывания крови, неоднозначной трактовки их результатов.

Цель. Установить особенности системной оценки рисков тромбообразования (генетических и негенетических маркеров тромбофилии) у больных с венозными тромбозами.

Материалы и методы. Для изучения исходного реального положения с системной оценкой рисков тромбообразования (генетических и негенетических маркеров тромбофилии) обобщены данные медицинской документации 279 пациентов с верифицированным венозным тромбозом и/или его осложнением, обратившиеся амбулаторно в 2015 г. в НИИ гематологии и трансфузиологии. Расширенное системное изучение генетических и не-

генетических маркеров тромбофилии проводилось у данного пула пациентов и у 403 пациентов стационара (2014-2015 гг.) с верифицированным венозным тромбозом и/или его осложнением (всего 682 пациента). Проводилось исследование расширенной коагулограммы с определением активности факторов VIII, Виллебранда, дефицита антитромбина, АФА, плазменного гомоцистеина, дефицита протеинов С и S, по показаниям – теста генерации тромбина; генетические маркеры тромбофилии (общепринятые – FII 20210A и FV 1691A, дополнительные – MTHFR, FI- G/A 455, FXIII-A 163TT, Gr IIIa PIA1/A2, PAI-1 4G/5G, EPCR 219Gly).

Результаты. Среди первичных амбулаторных 279 пациентов в 100 % случаев диагностика тромбофилических маркеров согласно Российских клинических рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений (2015 г.) не проведена. Диагноз «тромбофилия» устанавливался на основании либо клинических данных, либо данных генетических произвольных исследований.

При системном расширенном тотальном изучении генетических и негенетических маркеров тромбофилического состояния системы гемостаза у пациентов, наблюдавшихся в НИИ гематологии и трансфузиологии, выявлено, что частота выявления наследственной тромбофилии в зависимости от количества анализируемых генов: регламентированные FII 20210A (+) и/или FV 1691A (+) – 22,5 % пациентов, при исследовании 6 генов – 40,3 % пациентов, расширение панели исследования до 10 генов – 51,5 %. Дополнительное исследование системы гемостаза повышает выявляемость тромбофилического состояния до 91 % пациентов. Необходимо отметить, что тромбофилическое состояние гемостаза (дисбаланс) может играть как самостоятельную роль в генезе тромбоза, так и роль фактора предрасположенности, реализованного провоцирующим воздействием – новообразованием, травмой, гормонотерапией и т.п. Поэтому возможно предположить наличие в большинстве случаев тромбоза нескольких генетических и негенетических факторов риска, что повышает значимость системного подхода изучения гемостаза.

Выводы. Необходимо в лечебных учреждениях обязательной диагностики генетических и негенетических маркеров тромбофилии как исследования первой линии, (регламентированное Российские клинические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению венозных тромбоэмболических осложнений, 2015 г.). Применение расширенной генетической диагностики показано при отрицательных результатах исследований первой линии. Использование пофакторных и интегральных методов исследования гемостаза (тест генерации тромбина) представляется перспективным методом индивидуализации антикоагулянтной терапии. Необходимо введение в формулировку диагноза тромбоза значимых маркеров тромбофилии.

ОПЫТ ИМПЛАНТАЦИИ ВЕНОЗНЫХ ПОРТОВ ДЛЯ ХИМИОИНФУЗИЙ

Сощенко Д.Г., Фокин А.А.

ЮУГМУ, ДКБ на ст. Челябинск ОАО РЖД, г. Челябинск

Цель работы: проанализирован опыт имплантации и использования инфузионных внутривенных портов.

Актуальность. Современная противоопухолевая лекарственная терапия занимает ведущее место в лечении больных со злокачественными новообразованиями. Сохранение высокого качества жизни онкологических больных играет все большую роль в клинической практике. Инфузионные порт-системы устраняют необходимость осуществлять повторные катетеризации и венепункции и дают возможность проводить более сложную, комплексную и потенциально более эффективную лекарственную терапию.

Материалы и методы. С 2014 по 2016 гг. выполнена имплантация 58 портов 58 пациентам (24 мужчин и 34 женщин). Средний возраст составил 48 лет. Большая часть больных имела диагноз колоректального метастатического рака и составила 60 %, рак молочной железы – 22 %, рак желудка – 10 %, другие онкологические заболевания – 8 %. Все порт-системы были

однокамерными. Катетеризацию верхней полой вены проводили через подключичную вену в 57 случаях, при технических трудностях в 1 случае произведена катетеризация яремным доступом. Катетеризация вен выполнялась по Сельдингеру под рентгенологическим контролем на ангиографе “GE”. Кончик катетера устанавливался над входом в правое предсердие в устье верхней полой вены. После завершения имплантации проводилась рентгеноскопия органов грудной клетки для исключения пункционного пневмоторакса и дополнительно положения катетера и инфузионной камеры порта.

Результаты: Преимущественно имплантации портов выполнялись без осложнений. В 1 случае после пункции подключичной вены с большими техническими сложностями выявлен правосторонний пневмоторакс, потребовавший наложение дренажа для активной аспирации. «Пролежень» кожи над инфузионной камерой зафиксирован в 3 случаях у астеничных пациентов (5,17 %), что повлекло за собой удаление у одного пациента, и связан был с большим размером инфузионной камеры по отношению к подлежащим тканям. Pinch-off синдром наблюдался в одном случае (1,7 %). У некоторых больных промежутки между первым ребром и ключицей анатомически узкой и при постановке катетера возможно его сдавление. В результате такого сдавления возникает сопротивление при введении препаратов в порт, а при длительном использовании возможно «перетирание» катетера и его разрыв. В одном случае у больного через 6 месяцев после имплантации произошел разрыв катетера с дислокацией в правое предсердие. В последующем порт был удален. При удалении катетера произошла его дислокация в легочную артерию. Инфицирования порта не зарегистрировано.

Выводы. Имплантация венозных портов при соблюдении техники и правил асептики безопасна. Пункционный пневмоторакс возможно избежать при пункции подключичной вены под ультразвуковым контролем. По возможности осуществлять индивидуальный подбор инфузионной камеры с учетом анатомических особенностей.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Стародубцев В.Б., Лукьяненко М.Ю., Карпенко А.А.

НМИЦ им. акад. Е.Н. Мешалкина, г. Новосибирск

Цель. Оценить эффективность применения лазерных технологий в сочетании с микропенной склеротерапией в лечении пациентов с варикозной болезнью, осложненной трофическими язвами.

Материал и методы. С 2010 по 2016 гг. под наблюдением находилось 69 пациентов с варикозной болезнью, осложненной трофическими язвами (ХВН С6). Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от диаметра проксимального сегмента большой подкожной вены (ДПС БПВ). В первую группу включено 35 пациентов с ДПС БПВ не более 15 мм. Во вторую группу включено 34 пациента с ДПС БПВ более 15 мм. Всем пациентам проводилась эндовазальная лазерная облитерация (ЭВЛО) стволов подкожных вен (БПВ на бедре и малой подкожной вены (МПВ) на голени при ее поражении) и несостоятельных перфорантных вен с применением лазерного аппарата с длиной волны 1560 нм (W-лазер), а также микропенная склеротерапия подкожных притоков (3 % раствор полидоканола). Линейная плотность энергии (ЛПЭ) составила 90-100 Дж/см для облитерации стволов БПВ и МПВ, для перфорантных вен -50-60 Дж/см, для ДПС БПВ не более 15 мм – 200 Дж/см, для ДПС БПВ более 15 мм – 250-300 Дж/см. Контрольные осмотры проводились через 2 недели, 2, 6 месяцев и 1 год.

Результаты. Заживление трофических язв в течение 2 месяцев отмечено в 29 (82 %) случаях в 1 группе и в 27 (79 %) случаях во 2 группе. Реканализаций стволов БПВ, МПВ в сроки до 1 года не отмечено. В 6 (17 %) случаях в 1 группе и в 5 (14 %) случаях во 2 группе выполнялись повторные ЭВЛО несостоятельных перфорантных вен и микропенная склеротерапия подкожных притоков на голени. Повторные вмешательства были эффективны, но в 1 (2,8 %) случае в 1 группе и в 1 (2,9 %) случае во 2 группе отмечено уменьшение размеров трофических язв, но полного их

заживления не зафиксировано. Оба пациента страдали выраженным ожирением (ИМТ>0,35).

Вывод. ЭВЛО стволов подкожных и перфорантных вен в сочетании с микропенной склеротерапией подкожных притоков эффективные и малотравматичные вмешательства, позволяющие устранить патологический рефлюкс и избежать послеоперационных осложнений.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА МАССИВНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ЭМБОЛИИ У БЕРЕМЕННЫХ В РАННЕМ РОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Суслов А.П., Бесараб Т.В., Карапетян И.Б., Шахматов И.И.,
Нестеренко Е.В., Иващенко О.Е.

МБУЗ ГБСМП, МБУЗ Роддом, г. Таганрог

Материалы и методы. В роддоме г. Таганрога за период с 2011-2016 гг. находились на лечении 38 беременных с тромбозами (системы нижней полой вены):

- Илиокавального сегмента (8п);
- I трим. – 3;
- II трим. – 3 (2) – ВИЧ-инфекция, хроническая наркомания, хронический алкоголизм;
- III трим. – 2/

Материалы исследования:

1. Объективные методы.
2. УЗТС.
3. СКТ ОГК.

Осложнение. ТЭЛА – 2. Клинические признаки ТЭЛА выявлены при поступлении у 2 больных: пациенты ВИЧ инфицированные, страдали хронической наркоманией, хроническим сепсисом.

Виды лечения. Консервативное: прямые антикоагулянты, предпочтение отдавалось низкомолекулярным гепаринам, оральные непрямые антикоагулянты, антагонисты витамина К, ингибиторы X фактора или ингибиторы тромбина.

Длительность лечения 6-8 мес.

Хирургическое: пликация НПВ, Регионарное антикоагулянтное лечение.

Клинический пример. *Беременная К., 32 л.* Поступила в роддом 09.11.2016 с клиникой илиофemorального флeботромбоза на 37 неделе беременности.

Считает себя больной с 06.11.2016 когда появился отек левого бедра. Боль распирающего характера.

Выполнено УЗТС илиофemorального сегмента (во время исследования у больной начался I период родовой деятельности).

Учитывая высокий риск ТЭЛА, в экстренном порядке выполнено оперативное лечение:

1. Кесарево сечение.

2. Пликация НПВ.

В п/о периоде выполнялась антикоагулянтная терапия:

- Гепарин 5000 ед 6 раз подкожно с 5-х суток.

- Варфарин start 5 мг с последующей коррекцией 3,75 мг / 1 раз;

- МНО 2,5;

- Детралекс 1000 мг /1 раз;

- Эластичный трикотаж.

