



O'zbekiston  
Flebologlar  
Assotsiatsiyasi

O'ZBEKISTON FLEBOLOGLARI ASSOTSIATSIYASI  
UCHINCHI VENOZ FORUMI TOSHKENT OLTIN KUZU

## TEZISLAR TO'PLAMI

12-13 OKTYABR 2023 YIL, TOSHKENT

---

## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ТРЕТЬЕГО ВЕНОЗНОГО ФОРУМА ТАШКЕНТСКАЯ ЗОЛОТАЯ ОСЕНЬ  
АССОЦИАЦИИ ФЛЕБОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА

12-13 ОКТЯБРЯ 2023 Г., ТАШКЕНТ

---

## ABSTRACT BOOK

THE THIRD VENOUS FORUM TASHKENT'S GOLDEN AUTUMN  
OF ASSOCIATION OF PHLEBOLOGISTS OF UZBEKISTAN  
OCTOBER 12-13, 2023, TASHKENT



O'ZBEKISTON FLEBOLOGLARI ASSOTSIATSIYASI  
UCHINCHI VENOZ FORUMI

ТРЕТИЙ ВЕНОЗНЫЙ ФОРУМ  
АССОЦИАЦИИ ФЛЕБОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА

THE THIRD VENOUS FORUM OF  
ASSOCIATION OF PHLEBOLOGISTS OF UZBEKISTAN

**TEZISLAR TO'PLAMI**  
**СБОРНИК ТЕЗИСОВ**  
**ABSTRACTS BOOK**

Prof. Tursunov B.Z umumiy tahriri ostida  
Под общей редакцией проф. Турсунова Б.З.  
Under the general editorship of prof. Tursunov B.Z.

Toshkent, O'zbekiston  
2023

### **Современные подходы в лечении тромбозов глубоких вен нижних конечностей**

**Актуальность:** Тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей является острым заболеванием и является наиболее распространённым нарушением системы кровообращения. Антикоагулянтная терапия является основным методом лечения ТГВ. Рекомендуемыми режимами антикоагуляции в Узбекистане является начальная терапия нефракционированными или низкомолекулярными гепаринами с последующим переходом на антагонисты витамина К. В последние годы появились альтернативные препараты, новые оральные антикоагулянты, предназначенные для длительного и пролонгированного лечения ТГВ, которые по своей эффективности и безопасности ни в чём не уступают традиционной терапии.

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

**Материал и методы.** С 2015 по 2022 г.г. под наблюдением находились 112 пациентов (в возрасте 16 - 86 лет, 66 (59%) – мужчин, 46 (41%) – женщин) с тромбозом глубоких вен нижних конечностей (с локализацией не выше паховой складки) без тяжелой сопутствующей патологии, которым проводилось консервативное лечение и наблюдение в амбулаторных условиях. Всем пациентам с подозрением на ТГВ в поликлинических условиях проводилось инструментальное обследование – ультразвуковое дуплексное ангиосканирование. Консервативное лечение в амбулаторных условиях включало: активный режим, эластическую компрессию (компрессионный трикотаж 2-3 класса), антикоагулянтную и флеботропную терапию, прием НПВС.

**Результаты и обсуждения.** Пациенты с неэмболоопасными окклюзионными и пристеночными тромбами нижних конечностей, лечились консервативно в амбулаторных условиях, при регулярном динамическом наблюдении. В зависимости от вида антикоагулянтной терапии все пациенты были распределены на две группы. В первой группе (77 пациентов – 68,5%) антикоагулянтная терапия включала пероральный прием ривароксабана (15 мг 2 раза в сутки в течение 3 недель с переходом на однократный прием 20 мг в сутки) с первого дня лечения ТГВ; во второй группе (35 пациентов - 31,5%) – первоначально было парентеральное введение лечебных доз НМГ (эноксапарин натрия), как минимум 5-дневного введения, с последующим переходом на антагонисты витамина К - варфарин (2,5 мг 2 раза в сутки). Длительность антикоагулянтной терапии зависела от наличия и характера факторов, предрасполагающих к рецидиву заболевания, наличия ВТЭО в анамнезе, распространенности тромбоза, и составляла не менее 3-6 мес. Еженедельно больным проводился динамический врачебный, инструментальный, лабораторный контроль, для оценки адекватности антикоагулянтной терапии.