Результаты. ХВН соответствует СШ по классификации СЕАР. В удовлетворительном состоянии выписана на 10 сутки под наблюдение акушера-гинеколога, сосудистого хирурга.

Обсуждение. Топическая диагностика ТГВ при беременности затруднена.

1. Использование рентгеноконтрастных методов исследования сосудов в I триместре беременности требует последующего ее прерывания, т.к. существует большой риск врожденных аномалий, а также лейкемии, рака в детском возрасте (Ginsberg J.S. et al., Thromb. Haemostas, 1989; Righini M. et al., 2005)

2. Оптимальным методом диагностики ТГВ у беременных является УЗТС – безопасный неинвазивный и легко выполняемый метод.

3. При локализации дистальнее паховой связки УЗТС позволяет показать всю необходимую информацию. Вместе с тем при поражении илиокавального сегмента не всегда удается визуализировать проксимальную часть тромба и оценить его эмболоопасность.

Выводы:

1. Все беременные с подозрением на ТГВ должны быть госпитализированы в стационар под наблюдением ангиохирурга и акушер-гинеколога

2. Основным диагностическим методом при обследовании беременных с подозрением на ТГВ является УЗТС

3. Все беременные с ТГВ нуждаются в проведении гепаринотерапии. В дородовом и в раннем послеродовом периоде предпочтительно НМГ.

4. Длительность гепаринопрофилактики после родоразрешения зависит как от особенностей клинической картины, так и результатов контрольного УЗТС., проводимого всем без исключения родильницам.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Сушков С.А., Небылицин Ю.С., Пасевич Д.М., Демидов С.И., Кондратьева В.И.

*Витебский государственный медицинский университет,
г. Витебск, Республика Беларусь*

Цель. Оптимизировать подходы к лечению пациентов с посттромботическим синдромом нижних конечностей путем воздействия на функциональное состояние эндотелия кровеносных сосудов.

Методы. Обследовано 40 пациентов с посттромботическим синдромом (ПТС) в период с января по июль 2017 г. госпитализированных в УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр» (мужчин – 26, женщин – 14). Все пациенты были

разделены на три группы по методам лечения. Рандомизация проводилась методом «конвертов». В первой группе применялась стандартная схема лечения: нестероидные противовоспалительные препараты, антиагреганты. Во второй группе пациентам в комплексную схему лечения были включены препараты: диосмин и пентоксифиллин. В третьей группе пациентам в комплексную схему лечения были включены препараты: микронизированный диосмин и пентоксифиллин. Контрольное обследование пациентов проводили до начала лечения и на 10-е и 30-е сутки.

Результаты. У пациентов группы №1, получавших стандартное лечение, количество ЦЭЖ снизилось на 17,1 % по сравнению с показателями до начала лечения ($p < 0,05$). В группах пациентов с ПТС №2 и №3, которым в комплексном лечении назначались корректирующие комплексы препаратов, отмечалось снижение количества ЦЭЖ на 34,2 % и 37,8 % по сравнению с показателями в соответствующих группах до лечения соответственно ($p < 0,05$). Через 10 суток у пациентов группы №1, получавших стандартное лечение, содержание NO_2/NO_3 статистически не отличалось от показателей до лечения. В группах пациентов с ПТС №2 и №3, которым назначались корректирующие лекарственные комплексы, отмечено снижение содержания NO_2/NO_3 в венозной крови на 29,1 % и 22,6 % по сравнению с показателями до лечения ($p < 0,05$).

При оценке клинической эффективности с применением препаратов: диосмин/микронизированный диосмин и пентоксифиллин путем бальной оценки симптомов наблюдалось достоверное снижение интенсивности проявлений ПТС (выраженности болевого синдрома, ощущение отечности, тяжести, дискомфорта) ($p < 0,05$).

После проведения консервативного лечения к 10-м и 30-м суткам отмечалось уменьшение объема нижней конечности, которое достоверно ($p < 0,01$) было ниже в группах №2 и №3.

Полученные данные свидетельствуют, что применение препаратов диосмин/микронизированный диосмин и пентоксифиллин является в комплексе лечения пациентов с ПТС позволяет уменьшить выраженность клинических симптомов заболевания.

Выводы.

1. Включение в комплекс лечения посттромботического синдрома препаратов: диосмин/микронизированный диосмин и пентоксифиллин является эффективным и значимым для нормализации функционального состояния венозного эндотелия.

2. Применение препаратов: диосмин/микронизированный диосмин и пентоксифиллин позволяет рекомендовать их для широкого применения во флебологии и включения в комплексную схему консервативного лечения посттромботического синдрома.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СТЕНКЕ ВЕНЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ МОДЕЛИРОВАНИИ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

**Сушков С.А., Небылицин Ю.С., Самсонова И.В.,
Клопова В.А., Пасевич Д.М., Демидов С.И., Кондратьева В.И.**

*Витебский государственный медицинский университет,
г. Витебск, Республика Беларусь*

Цель. Изучить иммуногистохимические изменения в стенке вен при экспериментальном посттромботическом синдроме.

Методы. Материалом для морфологического исследования служили тромбированные вены 110 крыс (в качестве контроля исследовалась 10 здоровых крыс). Забор материала производили через 1, 3, 6, 24 часов, на 3-е, 6-е, 15-е, 30-е, 45-е и 90 сутки после операции. После фиксации в 10 % растворе нейтрального забуференного формалина и стандартной гистологической проводки готовили серийные срезы толщиной 4-5 мкм, которые окрашивались общегистологическими методами: гематоксилином и эозином, по Харту, по методу ван Гизон, по Эйнарссону, по Гейденгайну, а также иммуногистохимически с использованием моноклональных антител Bond RTU Primary CD31. Иммуногистохимическое окрашивание препаратов проводили с использованием роботизированной станции по иммуногистохимическому окрашиванию препаратов Bond TM – MAX Processing Module.

Результаты. Результаты проведенного нами исследования экспрессии CD31 в контрольных образцах бедренной вены показали наличие маркера в эндотелиоцитах, а также периваскулярных и адвентициальных элементах сосудов. Через 1 час после экспериментального моделирования посттромботического синдрома (ПТС) морфометрически установлено, что площадь экспрессии CD31 по отношению к общей площади образца в образцах бедренной вены экспериментальных животных была существенно выше контрольных показателей и составила – $0,013 \pm 0,0008 \mu\text{m}^2$ (в контроле – $0,008 \pm 0,0005 \mu\text{m}^2$) ($p < 0,05$). Через 3 и 6 часов после экспериментального моделирования ПТС площадь экспрессии CD31 по отношению к общей площади образца в образцах снижалась и приближалась к контрольным показателям – $0,0085 \pm 0,0005 \mu\text{m}^2$ и $0,0087 \pm 0,0003 \mu\text{m}^2$ соответственно. Морфометрическая оценка экспрессии CD31 в образцах бедренной вены через 1 и 3 суток после экспериментального моделирования ПТС выявила дальнейшее снижение площади экспрессии CD31 по отношению к общей площади образца. Максимально низким данный показатель был на 6-е и 15-е сутки – $0,00055 \pm 0,00002 \mu\text{m}^2$ и $0,0005 \pm 0,00002 \mu\text{m}^2$ (в контроле – $0,008 \pm 0,0005 \mu\text{m}^2$) ($p < 0,05$). Через 30 суток после экспериментального моделирования ПТС морфометрически установлено, что площадь экспрессии CD31 по отношению к общей площади образца в образцах бедренной вены экспериментальных животных увеличивалась и достигала максимума – $0,01620 \pm 0,0006 \mu\text{m}^2$ (в контроле – $0,008 \pm 0,0005 \mu\text{m}^2$) ($p < 0,05$). Через 45 и 90 суток экспрессия CD31 приближалась к показателям контрольной группы и не имела статистических отличий: $0,0077 \pm 0,0004 \mu\text{m}^2$ и $0,0076 \pm 0,0005 \mu\text{m}^2$ соответственно.

Заключение. Структурные изменения эндотелиального слоя внутренней оболочки стенки сосудов сопровождаются изменением экспрессии маркера CD31, что указывает на патогенетическую значимость в развитии патологического процесса и определяет необходимость применения фармакологических препаратов, корригирующих состояние эндотелия на ранних этапах развития посттромботического синдрома.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Сушков С.А., Небылицин Ю.С., Самсонова И.В.,
Клопова В.А., Пасевич Д.М., Демидов С.И., Кондратьева В.И.

*Витебский государственный медицинский университет,
г. Витебск, Республика Беларусь*

Цель. Изучить структурно-функциональные изменения эндотелия при экспериментальном посттромботическом синдроме.

Методы. Объектом исследования являлись 110 беспородных крыс, которым после моделирования посттромботического синдрома (ПТС) в системе задней полой вены производили морфологические изменения венозной сосудистой стенки (в качестве контроля исследовалась 10 здоровых крыс). Забор материала производили через 1, 3, 6, 24 часов, на 3-е, 6-е, 15-е, 30-е, 45-е и 90 суток после операции.

Количество циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК) в венозной крови у экспериментальных животных определяли по методу J. Hladovec. Содержание стабильных продуктов деградации монооксида азота (NO_2/NO_3) в плазме крови у экспериментальных животных определяли по методу Грисса.

Результаты. При ПТС изменениям подвергаются все компоненты сосудистой стенки. Деструктивные изменения эндотелия в острую стадию сочетаются с дистрофическими изменениями гладких миоцитов средней оболочки, а также коллагеновых и эластических волокон. Наряду с этим в адвентициальной оболочке и в периадвентициальной зоне постепенно развивается мезенхимально-сосудистая реакция с пролиферацией клеток, новообразованием капилляров, формированием коллагеновых волокон. Реакции клеточных элементов в ответ на нарушение кровотока свидетельствует о том, что наибольшей лабильностью обладает сосудистый эндотелий.

Через 6 часов после экспериментального ПТС количество ЦЭК оказалось повышенным на 56,8 % ($p < 0,05$) В первые сутки после экспериментального моделирования ПТС отмечалось увеличение количества ЦЭК на 58,8 % ($p < 0,05$), через 3-е суток содержание ЦЭК было увеличено на 38,2 %, через 7 суток содержание ЦЭК было на 44,3 % выше ($p < 0,05$), чем в контроле. На 15-е и 30-е сутки количество ЦЭК было выше на 27,7 % и 21,7 % в сравнении с показателями контрольной группы. На 45-е сутки количество ЦЭК было выше на 29,4 %, на 90-е сутки количество ЦЭК статистически не отличалось от показателей контрольной группы. Через 3 и 6 часов содержание NO_2/NO_3 в плазме было выше на 29 % и 26 %. В первые сутки содержание NO_2/NO_3 в плазме оказалось повышенным на 38,4 %. Через 3 и 7 суток содержание NO_2/NO_3 в плазме было выше на 54,9 % и 23,4 % в сравнении с показателями в контрольной группе. На 15-е и 30-е сутки наблюдения содержание NO_2/NO_3 в плазме животных оказалось выше на 24,1 % и 29,5 %, чем в контроле ($p < 0,05$). На 45-е сутки содержание NO_2/NO_3 в плазме статистически не отличалось от показателей контрольной группы, на 90-е сутки содержание NO_2/NO_3 в плазме животных оказалось выше на 43,6 % чем в контроле ($p < 0,05$).