**Выводы.** При неэмболоопасном тромбозе глубоких вен нижних конечностей (с локализацией не выше паховой складки) без тяжелой сопутствующей патологии, при еженедельном проведении динамического врачебного, инструментального и лабораторного контроля, для оценки адекватности антикоагулянтной терапии, возможно консервативное лечение в амбулаторных условиях, которое является высокоэффективным и безопасным. Антикоагулянтная терапия ОВТ ривароксабаном менее безопасна в плане развития геморрагических осложнений, чем при применении

варфарина. Применение у данной категории больных ривароксабан позволяет значительно повысить качество жизни (амбулаторное лечение) и снизить стоимость лечения.

Абдурахманов М.М., Эшонов О.Ш., Ярашев А.Р.  
*Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан*

### **Лимфотропная противоотечная терапия черепно-мозговых травм**

**Целью** работы было изучение эффективности регионарной лимфотропной противотечной терапии при острой черепно-мозговой травме (ЧМТ).

**Материалы и методы.** Исследование проведено в отделение нейрореанимации Бухарского областного филиала РНЦЭМП с 2020 по 2022 гг. Исследовано 38 больных (23 из них основная группа и -15 контрольная группа) с ЧМТ. Возраст больных от 32 до 65 лет (средний  $56,3 \pm 3$  лет). При оценке неврологического статуса по шкале комы Глазго (ШКГ) средний балл при поступлении в стационар составлял  $9,3 \pm 2,1$ .

В комплексе интенсивного лечения 23 больным с ЧМТ была проведена региональная лимфотропная противоотечная терапия. Субмастоидальные инъекции выполнялись врачом. Костным ориентиром являлся нижний край сосцевидный отросток височной кости. После прокола кожи при вхождении иглы в подкожную клетчатку вводили смесь с обеих сторон. Глубина введения иглы в среднем составляла 2-3 мм. Состав смеси: лидокаин 2%-1мл, дексаметазон 4мг, 10% р-р глюкозы -3мл. в одном шприце. Кратность введения один раз ежедневно, начиная со вторых суток ЧМТ, в течение 5 дней.

Были определены основные параметры сравнения: оценка по ШКГ на 1, 5 и 7 сутки после ЧМТ и при переводе из отделения нейрореанимации в отделение нейрохирургии.

**Результаты и обсуждение.** При проведении лимфотропной противотечной терапии в сочетании со стандартной интенсивной терапией, важнейшим критерием оценки эффективности проводимой терапии были сроки восстановления сознания, в соответствии со ШКГ. На момент первой оценки результаты в группе контроля составили  $8,1 \pm 1,3$  балла, а в основной группе  $7,5 \pm 1,8$  соответственно, что свидетельствует о сопоставимости групп исследования. На фоне проводимой терапии на 5-е сутки отмечалось достоверное улучшение показателей по ШКГ у пациентов основной группы: с  $7,5 \pm 1,8$  балла до  $10,97 \pm 1,33$  соответственно. Летальность в течение первых 5-7 суток у больных с ЧМТ в основной группе было у  $2(8,6\%)$ . Перевод в профильное отделение после 5-7 суток пребывания в отделении реанимации был у  $21(91,4\%)$  больного, у которых отмечалось дальнейшее улучшение показателя по ШКГ до  $12,88 \pm 1,20$ . Таким образом выживаемость больных на 5-7сутки с ЧМТ в основной группе была  $91,4\%$ .