Выводы.

1. При посттромботическом синдроме морфологические изменения вены имеют определенную динамику, зависящую от специфики патологического процесса.

2. Увеличение количества циркулирующих эндотелиальных клеток в крови на фоне повышения содержания в плазме крови нитратов/нитритов свидетельствует о развитии существенно выраженной дисфункции эндотелия при посттромботическом синдроме.

МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КРИТЕРИЕВ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ХЗВ

Сушков С.А., Ржеусская М.Г.

*Витебский государственный медицинский университет,
г. Витебск, Республика Беларусь*

Актуальность. В лечении ХЗВ наиболее рациональным считается комплексный подход, сочетающий в себе оперативное лечение, направленное на коррекцию патологического сброса, и дополнительное воздействие веноактивной, симптоматической и местной терапии. Однако вопрос применения при этом антибиотикотерапии (АБ-терапии) является нерешенным.

Нами предложена схема, позволяющая посредством определения D-лактата и β -лактамазной активности (β -ЛА) в крови быстро и эффективно определять степень бактериальной обсемененности в трофически измененных тканях, что особенно важно при экземах, когда бактериологический метод не позволяет дать ответ о степени контаминации. Кроме того, часто выявляемая в последние годы резистентность к β -лактамам антибиотикам значительно снижает эффективность назначаемой эмпирической АБ-терапии.

Цель. Определить критерии назначения системной АБ-терапии при ХЗВ нижних конечностей по результатам определения D-лактата и β -ЛА сыворотки крови.

Методы. Обследовано 40 пациентов (1 группа) с венозными трофическими язвами и 16 пациентов (2 группа) с заболеваниями вен нижних конечностей C_3 - C_5 (СЕАР), которые составили группу сравнения. В обеих группах определялся уровень D-лактата и β -ЛА в сыворотке крови, полученной из периульцерозной вены (1 группа) или из магистральных вен средней трети голени (2 группа). Соотношение женщины/мужчины в 1 группе составило 24/16, во 2 – 8/8 пациентам. Средний возраст в 1 группе равнялся $57,8 \pm 11,6$, во 2 группе – $52,9 \pm 11,6$ лет. В 1 группе обследованных с первично возникшей язвой было 26, с рецидивной – 14 пациентов. Во 2 группе по клиническим классам СЕАР распределение было следующим: C_3 – 3, C_4 – 5, C_5 – 8 пациентов.

Результаты. Среднее значение β -ЛА в 1 и 2 группах составило соответственно 63,71 % (от 46,13 до 84,27) и 64,89 % (от 54,39 до 71,32). В обеих группах показатели β -ЛА значительно ($p < 0,001$) превышали референсное значение – $\geq 26,5$ % (В.М. Семенов, 2014), что позволяет утверждать, что при любой клинической картине ХЗВ назначение β -лактамов при выборе антибактериальных средств не рационально. Также у 2 пациентов 1 группы показатель β -ЛА превысил отметку 81,2 %, что говорит об устойчивости возбудителя и к цефалоспорином 3 поколения (В.М. Семенов, 2014).

Среднее значение D-лактата в 1 и 2 группах составило соответственно 0,429 СмМ (от 0,0086 до 1,1190) и 0,3084 СмМ (от 0,1080 до 0,7080). Референсным принят уровень D-лактата 0,5 СмМ (В.М. Семенов, 2009). Низкий уровень D-лактата (менее 0,3 СмМ) определен у 16 пациентов (40 %) 1 группы и у 11 (68,75 %) 2 группы, средний уровень (0,3-0,5 СмМ) у 11 (27,5 %) и у 3 (18,75 %) пациентов соответственно, а высокий (более 0,5 СмМ) у 13 (32,5 %) и у 2 (12,5 %) пациентов соответственно ($p = 0,06$ по критерию Манна-Уитни). Выявлена четкая корреляция уровня показателя от длительности существования трофических нарушений и клинических проявлений инфекции.

Выводы. 1. По уровню D-лактата в регионарном кровотоке, лишь треть пациентов с венозными трофическими язвами нуждается в назначении системной АБ-терапии.

2. Уровень β -ЛА позволяет в кратчайшие сроки определиться с группой назначаемых антибактериальных средств.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛИКВИДАЦИИ СУПРАФАСЦИАЛЬНОГО ПРИТОКА БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ МЕТОДОМ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ

Фокин А.А., Борсук Д.А.

ЮУГМУ, ООО «Васкулаб», г. Челябинск

На сегодняшний день существуют разные подходы к амбулаторной ликвидации супрафасциального притока при s- и h-

типах строения системы большой подкожной вены (БПВ): минифлебэктомия, инвагинационный пин-стриппинг, склеротерапия, эндовенозная термооблитерация, в том числе лазерная коагуляция (ЭВЛК). При этом в литературе нет убедительных данных о результатах эндовенозного лазерного воздействия на участок вены, расположенный вне фасциального компартмента.

Цель. Оценить возможности ЭВЛК как метода ликвидации несостоятельно супрафасциального притока БПВ.

Методы. В проспективное несравнительное исследование вошли 315 пациентов, оперированных с апреля 2014 по март 2017 года, которым было выполнено 343 ЭВЛК БПВ и ее супрафасциального притока при s- и h- типах строения. Применялся лазер с длиной волны 1470 Нм, радиальные световоды, автоматическая тракция, тумесцентная анестезия с помощью инфльтрационного насоса. Диаметр БПВ, подвергнутых коагуляции, в приустьевом отделе составил от 4 до 35 мм (в среднем $14 \pm 4,3$ мм). Диаметр супрафасциальных вен составлял от 5 до 14 мм (в среднем $10 \pm 2,3$ мм) без учета локальных флебэктазов. Применялась мощность от 6 до 10 Вт, линейная плотность энергии от 66,7 до 100 Дж/см. Компрессионный трикотаж назначался на 1-4 недели. Период наблюдения составил от 72 до 357 дней (медиана 143 ± 35 дней). Пациенты осматривались на следующий день после процедуры, через 2 и 6 месяцев.

Результаты. В данном исследовании оценивался технический результат – окклюзия вены, подвергнутой коагуляции, а также наличие или отсутствие осложнений со стороны коагулированного супрафасциального участка. Технический успех был достигнут в 340 (99,1 %) случаях. У 3 (0,9 %) пациентов наблюдалась сегментарная реканализация, в связи с чем им была выполнена ЭХО-контролируемая микропенная склеротерапия. Потребности в повторном ЭВЛК не возникло ни в одном случае. Из осложнений со стороны коагулированной супрафасциальной части были отмечены следующие: пигментация по ходу вены – у 6 (1,7 %) пациентов. Все пигментации прошли в сроки до 6-12 месяцев. Флебит коагулированной вены с выраженным болевым

синдромом – также в 6 (1,7 %) случаях. Купировался назначением НПВС и местных средств. В 5 (1,5 %) случаях определялись локальные втяжения кожи и подкожно-жировой клетчатки (ПЖК) в зоне коагуляции. У 3 (0,9 %) пациентов втяжения регрессировали в течение 3-6 месяцев, однако в 2 (0,6 %) случаях сохранились в отдаленном периоде. Пациентам предложена коррекция дефекта методом липографтинга, от которой они отказались.

Выводы. ЭВЛК является надежным методом ликвидации супрафасциального притока БПВ. Обратимые осложнения, такие как гиперпигментации, флебиты, локальные втяжения кожи и ПЖК, развиваются в 4,4 % случаях. Необратимые локальные втяжения могут развиваться в 0,6 % случаях. Пациент должен быть информирован о возможных последствиях. Требуется сравнительное исследование разных методов ликвидации супрафасциального притока БПВ.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: ВЛИЯНИЯ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Фомин К.Н., Сорока В.В., Нохрин С.П., Белоусов Е.Ю.

НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург

Развитие концепции персонализированного подхода к больным с тромбозом глубоких вен, основанной на выборе тактики ведения больных в зависимости от индекса массы тела, является новым, неизученным и перспективным направлением исследований.

Цель: оценить влияние индекса массы тела на развитие системной воспалительной реакции (SIRS) и степень венозной недостаточности у больных с тромбозом глубоких вен нижних конечностей.

Материалы и методы: изучено 90 больных с тромбозом глубоких вен нижних конечностей. Больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 60 больных (66,6 %) с не-

достаточной, нормальной или незначительно избыточной массой тела ($ИМТ \leq 30 \text{ кг/м}^2$). Во второй группе были 30 больных (33,3 %) с ожирением ($ИМТ \geq 30 \text{ кг/м}^2$). Пациенты обеих групп получали антикоагулянтную терапию с первого дня диагностированного заболевания. Средний возраст пациентов составил 57 ± 3 лет и был без статистически значимой разницы в группах, средний срок от начала заболевания до старта лечения составлял 5 ± 1 день и также был без статистически значимой разницы во всех группах. Динамика SIRS и критериев венозной недостаточности оценивалась в 1-й день от начала лечения, а также через месяц и год. Учитывались не только классические признаки SIRS (по R. Bone), но и так называемые «малые» признаки (фибриноген $> 4 \text{ г/л}$, повышение уровня С-реактивного белка, лейкоцитоз в пределах $9-12 \cdot 10^9/\text{л}$, повышение температуры тела до $37,0-37,9^\circ$). Тяжесть венозной недостаточности оценивалась по баллам по известной шкале Villalta (Villalta scale) также в 1 день от начала лечения, через месяц и год.

Результаты: в 1-й день исследования средние значения SIRS в группе больных с $ИМТ \leq 30 \text{ кг/м}^2$ были 1,25. Во 2-ой группе эти значения были выше и составили 1,5. Заметное снижение показателей SIRS во всех группах было выявлено через месяц: в группе больных с недостаточной, нормальной или незначительно избыточной массой тела ($ИМТ \leq 30 \text{ кг/м}^2$) до 0,4, в группе больных с ожирением до 0,73. Через год разницы в интенсивности SIRS у больных обеих групп отмечено не было и это значение составило 0,2.