Для сравнения эффективности проводимой терапии у больных контрольной группы ( $n=15$ ) на фоне стандартной терапии на 5-7 сутки отмечалась тенденция к улучшению оценки по ШКГ с  $8,1 \pm 1,3$  балла до  $9,97 \pm 1,16$  балла соответственно. Летальность в течение первых 5-7 суток больных с ЧМТ в контрольной группе было у  $4(26,7\%)$  больных. Перевод в профильное отделение после 5-7 суток пребывания в отделении реанимации состоялся в  $11(73,3\%)$  случаях, при этом отмечалось дальнейшее улучшение оценки по ШКГ у этих пациентов с  $9,97 \pm 1,16$  балла до  $12,57 \pm 1,03$  балла. Однако выживаемость пациентов на 5-7сутки с ЧМТ в группе контроля была меньше и составила  $73,4\%$ .

Таким образом, проведение лимфотропной противоотечной терапии при ЧМТ в остром периоде позволило эффективно воздействовать на течение патологического процесса и улучшить результаты лечения, что подтверждается достоверно лучшими данными по ШКГ, летальности, срокам пребывания в палате реанимации у пациентов основной группы.

**Вывод.** Регионарная лимфотропная противоотечная терапия повышает эффективность базисного лечения при ЧМТ.

Азизов Г.А.

*Андижанский Государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан*

### **Наш опыт радикального хирургического лечения острого варикотромбофлебита**

**Введение.** В тактике лечения больных с острым восходящим тромбофлебитом подкожных вен, до настоящего времени существует два подхода в хирургическом лечении: один из них радикальный, одномоментное удаление патологически измененных вен и второй двухэтапное комбинированное лечение. Сторонники двухэтапного лечения аргументируют свою тактику тем, что острый варикотромбофлебит сопровождается явлениями резко выраженного перифлебита, в связи с чем возникает большой риск некроза кожи и нагноений. Таким образом, показания к выполнению операции у больных с восходящим варикотромбофлебитом в настоящее время сформированы и выработаны четкие показания. По объему оперативного вмешательства до настоящего времени нет единого взгляда у хирургов. Нами была поставлена цель, применить в комплексном лечении лимфотропную терапию с целью выполнить оперативное вмешательство в полном объеме.

**Цель исследования.** Доказать эффективность радикального одномоментного удаления патологически измененных вен.

**Материал и методы.** В Произведен анализ радикального хирургического лечения 54 больных с восходящим острым тромбофлебитом подкожных вен. Возраст больных колебался от 18 до 65 лет. Длительность заболевания колебалось от 3 суток до 1 месяца. Значительная часть больных поступила на 4-8 сутки заболевания (65%). При поступлении больные жаловались на боли в области бедра и голени по ходу локализации патологического процесса. При осмотре обычно по медиальной поверхности бедра в проекции большой подкожной вены имелось гиперемия по ходу большой подкожной вены распространяющиеся на верхнюю треть бедра, 33 (68%) выявлено распространение тромботических масс до створок остиального клапана Более чем у 50% больных имелось увеличение паховых лимфатических узлов. У 25% больных в нижней трети голени отмечался умеренный отек. С целью диагностики и оценки лечения исследована гемокоагуляция, дуплексное ультразвуковое ангиосканирование. С целью улучшения результатов оперативного лечения у 54 больных с острым подкожным тромбофлебитом в комплексном лечении в до и послеоперационном периоде с целью купирования острой воспалительной реакции вены и паравазальных тканей была применена медикаментозная терапия в виде лекарственных средств системного и местного действия. С этой целью применяли нестероидные противовоспалительные средства, дезагреганты. Оперативное лечение заключалось в перевязке устья по Троянову-Тренделенбургу и в радикальном иссечении тромбированных венозных стволов и конгломератов по Бебкокку и Нарату.

**Результаты.** Из 54 оперированных у 48 (89%) получены хорошие результаты. У них были ликвидированы воспалительные явления, а послеоперационные раны зажили

первичным натяжением. Дооперационный период в данной группе больных составил  $2\pm 1$  койко дня послеоперационный период  $7\pm 1$  дня. Неудовлетворительные результаты лечения выявлены у 6 (11%) больных у которых отмечались вторичным заживлением ран в виде некроза краев раны, гематомы и лимфорей.