Динамика изменений степени венозной недостаточности в разных группах больных также имела свои особенности. Интенсивность венозной недостаточности в 2-х группах в 1 день была различна: в 1-ой группе ($ИМТ \leq 30 \text{ кг/м}^2$) она была менее интенсивна и составила 7,22, во 2-ой группе ($ИМТ \geq 30 \text{ кг/м}^2$) ее значение составило 7,51. Через месяц разница сохранилась: в группе больных с недостаточной, нормальной или незначительно избыточной массой тела венозная недостаточность составила 2,04 балла, в группе больных с ожирением 2,3 балла. Через год эта разница стала более значительной: в 1 группе степень венозной недостаточности составляла 1,2 балла, во 2-ой группе 2,2 балла.

Обсуждение: результаты сравнительных исследований свидетельствуют о более интенсивной системной воспалительной реакции и венозной недостаточности у больных с тромбозом глубоких вен нижних конечностей с ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/м²) на протяжении года наблюдения.

Выводы: 1. Индекс массы тела у больных с тромбозом глубоких вен нижних конечностей влияет на интенсивность системной воспалительной реакции, а также на степень венозной недостаточности.

2. У больных с ожирением интенсивность системной воспалительной реакции и степень венозной недостаточности при тромбозе глубоких вен нижних конечностей выше, чем у больных с недостаточной, нормальной или незначительно избыточной массой тела в течение года наблюдения.

3. Результаты прямых сравнительных исследований больных с различным индексом массы тела при тромбозе глубоких вен нижних конечностей позволяют наметить нити улучшения результатов лечения больных с тромбозом глубоких вен нижних конечностей на основе персонифицированного подхода к лечению таких больных.

ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ ПОРТ-СИСТЕМАМИ: 5-ЛЕТНИЙ ОПЫТ

Черкашин М.А., Серов А.В., Березина Н.А., Супрун К.С.,
Пучков Д.Д., Никитина Н.В.

Медицинский институт им. Березина Сергея, Санкт-Петербург

В онкологической практике с целью продлённой химиотерапии существует насущная потребность в длительно функционирующем венозном доступе. Использование порт-систем постоянного венозного доступа даёт возможность обеспечить это на длительный срок. Вместе с тем, согласно литературным дан-

ным (Piran, 2014; Mercy, 2014) у 15,8 % пациентов в течение первого года после имплантации происходит венозный тромбоз в системе верхней полой вены. Тромбоз чаще всего развивается в промежутке между 82-м и 103-м днями после имплантации.

Цель исследования. Оценить отдалённые результаты мониторинга ВТЭО у пациентов с порт-системами

Материалы и методы. С целью продлённой химиотерапии в 2013-2017 годах нами было выполнено 264 имплантации венозных порт-систем под контролем мультиспиральной компьютерной томографии, рентгеноскопии, ультразвуковой навигации. Средний возраст пациентов составил 45 лет (37-61). 236 пациентов были включены в программу наблюдения: в плановом порядке – первичную консультацию сосудистого хирурга, повторные консультации через 3 месяца и через 12 месяцев; ультразвуковое ангиосканирование системы верхней полой вены через 3, 6, 12 месяцев после имплантации (затем раз в год либо при развитии клиники ВТЭО внепланово); эхокардиографию через 3 и через 12 месяцев после имплантации порта. При подозрении на лёгочную эмболию – КТ-ангиографию.

Результаты и обсуждение. Тромбоз (непроходимость) порт-системы с вовлечением подключичной вены либо пролабированием верхушки тромба из катетера в верхнюю полую вену развились у 21 пациента (8.8 %). В среднем тромбоз возник на 3-4 месяцах после имплантации порт-системы). Данным пациентам проводилась антикоагулянтная терапия. В случаях тотальной непроходимости порт-системы выполнялся регионарный тромболитический порт с механической аспирацией лизированных тромботических масс и перевод на лечебные дозы низкомолекулярных гепаринов. В трёх случаях потребовалось удаление порт-системы. За период наблюдения у одного из пациентов была диагностирована немассивная лёгочная эмболия

Выводы. Активное выявление ВТЭО у онкологических пациентов, получающих курсы химиотерапии в порт-систему, позволяет своевременно выявить тромботические осложнения и выполнить реканализацию. С учётом сопутствующего

соматического статуса пациентов (тромбоцитопения, анемия на фоне полихимиотерапии), рутинная антикоагулянтная профилактика ВТЭО требует индивидуального обсуждения в каждом конкретном случае и, согласно имеющимся на сегодняшний день данным, не рекомендована для массового применения.

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Чечулова А.В.¹, Капустин С.И.², Сорока В.В.¹, Чечулов П.В.¹

¹НИИ СП им. И.И. Джанелидзе,

²Российский научно-исследовательский институт гематологии и трансфузиологии, Санкт-Петербург

Беременность и послеродовой период являются естественными факторами риска развития тромбоза глубоких вен и жизнеугрожающей тромбоэмболии легочной артерии. Однако, роль наследственных тромбофилий в предрасположенности к тромбообразованию на фоне беременности изучена недостаточно.

Цель. Выявить наиболее распространенные наследственные факторы риска венозных тромбозов у беременных женщин.

Материал и методы. Был проведен анализ 133 молодых женщин (до 45 лет) с инструментально подтвержденным эпизодом тромбоза глубоких вен (ТГВ) и/или тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), прошедших молекулярно-генетическое исследование полиморфизма ДНК девяти генов: FI-A Thr312Ala, FI-B -455 G/A, FII 20210 G/A, FV 1691 G/A, FXII 46 C/T, FXIII-A Val34Leu, PAI-1 -675 4G/5G, TPA 311 п.н. I/D, EPCR Ser219Gly. Средний возраст пациенток составил 37,4 года (от 16 до 45 лет). Сравнительный анализ распределения генотипов исследуемых генов проводили между группами пациенток с ВТЭ при беременности (n=23, группа I), с идиопатическим ВТЭ (n=44, группа II), а также имеющих другие приобретенные факторы риска (n=66, группа III). Межгрупповые различия в распределении генотипов оценивались с помощью

точного метода Фишера. Для расчета коэффициента «отношения шансов» (OR) с 95 % доверительным интервалом (CI) и р-значения применялся статистический пакет SPSS (SPSS version 17, San Diego, USA).

Результаты. Сравнительный анализ распределения полиморфизма изучаемых генов между тремя группами выявил значимые различия. Так, в группе беременных пациенток частота встречаемости гетерозигот по FII 20210 G/A в 2,4 раз выше, чем в группе с идиопатическим ВТЭ (21,7 % vs. 9,1 %; OR=2,7; 95 % CI:0,7–11,5; p=0,15) и в 4,8 раз выше, чем в группе пациенток с приобретенными факторами риска (21,7 % vs. 4,5 %; OR=5,7; 95 % CI:1,2–26,7; p=0,02). Гетерозиготы по FV 1691 G/A (Лейденская мутация) практически одинаково часто встречались в трех сравниваемых группах: 17,4 % vs. 20,5 % vs. 15,2 %. Гомозиготный вариант FXIII Leu34Leu почти в 4 раза чаще встречался при беременности, чем в двух других группах (17,4 % vs. 4,5 %; OR=5,3; 95 % CI:1,0–27,8; p=0,05 и 17,4 % (II группа) vs. 20,5 % (III группа), соответственно).

Напротив, носительство гетерозиготы по FI-B -455 G/A имело тенденцию к протективному эффекту от риска ВТЭ среди беременных и встречались в 2 раза реже, чем в двух других группах (26,1 % vs. 45,5 %; OR=0,4; 95 % CI:0,5–1,1; p=0,07 и 26,1 % vs. 42,4 %; OR=0,5; 95 % CI:0,2–1,8; p=0,21), а гомозиготы среди беременных обнаружены не были. Изучение распределения полиморфизма других генов не выявило выраженных различий между сравниваемыми группами.

Выводы. Носительство мутаций FII 20210 G/A и FXIII 34 Leu/Leu достоверно ассоциировано с 2-х и 4-кратным увеличением риска ВТЭ у беременных женщин, соответственно. Гетерозиготный вариант FI-B -455 G/A может обладать протективным эффектом от риска ВТЭ при беременности. Необходимы дополнительные исследования.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ НЕДОСТАТОЧНЫХ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН У БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМИ АНГИДИСПЛАЗИЯМИ

Шакиров Р.А.

ООО «Клиника доктора Шакирова Р.А.», г. Самара

Цель: оценка эффективности метода эндовенозной лазерной коагуляции у пациентов с осложненной формой венозной дисплазии нижних конечностей

Методы: в период с августа 2013 по 2016 гг. в клинике наблюдались 4 пациента с венозной формой ангиодисплазии. Возраст составил от 19 до 34 лет; 2 мужчин, 2 женщин. Процесс локализован на нижних конечностях. В период обращения у пациентов присутствовали жалобы на отечность, усиление болевого синдрома. Произведено ультразвуковое сканирование: у 2-х пациентов выявлены сильно расширенные недостаточные перфорантные вены диаметром 0,6-1,3 см. в области коленного сустава и 1/3 голени. Применялась ЭВЛК недостаточных перфорантных вен по стандартной методике торцевым световодом под туменесцентной анестезией. Всем пациентам кроме того проводилась консервативная терапия – трикотаж 3 класса компрессии, курсовой прием флеботоников

Результаты: контрольные осмотры проводились через 2 и 6 мес, далее – ежегодно. По истечении этого периода проведена оценка жалоб и объективного статуса, ультразвуковое ангиосканирование. Общим для пациентов явилось уменьшение выраженного болевого синдрома, отека. В группе (2 человека), где проведено ЭВЛК жалобы на боли, отек, практически отсутствовали. В группе (2 человека), где проводилась только консервативная терапия, боли и отек хотя и уменьшились, но незначительно.

Выводы. ЭВЛК недостаточных перфорантных вен у пациентов с венозной формой ангиодисплазии является рекомендованной методикой, эффективно повышающей качество жизни.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПРЕССИОННОГО ТРИКОТАЖА 1-ГО И 2-ГО КЛАССА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ЭВЛК

Шакиров Р.А.

ООО «Клиника доктора Шакирова Р.А.», г. Самара

В стандартной методике проведения ЭВЛК обязательным является использование в послеоперационном периоде трикотажа 2-го класса компрессии. Нам было интересно оценить и сравнить использование трикотажа 1-го класса компрессии.

Цель: оценить эффективность компрессионного трикотажа 1-го и 2-го класса компрессии в послеоперационном периоде после проведения стандартной ЭВЛК.

Материалы и методы: в исследование включено 438 пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей С2,С3 классов по СЕАР, проводилась в период с 2013 по 2016 гг., возраст от 18 до 72 лет, женщин 381 (86,9 %), мужчин 57 (13,1 %). Выполнено 475 операций ЭВЛК, из них БПВ – 251, МПВ – 109, сочетание БПВ и МПВ – 38, ПДПВ – 47, недостаточных перфорантных вен – 30. Применялся лазер с длиной волны 1470 нм., световоды торцевые и радиальные в модификациях radial, slim. Пациенты были разделены на 2 группы. Группа А – 238 чел. Использовали компрессионный трикотаж 2-го класса (чулки, колготки). Группа В – 200 чел. Использовали трикотаж 1-го класса компрессии. Длительность периода ношения обязательная – 14 дней; рекомендованная – 30 дней. В послеоперационном периоде пациенты наблюдались на 2-е, 7-е, 14-е сутки, спустя 1 мес, 6, мес, 1 год. Обязательным условием было ультразвуковая оценка качества кровотока и степени облитерации обработанных лазером вен. Болевой синдром оценивался по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), учитывался прием анальгетиков.

Результаты: в послеоперационном периоде у пациентов группы А отек уменьшился к 3-му дню, боль в послеоперационном периоде исчезла на 7-й день. У пациентов группы В на 4-е сутки отек практически исчез, так же на 8-е сутки полностью исчезли болевые ощущения. Таким образом, результаты применения трикотажа

1-го и 2-го класса компрессии в послеоперационном периоде после ЭВЛК сопоставимы в обеих исследуемых группах пациентов.

Выводы: течение послеоперационного периода в группе А и В сопоставимы по своим клиническим проявлениям. Использование компрессионного трикотажа 1-го класса пациентам с варикозной болезнью, на наш взгляд, более предпочтительно, так как его использование вызывает меньшие затруднения.

ЗАВИСИМОСТЬ СТЕПЕНИ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ОТ СХЕМЫ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ

Щеглов Э.А.

*Петрозаводский государственный университет,
г. Петрозаводск*

Наиболее частым исходом перенесенного ТГВ является частичная реканализация просвета тромбированной вены, иногда реканализация бывает полной, в ряде случаев сохраняется полная облитерация вены. Основные процессы восстановления просвета тромбированной вены наиболее активно протекают в течение первых 6-12 месяцев после эпизода ТГВ. В более отдалённые сроки динамики морфологических изменений просвета поражённой вены уже значительно менее выражена. Поэтому тот результат которого удаётся достигнуть в течение первых месяцев с момента развития тромбоза зачастую сохраняется и в дальнейшие годы жизни пациента.

Цель. оценить возможный вклад НОАК, в развитие реканализации тромбированных вен у пациентов, перенесших ТГВ нижних конечностей.

Методы. В исследовании приняли участие 42 пациента с ТГВ нижних конечностей. Пациенты клинической группы получали ривароксабан (Ксарелто) по стандартной схеме в качестве стартовой терапии. У подавляющего большинства пациентов продолжительность приёма препарата составила 6 месяцев.

В контрольную группу пациентов вошли 28 больных, сопоставимых по основным демографическим и клиническим параметрам с основной группой, получавших стандартную терапию НМГ с переводом на АВК (варфарин). Общий срок терапии у подавляющего большинства больных также составил 6 месяцев.

Срок наблюдения за пациентами составил 1 год. Пациенты после выписки из стационара осматривались через 1, 3, 6, 12 месяцев с выполнением УЗАС вен нижних конечностей с оценкой степени реканализации. При этом использовалась 4-х ступенчатая градация степени реканализации: слабая, средняя, хорошая и полная реканализация (Чуриков, Кириенко). Степень тяжести ПТБ оценивали по шкале Виляльта.

Результаты. В контрольной группе у одного пациента отмечен эпизод макрогематурии, потребовавший отмены АВК. Рецидива ТГВ и ТЭЛА и других клинически значимых кровотечений не отмечено.

Через месяц с начала лечения различия между группами недостоверны. Через 3 месяца в клинической группе окклюзия вены сохранялась у 9,5 %, а в контрольной у 29,6 % (различия достоверны). Через 6 месяцев сохранились достоверные различия в доле пациентов с окклюзией 4,8 % в клинической и 25,9 % в контрольной группе. Общее количество пациентов с окклюзией и слабой реканализацией в клинической группе составило 5 человек (11,9 %), а в контрольной 12 (44,3 %). В клинической группе хорошая реканализация отмечена у 24 (57,1 %), а в контрольной только у 7 (25,9 %) пациентов (различия достоверны).

Через 12 месяцев окклюзия и слабая реканализация сохраняются у 3 (7,2 %) пациентов клинической и у 11 (40,7 %) контрольной группы. Хорошая и полная реканализация отмечена у 31 (73,8 %) больных клинической группы и только у 10 (37,0 %) группы контроля.

Выводы.

1. Применение ривароксабана в качестве основного антикоагулянта у больных с острым венозным тромбозом позволяет достичь более высокого уровня реканализации

по сравнению с группой пациентов, получавших классическую терапию НМГ+АВК.

2. Положительный эффект, возникший в течение первых 6 месяцев лечения, когда больные принимали назначенный им препарат, сохранялся и в дальнейшем до истечения первого года после отмены терапии.

ВЛИЯНИЕ СУЖЕНИЯ ПРОСВЕТА ВЕНОЗНОГО РУСЛА НА РЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ К ГИПЕР- И ГИПОВОЛЕМИИ

Юров А.Ю.

ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Цель. Изучить влияние механического затруднения оттока крови из венозного русла к правому сердцу, обусловленного сужением просвета венозного русла на реактивность системного кровообращения к гипер- и гиповолемии.

Методы. В работе выполняли сравнительный анализ сдвигов системного артериального давления (САД), центрального венозного давления (ЦВД) и кровотока по задней полую вене (КЗПВ) у 14 наркотизированных кроликов со вскрытой грудной клеткой. КЗПВ измеряли ультразвуковым доплеровским манжеточным датчиком, расположенным на задней полую вене. САД и ЦВД определяли прямым методом тензодатчиками в соответствующих кровеносных сосудах. Сдвиги системного кровообращения формировали по следующей методике. Вначале увеличивали объем циркулирующей крови (ОЦК) на 20 % (введение крови в сосудистое русло) и потом возвращали ОЦК к исходной величине. Затем уменьшали ОЦК также на 20 % (забор крови из сосудистого русла) и далее опять возвращали ОЦК к исходному значению. Сначала описанные выше сдвиги системного кровообращения вызывали в условиях естественного венозного возврата крови к сердцу, а затем при дозированном сужении просвета задней полую вены.

Все измеряемые параметры вводили в оцифрованном виде память компьютера в реальном масштабе времени, а полученные результаты были подвергнуты сравнительному статистическому анализу.

Результаты. Увеличение ОЦК приводило к возрастанию САД, ЦВД и КЗПВ, а его уменьшение – соответственно к их убыванию. Экспериментальное сужение просвета задней полую вены приводило к уменьшению амплитуды сдвигов САД, ЦВД и КЗПВ, вызываемых забором крови из сосудистого русла, по сравнению с контролем (т.е. отсутствием сужения), но (!) к возрастанию амплитуды их сдвигов, развивающихся в ответ на увеличение ОЦК. Если в ответ на кровопотерю в контроле (естественный венозный возврат крови к сердцу) АД падало на 13 ± 4 %, то в условиях сужения просвета задней полую вены оно снижалось лишь на 7 ± 2 % (т.е. менее выражено на 5 %). Сдвиги КЗПВ также уменьшились в условиях затрудненного венозного оттока (с 15 ± 4 % до 9 ± 3 %, т.е. были менее выражены на 5 %). Аналогично падение ЦВД было меньше (на 11 ± 4 % и лишь на 7 ± 3 % соответственно, т.е. на 4 %). В то же время в ответ на увеличение кровенаполнения САД возрастало более значительно в условиях сужения просвета задней полую вены, чем в контроле (на 20 % \pm 3 % по сравнению с 16 ± 4 %, т.е. более выражено на 4 %). КЗПВ также увеличивался в большей степени по сравнению с контролем (соответственно на 19 ± 3 % по сравнению с 14 ± 4 % или более выражено на 5 %). Аналогично ЦВД в ответ на увеличение объема циркулирующей крови возрастало значительней в условиях затруднения оттока из бассейна задней полую вены, чем в контроле (прирост на 14 ± 5 % по сравнению с 8 ± 6 %, т.е. более выражено на 6 %).

Выводы. В условиях затрудненного оттока крови из бассейна задней полую вены, обусловленного сужением просвета венозного сосудистого русла, наблюдается увеличение реактивности системного кровообращения в ответ на гиперволемию и ингибирование указанной реактивности в ответ на гиповолемию.

ВЗГЛЯД ПАЦИЕНТА НА ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ГИДРОАКТИВНЫХ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ В ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

Якушкин С.Н.

Медицинский центр «Академия здоровых ног», Москва

Цель: оценить преимущество гидроактивных повязок у пациентов с венозными трофическими язвами нижних конечностей, в сравнении с привычным лечением с точки зрения пациента.

Материалы и методы. Проведен анализ анамнеза и клинических результатов лечения у 40 пациентов (мужчин – 8, женщин – 32, средний возраст составлял – 50,1±8,4 лет, средняя площадь язв – 17±2,1 см², существования язвы составляла более одного года. Оценка результатов традиционного лечения проводилась по детальному изучению анамнеза. Оценка клинических результатов осуществлялась на 30-е и 60-е сутки лечения.

С целью изучения неудовлетворенности пациентов с ВТЯ от привычного лечения, с использованием местных антисептиков и мазей на водной основе, проведен детальный анализ анамнеза и опрос 40 пациентов. Пациентам предложено было ответить на несколько основных вопросов: Какое количество перевязок в течение суток потребовалось? Была ли болезненность во время удаления повязок? Появлялся ли запах в области язвы? Получили ли они ожидаемый результат от лечения? Оценка боли осуществлялась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Всем пациентам с варикозной болезнью был устранен рефлюкс различными способами, с последующим применением компрессионного трикотажа. У пациентов с посттромботической болезнью использовался компрессионный трикотаж или многослойный компрессионный бандаж. Однако больший интерес в данном исследовании представляло местное лечение язв. Для этой цели применялись современные гидроактивные раневые покрытия.

Результаты: при анкетировании пациентов выяснилось, что 33 пациента перевязывались один раз в сутки и 7 пациентов

меняли дважды в сутки. У всех пациентов отмечалось появление боли, либо усиление существующей (6,7±1,4 балла по ВАШ). Всех пациентов беспокоил неприятный запах в течение первых суток после перевязки. Ни у одного пациента не отмечалось полной эпителизации и у 26-ти пациентов отмечалось увеличение площади язвы. При использовании гидроактивных повязок кратность перевязок уменьшилась до одного раза в 3-4 суток. Смена повязок происходила без усиления боли (2,1±0,4 балла по ВАШ). При соблюдении времени удержания покрытия на язве пациенты не отмечали присутствия запаха. На 30-е сутки у 24-х пациентов наступила полная эпителизация. Средняя площадь язвенного дефекта составляла 7,5±0,8 см². К 60-м суткам у всех пациентов наступила эпителизация.

Выводы: гидроактивные повязки не только отвечают всем современным требованиям, но и в лечении трофических язв удовлетворяют требования пациента. Современные гидроактивные покрытия уменьшают кратность перевязок до одного раза в 3-4 суток. При этом отсутствует или не нарастает болевой синдром при смене повязки, удерживается неприятный запах и, что самое существенное, все пациенты получили ожидаемый результат в виде полной эпителизации язв в течение 60-ти дней.

ПЕРСПЕКТИВЫ SHAVE-ТЕРАПИИ И АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Якушкин С.Н.

Медицинский центр «Академия здоровых ног», Москва

Цель: определить показания и оценить перспективы Shave-терапии в лечении хронических трофических язв.

Материалы и методы: в последнее время увеличилось количество пациентов с трофическими язвами больших размеров и резистентных к консервативной терапии, в связи с чем необходимо использование инвазивных методов лечения трофических язв.

Одним из таких методов является послойная тангенциальная над фасциальная некрэктомия и фиброзэктомия или Shave – терапия в сочетании с аутодермопластикой. За последние 4 месяца прооперировано 7 пациентов с хроническими ранами, из них 6 пациентов с ранами венозного генеза, причем у 1 пациента язвы на обеих ногах и 1 пациент с посттравматической, послеоперационной раной.

Характеристика пациентов: мужчин – 1, женщин – 6, средний возраст составлял – 62,7±5,9 лет, средняя площадь трофической язвы – 134,4±12,9 см², длительность существования трофической язвы – 2,67±4,8. Всем пациентам была выполнена послойная тангенциальная над фасциальная некрэктомия и фиброзэктомия или Shave-терапия с аутодермопластикой. Лоскут забирался с пораженной конечности, с бедра толщиной 0,3 мм с помощью электродерматома. Shave-терапия выполнялась всем пациентам независимо от стадии раневого процесса до появления кровоточащей поверхности, толщина каждого снимаемого слоя составила 0,2-0,4 мм. Лоскуты фиксировались узловыми швами с интервалом 1 см. Во избежание образования под лоскутных гематом с помощью скальпеля сделано несколько перфораций лоскутов. С целью компрессии нижних конечностей назначен компрессионный трикотаж или не эластическое бандажирование.

Оперативное лечение выполнено в амбулаторных условиях, в 4 случаях под местной анестезией и в 3 случаях под спинномозговой анестезией. В 4 случаях кроме всего одномоментно выполнено ЭВЛК с целью устранения венозного рефлюкса.

Результаты: при оценке результатов оценивалась адаптация лоскута на ране через первые 5 суток, затем через 14 и 30 суток. На 5 сутки у всех пациентов не наблюдалось лизиса лоскута. На 14 сутки у 1 пациента лоскут лизировался на 30 %, у 3 пациентов на 20 % и у 3- пациентов менее чем на 5 %. На 30 сутки у 1 пациента лоскут лизировался полностью, у 1 пациента на 70 % у 2-х на 20 % и у 3 пациентов наступило практически полное заживление ран. Однако не смотря на то, что в 2 случаях получен лизис лоскута, были назначены современные раневые покрытия и, раны зажили в течении 3 месяцев.

Выводы. Таким образом, к показаниям к Shave-терапии можно считать обширные раневые дефекты более 50 см² и любые хронические раны резистентные к консервативным методам лечения, о чем свидетельствует длительное существование трофических язв, более 2 лет. Послойная тангенциальная, над фасциальная некрэктомия и фиброзэктомия или Shave-терапия и аутодермопластика у пациентов с хроническими трофическими язвами является перспективным, эффективным, современным методом лечения, но который требует дальнейшего исследования и выявления новых показаний, а так же послеоперационного ведения, с целью предотвращения лизиса пересаженного лоскута.

SHAVE-ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТА С ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИМИ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ

Якушкин С.Н., Илюхин Е.А., Шонов О.А., Демехова М.Ю.

*Медицинский центр «Академия здоровых ног», Москва,
Хирургическая клиника «Медаль», Санкт-Петербург*

Введение: в клиническом случае представлен результат закрытия длительно незаживающих, резистентных к консервативному лечению трофических язв с помощью Shave-терапии.

Описание: Пациентка М., 59 лет. Жалобы на наличие язв на левой и правой голени, боли в области язв. В анамнезе: в 1991 году выполнена флебэктомия в бассейне большой подкожной вены с обеих сторон. 4 года назад открылись язвы на левой и правой голени, которые увеличивались в размерах, не смотря на лечение. Голени умеренно отечны с гиперпигментацией кожи и липодерматосклерозом. На голени в дистальной трети справа по передней поверхности, слева по переднемедиальной поверхности язвенные дефекты кожи (8×6 и 9×7 см соответственно) с налетом фибрина на дне и скудными отделяемыми.

Дуплексное сканирование вен нижних конечностей: справа – несостоятельность клапанного аппарата резидуального ствола БПВ с рефлюксом через СФС до проксимальной трети

голени и, далее, в варикозные притоки на голени; слева несостоятельность сафено-фemorального соустья с рефлюксом в переднюю добавочную поверхностную вену, распространением рефлюкса на резидуальный сегмент БПВ дистальной S бедра до проксимальной трети голени и, далее, в варикозные притоки на голени.

Выставлен диагноз: варикозное расширение вен обеих нижних конечностей. Состояние после флебэктомии в бассейне БПВ справа и слева от 1991 г. Длительно незаживающие трофические язвы правой и левой голени. Справа: C2,3,4b,6,S,Er,As,Pr,2,3; слева: C2,3,4b,6,S,Er,As,Pr,2,3,5,LI.

Учитывая длительное (более 4 лет) существование язвенных дефектов, неэффективность консервативной терапии было решено под спинномозговой анестезией одновременно выполнить ЭВЛК стволов БПВ справа и слева, передней добавочной поверхностной вены слева, минифлебэктомию и Foam-Form склеротерапию притоков, Shave-терапию и аутодермопластику трофических язв.

ЭВЛК, минифлебэктомия и склеротерапия выполнены по стандартным методикам. Лоскут взят с передней поверхности правого бедра размером 10×17 см и толщиной 0,3 мм с помощью электродерматома. С помощью же электродерматома выполнена Shave-терапия до появления кровотокащей поверхности, толщина каждого снимаемого слоя составила 0,3 мм. Лоскуты адаптированы на ранах и фиксированы узловыми швами с интервалом 1 см. В избежание образования подлоскутных гематом с помощью скальпеля сделано несколько перфораций лоскутов. На раны наложены атравматические раневые покрытия и марлевая салфетка с повидон-йодом. Компрессия в послеоперационном периоде обеспечена бандажированием зоны аутодермопластики неэластичным когезивным бинтом и компрессионным трикотажем.

Первая перевязка выполнена на 5 сутки после операции, при осмотре пересаженный лоскут адаптирован на 100 %, сняты швы. На 13 сутки отмечен краевой лизис лоскутов в верхних частях раны площадью до 1 см² каждый. Дополнительного лизиса кожи к 20 суткам не наблюдалось

Выводы. Данный случай показал, что использование Shave-терапии в сочетании с ликвидацией патологических рефлюксов в поверхностных венах является одним из наиболее эффективных методов быстрого закрытия обширных венозных трофических язв, резистентных к консервативному лечению.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

А	
Аиткулов А.И.	45
Акбиева Ф.М.	6, 7, 8, 14
Ангелова В.А.	3
Артемова А.С.	65
Асланов А.Д.	6, 7, 8, 10, 12, 14
Б	
Баева Ф.Х.	6, 7, 8, 10
Белоусов Е.Ю.	94
Березина Н.А.	96
Бесараб Т.В.	83
Богачев В.Ю.	15, 16, 30
Богомазов И.Ю.	32
Богомоллова В.В.	18
Богомолов М.С.	18
Болдин Б.В.	15
Борсук Д.А.	92
Бредихин Р.А.	20
Бурлева Е.П.	23
Бутырский А.Г.	34
В	
Виноградов И.В.	53, 55
Г	
Голованова О.В.	15
Гордеев Н.А.	63
Готыжев М.А.	12
Д	
Гужков О.Н.	25
Д	
Дементьева Г.И.	26
Демехова М.Ю.	109
Демидов С.И.	85, 87, 89
Деркачев С.Н.	28
Дженина О.В.	16, 30
Дрожжин Е.В.	3
З	
Загаров С.С.	42
Золкин В.Н.	32
И	
Иванов М.А.	65
Иващенко О.Е.	83
Игнатенко П.В.	36
Ильченко Ф.Н.	34
Илюхин Е.А.	109
Исхаков Р.Б.	60
К	
Казанский М.Ю.	42
Калачёв Е.В.	34
Калинин С.С.	68
Каменев В.М.	58
Капто А.А.	53, 55
Капустин С.И.	78, 98

Карапетян И.Б.	83	Мамедов Р.Э.	3, 53, 55
Карданова Л.Ю.	8, 12	Маркин С.М.	49, 56, 58
Карпенко А.А.	36, 82	Мельниченко А.Ю.	32
Карпенков М.В.	70	Мовчан К.Н.	60
Клеванец Ю.Е.	36	Мордовин А.И.	56, 58
Климчук И.П.	56, 68	Морозова О.Н.	70
Клопова В.А.	87, 89	Мясникова М.О.	63
Ковалев А.А.	37	Н	
Коваленко А.В.	60	Наумов Е.К.	26
Ковчур О.И.	39	Небылицин Ю.С.	62, 85, 87, 89
Ковчур П.И.	39	Неймарк А.Е.	37
Колесников Ю.Ю.	42	Нестеренко Е.В.	83
Коломыц Р.А.	45	Несходимов Л.А.	15
Кондратьева В.И.	85, 87, 89	Никитина Н.В.	96
Корнюшин О.В.	37	Нохрин С.П.	94
Коротков И.Н.	32	П	
Крылов А.Ю.	41	Пан В.И.	63
Куготов А.Х.	6, 7, 8, 10, 12, 14	Папаян Л.П.	78
Кудин А.А.	45	Пасевич Д.М.	85, 87, 89
Л		Пахомов Е.А.	28
Лаберко Л.А.	26	Пашинин А.Д.	73
Ларьков Р.Н.	42	Пендюрин М.С.	45
Литвинов Р.И.	20	Петраков К.В.	42
Лобанов В.Н.	16	Петровская А.А.	41
Логвина О.Е.	6, 7, 8, 10, 12, 14	Пешкова И.Д.	20
Лукьяненко М.Ю.	82	Пиханова Ж.М.	65
Любарский И.И.	45	Пучков Д.Д.	96
М		Р	
Мазайшвили К.В.	3, 45, 53, 55	Раповка В.Г.	66
Максимов С.В.	49, 56	Раскин В.В.	77
Малахов Ю.С.	51	Расулов Н.А.	34
Мальцева В.А.	45	Рачков М.А.	71
Малясев Д.В.	20	Ремезов А.В.	28
Мамаева Л.А.	10, 14	Ржеусская М.Г.	91

Роговой Н.А.	68	Ф	
Родоман Г.В.	26	Фетюков А.И.	39
Русакевич К.И.	60	Фокин А.А.	80, 92
		Фомин К.Н.	94
С		Х	
Савинов И.С.	34	Харпунов В.Ф.	53, 55
Савинов С.Г.	34	Хлевтова Т.В.	3, 53, 55
Самсонова И.В.	87, 89	Хмырова С.Е.	41
Санников А.Б.	70, 71, 73	Хубулава Г.Г.	63
Саутина Е.В.	26		
Севостьянова К.С.	75	Ч	
Семенов А.Ю.	77	Черкашин М.А.	96
Семкин В.Д.	3	Чечулова А.В.	98
Серов А.В.	96	Чечулов П.В.	98
Серяпина Ю.В.	75		
Смирнов О.А.	23	Ш	
Солдатенков В.Е.	78	Шакиров Р.А.	100, 101
Солохин С.А.	73	Шахматов И.И.	83
Сорока В.В.	94, 98	Шевела А.И.	75
Сорокин В.Е.	49	Шичкин Н.А.	25
Сотников П.Г.	42	Шонов О.А.	109
Сошитова Н.П.	26	Шулутко А.М.	41
Сощенко Д.Г.	80		
Стародубцев В.Б.	36, 82	Щ	
Супрун К.С.	96	Щебряков В.В.	45
Суслов А.П.	83	Щеглов Э.А.	102
Сушков С.А.	85, 87, 89, 91		
		Э	
Т		Эдигов А.Т.	6, 7, 8, 10, 12, 14
Тарасова Н.В.	25	Ю	
Тищенко И.С.	32	Юров А.Ю.	104
Тулупов А.А.	75	Я	
Туркин П.Ю.	15	Якушкин С.Н.	106, 107, 109
Турлюк Д.В.	68	Янушко В.А.	68
Тюрин С.А.	23	Ястремская Я.В.	56, 58

СОДЕРЖАНИЕ

МЕТОДИКА ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Ангелова В.А., Мазайшвили К.В., Дрожжин Е.В., Хлевтова Т.В., Семкин В.Д., Мамедов Р.Э.	3
РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРВОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКИМИ ВЕНОЗНЫМИ ЯЗВАМИ Асланов А.Д., Логвина О.Е., Куготов А.Х., Эдигов А.Т., Баева Ф.Х., Акбиева Ф.М.	6
ЭТАПНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКИМИ ВЕНОЗНЫМИ ЯЗВАМИ Асланов А.Д., Логвина О.Е., Куготов А.Х., Эдигов А.Т., Баева Ф.Х., Акбиева Ф.М.	7
ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВЕРТИКАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА У БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКИМИ ВЕНОЗНЫМИ ЯЗВАМИ Асланов А.Д., Логвина О.Е., Куготов А.Х., Эдигов А.Т., Баева Ф.Х., Акбиева Ф.М., Карданова Л.Ю.	8
ХАРАКТЕРИСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ФЛЕБЭКТОМИИ Асланов А.Д., Логвина О.Е., Куготов А.Х., Эдигов А.Т., Баева Ф.Х., Мамаева Л.А.	10

ИЗМЕНЕНИЕ ОБЪЕМА НА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ ПОСЛЕ ПЕРВОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКИМИ ВЕНОЗНЫМИ ЯЗВАМИ Асланов А.Д., Логвина О.Е., Куготов А.Х., Эдигов А.Т., Готыжев М.А., Карданова Л.Ю.....	12
ТРАНСКУТАННОЕ НАПРЯЖЕНИЕ КИСЛОРОДА НА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ ПОСЛЕ ПЕРВОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКИМИ ВЕНОЗНЫМИ ЯЗВАМИ Асланов А.Д., Логвина О.Е., Куготов А.Х., Эдигов А.Т., Мамаева Л.А., Акбиева Ф.М.....	14
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СУЛОДЕКСИДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ACCORD Богачев В.Ю., Болдин Б.В., Голованова О.В., Туркин П.Ю., Несходимов Л.А.....	15
О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ КОРРЕКЦИИ ФЛЕБОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАЗЫ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА Богачев В.Ю., Дженина О.В., Лобанов В.Н.....	16
КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ Богомолов М.С., Богомолова В.В.....	18
СНИЖЕНИЕ КОНТРАКЦИИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЗАМИ ГЛУБОКИХ ВЕН И ЕЕ ВОЗМОЖНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ Бредихин Р.А., Малясев Д.В., Пешкова И.Д., Литвинов Р.И.....	20

ТРЕХГОДИЧНЫЕ СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕРМОАБЛЯЦИОННЫХ ПРОЦЕДУР ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Бурлева Е.П., Тюрин С.А., Смирнов О.А.....	23
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ЭВЛК С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ 1470 НМ И 1560 НМ У БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Гужков О.Н., Шичкин Н.А., Тарасова Н.В.....	25
ИННОВАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА НА ОСНОВАНИИ ШКАЛЫ CAPRINI И ТЕСТА ТРОМБОДИНАМИКИ Дементьева Г.И., Сошитова Н.П., Саутина Е.В., Наумов Е.К., Лаберко Л.А., Родоман Г.В.....	26
РОЛЬ ПЕРЕМЕЖАЮЩЕЙСЯ ПНЕВМОКОМПРЕССИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОГРАНИЧЕННОЙ ПОДВИЖНОСТЬЮ ПРИ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С3-4 Деркачев С.Н., Пахомов Е.А., Ремезов А.В.....	28
НОАК И БЕРЕМЕННОСТЬ: ПЕРВЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ Дженина О.В., Богачев В.Ю.....	30
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЕНОЗНОЙ ТРОМБЭКТОМИИ ПРИ ФЛОТИРУЮЩЕМ ТРОМБОЗЕ ПОДВЗДОШНО- БЕДРЕННОГО СЕГМЕНТА Золкин В.Н., Богомазов И.Ю., Мельниченко А.Ю., Тищенко И.С., Коротков И.Н.....	32
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ Калачёв Е.В., Савинов И.С., Савинов С.Г., Ильченко Ф.Н., Бутырский А.Г., Расулов Н.А.....	34

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ МЕХАНИЧЕСКАЯ ФРАГМЕНТАЦИЯ С ЛОКАЛЬНЫМ ТРОМБОЛИЗИСОМ В СРАВНЕНИИ С АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ТЭЛА ПРОМЕЖУТОЧНО-ВЫСОКОГО РИСКА РАННЕЙ СМЕРТИ Карпенко А.А., Клеванец Ю.Е., Игнатенко П.В., Стародубцев В.Б.....	36
ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БАРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ Ковалев А.А., Корнюшин О.В., Неймарк А.Е.....	37
ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ РЕТИКУЛЯРНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Ковчур О.И., Фетюков А.И., Ковчур П.И.....	39
ЛЕЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ВАРФАРИНОТЕРАПИИ Крылов А.Ю., Шулутко А.М., Петровская А.А., Хмырова С.Е.....	41
ПРОФИЛАКТИКА ТЭЛА ПРИ ИНФРАИНГВИНАЛЬНЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗАХ Ларьков Р.Н., Сотников П.Г., Колесников Ю.Ю., Загаров С.С., Петраков К.В., Казанский М.Ю.....	42
КРИТЕРИИ НОРМЫ И ПАТОЛОГИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ПО ДАННЫМ БЕСКОНТРАСТНОЙ МАГНИТНО- РЕЗОНАНСНОЙ ФЛЕБОГРАФИИ Мазайшвили К.В., Пендюрин М.С., Щебряков В.В., Аиткулов А.И., Кудин А.А., Коломыц Р.А., Любарский И.И., Мальцева В.А.....	45
МЕХАНО-ХИМИЧЕСКАЯ ОБЛИТЕРАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫХ ФОРМ ХЗВ Максимов С.В., Маркин С.М., Сорокин В.Е.....	49

ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГИДРОАКТИВНЫХ ПОВЯЗОК Малахов Ю.С.....	51
ВАРИКОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ ВЕН МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН И МУЖЧИН Мамедов Р.Э., Капто А.А., Мазайшвили К.В., Виноградов И.В., Харпунов В.Ф., Хлевтова Т.В.....	53
ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕТРОМБОТИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИЙ ПОДВЗДОШНЫХ ВЕН Мамедов Р.Э., Мазайшвили К.В., Капто А.А., Виноградов И.В., Харпунов В.Ф., Хлевтова Т.В.....	55
ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НЕГУМЕСЦЕНТНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИВАЛЕНТНОЙ АЛЛЕРГИЕЙ НА МЕСТНЫЕ АНЕСТЕТИКИ Маркин С.М., Максимов С.В., Климчук И.П., Мордовин А.И., Ястремская Я.В.....	56
ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭНДОВАЗАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ПОСТОЯННОГО ПРИЕМА ДАБИГАТРАНА ЭТЕКСИЛАТА Маркин С.М., Мордовин А.И., Ястремская Я.В., Каменев В.М.....	58
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЯЗВЕННО- НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ НА ФОНЕ ВЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Мовчан К.Н., Исхаков Р.Б., Русакевич К.И., Коваленко А.В.....	60
ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЭМБОЛОГЕННЫМИ ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЗАМИ Небылицин Ю.С.....	62

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ЭМБОЛОГЕННЫХ ТРОМБОЗАХ В СИСТЕМЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ Пан В.И., Гордеев Н.А., Хубулава Г.Г., Мясникова М.О.....	63
ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Пиханова Ж.М., Иванов М.А., Артемова А.С.....	65
РАЗРАБОТКА МОДЕЛИ ПЛАСТИКИ ВЕНОЗНЫХ КЛАПАНОВ Раповка В.Г.....	66
НДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ ВЕНЫ ДЖИАКОМИНИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Роговой Н.А., Янушко В.А., Турлюк Д.В., Климчук И.П., Калинин С.С.....	68
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ПЕРЕСТРОЙКА БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА, ПРИ ЕЕ ЭКТАЗИИ И ВАРИКОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ Санников А.Б., Карпенков М.В., Морозова О.Н.....	70
ВЛИЯНИИ ВНУТРИМЫШЕЧНЫХ ВЕНОЗНЫХ СИНУСОВ ГОЛЕНИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ ГИПЕРВОЛЕМИИ Санников А.Б., Рачков М.А.....	71
НОВЫЙ ПРИНЦИП ФОРМИРОВАНИЯ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ЭДОЛЮМИНАЛЬНОЙ АБЛЯЦИИ ВАРИКОЗНО ИЗМЕНЕННЫХ ВЕН Санников А.Б., Солохин С.А., Пашинин А.Д.....	73

ВРОЖДЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ МАЛОГО ТАЗА Севостьянова К.С., Серяпина Ю.В., Тулупов А.А., Шевела А.И.....	75
СКЛЕРОТЕРАПИЯ ВЕН НА РУКАХ Семенов А.Ю., Раскин В.В.....	77
НЕКОТОРЫЕ ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ Солдатенков В.Е., Капустин С.И., Папаян Л.П.....	78
ОПЫТ ИМПЛАНТАЦИИ ВЕНОЗНЫХ ПОРТОВ ДЛЯ ХИМИОИНФУЗИЙ Сощенко Д.Г., Фокин А.А.....	80
МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ Стародубцев В.Б., Лукьяненко М.Ю., Карпенко А.А.....	82
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА МАССИВНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ЭМБОЛИИ У БЕРЕМЕННЫХ В РАННЕМ РОДОВОМ ПЕРИОДЕ Суслов А.П., Бесараб Т.В., Карапетян И.Б., Шахматов И.И., Нестеренко Е.В., Иващенко О.Е.....	83
КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ Сушков С.А., Небылицин Ю.С., Пасевич Д.М., Демидов С.И., Кондратьева В.И.....	85
ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СТЕНКЕ ВЕНЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ МОДЕЛИРОВАНИИ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА Сушков С.А., Небылицин Ю.С., Самсонова И.В., Клопова В.А., Пасевич Д.М., Демидов С.И., Кондратьева В.И.....	87

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ Сушков С.А., Небылицин Ю.С., Самсонова И.В., Клопова В.А., Пасевич Д.М., Демидов С.И., Кондратьева В.И.	89
МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КРИТЕРИЕВ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ХЗВ Сушков С.А., Ржеуская М.Г.	91
ВОЗМОЖНОСТИ ЛИКВИДАЦИИ СУПРАФАСЦИАЛЬНОГО ПРИТОКА БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ МЕТОДОМ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ Фокин А.А., Борсук Д.А.	92
ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: ВЛИЯНИЯ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ Фомин К.Н., Сорока В.В., Нохрин С.П., Белоусов Е.Ю.	94
ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ ПОРТ-СИСТЕМАМИ: 5-ЛЕТНИЙ ОПЫТ Черкашин М.А., Серов А.В., Березина Н.А., Супрун К.С., Пучков Д.Д., Никитина Н.В.	96
НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН Чечулова А.В., Капустин С.И., Сорока В.В., Чечулов П.В.	98
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ НЕДОСТАТОЧНЫХ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН У БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМИ АНГИОДИСПЛАЗИЯМИ Шакиров Р.А.	100

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПРЕССИОННОГО ТРИКОТАЖА 1-ГО И 2-ГО КЛАССА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ЭВЛК Шакиров Р.А.	101
ЗАВИСИМОСТЬ СТЕПЕНИ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ОТ СХЕМЫ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ Щеглов Э.А.	102
ВЛИЯНИЕ СУЖЕНИЯ ПРОСВЕТА ВЕНОЗНОГО РУСЛА НА РЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ К ГИПЕР- И ГИПОВОЛЕМИИ Юров А.Ю.	104
ВЗГЛЯД ПАЦИЕНТА НА ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ГИДРОАКТИВНЫХ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ В ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ Якушкин С.Н.	106
ПЕРСПЕКТИВЫ SHAVE-ТЕРАПИИ И АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ Якушкин С.Н.	107
SHAVE-ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТА С ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИМИ ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ Якушкин С.Н., Илюхин Е.А., Шонов О.А., Демехова М.Ю.	109
АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ	112

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФЛЕБОЛОГИИ

10-й САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ВЕНОЗНЫЙ ФОРУМ
(РОЖДЕСТВЕНСКИЕ ВСТРЕЧИ)

30 ноября – 1 декабря 2017 года, Санкт-Петербург

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Под общей редакцией проф. Шайдакова Е.В.

Научно-техническая редакция:
Россуховский Д.А.

Оригинал-макет подготовлен издательским отделом ООО «Альта Астра»,
191144, Санкт-Петербург, Старорусская ул., д. 8, лит. А,
тел./факс: (812) 386-38-31
Дизайн, верстка: Альков А.С.

Сдано в набор 20.11.2017
Подписано в печать 24.11.2016
Формат 60×84 1/16. Бумага офсетная.
Печать офсетная. Усл. печ. л. 7,75
Тираж 400 экз. Гарнитура «Таймс»

Отпечатано в типографии «Элемент Плюс»
Тел.: (812) 378-04-66
Зак. № ____

ISBN 978-5-905498-81-7

© SPSP, 2016
© Коллектив авторов, 2016
© Альта Астра, оформление, 2016

Wallstent-Uni™
Саморасширяющийся стент
с системой доставки UNISTEP

**РЕКОМЕНДОВАН
ДЛЯ ИМПЛАНТАЦИИ**
в подвздошные вены

ДОВЕРИЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И ВЫСОКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Boston Scientific
Advancing science for life™

MEDICINE 2000

ООО "Кардиоимедик": 101000, Москва, Покровский бульвар, 4/17, стр. 1, оф. 40, тел. +7 (495) 935 8471, info@cardiomedics.ru, www.cardiomedics.ru

ТЯЖЕСТЬ...

ОТЕК...

БОЛЬ...



www.detralex.ru



МАКСИМУМ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ВЕН!

1 ТАБЛЕТКА В ДЕНЬ!²

- Удобство приема
- Более высокая приверженность³
- Быстрее действует на причину хронических заболеваний вен^{2,4,5}

1. «Ай Эч Хелс», 2 кв. 2016 г., флеботропные препараты, объем продаж в евро на годовой основе. 2. Инструкция по медицинскому применению препарата Детралекс® ЛП-003635-170516. 3. Saini S.D., Schoenfeld P., Kaulback K., Dubinsky M.C. Effect of Medication Dosing Frequency on Adherence in Chronic Diseases (Влияние частоты приема лекарственных препаратов на соблюдение плана лечения при хронических заболеваниях). 2009;06(01) [PE0114930]. 4. Паскарелла Л., Люлик Д., Пенн А.Х. и соавт. Механизмы экспериментальной венозной клапанной недостаточности и их модификация при помощи Детралекс® 500 мг. «Европейский журнал сосудистой и эндоваскулярной хирургии», 2008;35:102-110. 5. Гарнер Р.К., Гарнер Дж.В., Грегори С. и соавт. Сравнение абсорбции из таблеток микроэнкапсулированного (Детралекс® 500 мг) и немикроэнкапсулированного МС-дискима после перорального приема у здоровых добровольцев с помощью масс-спектрометрии с ускорителем и метода жидкостного сцинтилляционного счета. «Журнал фармацевтических наук». 2002;91:32-40.

Краткая инструкция по применению препарата ДЕТРАЛЕКС®

Состав*, Очищенная микроэнкапсулированная флавоноидная фракция 1000 мг: диосмин — 900 мг (90%), флавоноиды в пересчете на гесперидин — 100 мг (10%). **Показания к применению***, Лечение симптомов хронических заболеваний вен (устранение и облегчение симптомов). Лечение симптомов венозно-лимфатической недостаточности: боль, судороги нижних конечностей, ощущение тяжести и распирания в ногах, «усталость» ног. Лечение проявлений венозно-лимфатической недостаточности: отеки нижних конечностей, трофические изменения кожи и подкожной клетчатки, венозные трофические язвы. Симптоматическая терапия острого и хронического геморроя. **Способ применения и дозы***, Внутрь. Венозно-лимфатическая недостаточность — 1 таблетка в сутки, предпочтительно утром, во время приема пищи. Острый геморрой — до 3 таблеток в сутки. Хронический геморрой — 1 таблетка в сутки. **Противопоказания***, Повышенная чувствительность к активным компонентам или к вспомогательным веществам, входящим в состав препарата. Не рекомендуется прием препарата кормящим женщинам. **Особые указания***, При обострении геморроя назначение препарата Детралекс® не заменяет специфического лечения других анальных нарушений. Если симптомы не исчезают после рекомендуемого курса терапии, следует пройти осмотр у проктолога, который подберет дальнейшую терапию. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами***, Не отмечалось. **Беременность***, До настоящего времени не было сообщений о нежелательных эффектах при применении препарата беременными женщинами. **Кормление грудью***, Не рекомендуется прием препарата. **Влияние на способность управлять автомобилем и выполнять работы, требующие высокой скорости психических и физических реакций***, Побочное действие*, Часто: диарея, диспепсия, тошнота, рвота. **Нечасто:** колит. **Редко:** головокружение, головная боль, общее недомогание, сыпь, зуд, крапивница. **Неуточненной частоты:** боль в животе, изолированный отек лица, губ, век. В исключительных случаях — ангионевротический отек. **Передозировка***, Фармакологические свойства*, Детралекс® обладает венотонизирующим и ангиопротективными свойствами. Препарат уменьшает растяжимость вен и венозный застой, снижает проницаемость капилляров и повышает их резистентность. **Форма выпуска***, Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 1000 мг (блистер) 10x3/6, 9x3 (пачка картонная). **Номер регистрационного удостоверения:** ЛП-003635.

* Для получения полной информации, пожалуйста, обратитесь к инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата или получите консультацию специалиста.

АО «Сервье» 125047, РФ, Москва, ул. Лесная, д. 7.
Тел.: +7 (495) 937-07-00, факс: +7 (495) 937-07-01.

www.servier.ru
На правах рекламы



BAUERFEIND®

VenoTrain®

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И КОМФОРТ

Компрессионный
трикотаж

- RAL-GZ 387
- РАЗМЕРНАЯ СИСТЕМА PERFECT FIT
- УНИКАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРОИЗВОДСТВА
- ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ИЗГОТОВЛЕНИЕ

ЭКСКЛЮЗИВНО
ДЛЯ СЕТИ
ОРТЕКА

WWW.ORTEKA.RU

BAUERFEIND.COM



*10th Санкт-Петербургский Венозный форум.
Актуальные вопросы флебологии.
30 ноября – 1 декабря 2017 года, Санкт-Петербург –
Сборник тезисов / Под редакцией Е.В. Шайдакова*

ISBN 978-5-905498-81-7

* SPSP, 2017

© Коллектив авторов, 2017

* Альта Астра, оформление, 2017