**Выводы.** Таким образом, радикальная методика оперативного вмешательства в полном объеме позволяет повысить экономическую эффективность лечения связанную с отсутствием необходимости в повторной плановой госпитализации и сокращает сроки нетрудоспособности.

Азизов Г.А., Джумабаев Э.С.

*Андижанский Государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан*

### **Коррекция нарушений микроциркуляции у больных с венозными трофическими язвами нижних конечностей**

**Цель исследования.** Улучшить результаты лечения больных с венозными трофическими язвами нижних конечностей с применением в комплексе лечения лимфотропной терапии.

**Материалы и методы.** Нами изучены результаты лечения 115 больного с трофическими язвами нижних конечностей в возрасте от 25 до 70 лет. Из них у 82 диагностирована посттромбофлебитическая болезнь, а у 33 - варикозная болезнь. Продолжительность ранее проводимого лечения составляла от нескольких месяцев до 15 лет и более. В связи с длительным, зачастую эмпирическим местным лечением трофических язв более чем у 50% больных имелась сенсбилизация к ранее применяемым антибиотикам и другим лекарственным препаратам и мазям. По методу лечения все больные были разделены на 2 группы: 1-ю группу (основную) составил 76 пациент, которым в комплексном лечении проводили лимфотропную терапию; во 2-ю группу (группу сравнения) вошли 39 больных, которые получали традиционное лечение. Лимфотропную терапию выполняли через 1-й межпальцевой промежуток и через медиальную часть пяточной области. Для лимфотропной терапии использовали : лидазу, лазикс и гепарин. С целью иммуностимуляции использовали иммуномодулин (1 мл 0,01% раствора). В зависимости от тяжести процесса на курс лечения выполняли 7-11 сеансов лимфотропной терапии, при этом конечность бинтовали эластическим бинтом. У 19-ти больных с наличием дерматита, экземы и целлюлита дополнительно проводили лимфотропную антибиотикотерапию.

**Результаты.** Хорошие результаты лечения отмечены у 59 (78%) больных основной группы, у которых трофические язвы эпителизировались в течение 14 дней. У остальных больных размер трофической язвы уменьшился на 50%. В группе сравнения хорошие результаты достигнуты у 23 пациентов (60%). Изучение транскапиллярного обмена у больных основной группы с венозными трофическими язвами выявило существенные нарушения, характеризующиеся достоверным возрастанием количества капиллярного фильтра до  $14,1\pm 0,4$  мл, увеличением потери белка до  $4,88\pm 0,5\%$  и снижением содержание натрия в кровотоке до  $136\pm 0,5$  ммоль/л. После проведенного лечения отмечена постепенная нормализация показателей транскапиллярного обмена. Количество капиллярного фильтра достоверно снизилось до  $6,8\pm 0,4$  мл, Также уменьшилась потеря белка - она равнялась соответственно  $3,1\pm 0,7\%$ . Количество натрия у больных с посттромбофлебитическими трофическими язвами колебалось в пределах  $144\pm 0,3$  ммоль/л, У пациентов группы сравнения, которым проводили традиционное лечение, количество капиллярного фильтра и потеря белка увеличивались в среднем в 1,2 раза, а

количество натрия существенно не менялось. При исследовании уровня тканевого напряжения кислорода ( $TcPO_2$ ) у больных с венозными трофическими язвами он снижался и варьировал в пределах от 28 до 46 мм рт ст (у здоровых - 57 мм рт ст). Прирост уровня  $TcPO_2$  после кислородной нагрузки составлял от 66 до 73% (у здоровых - 94 - 95%). Кислородная емкость тканей снизилась соответственно до 16,2 - 18,5 мм рт. ст. (у здоровых - 53 мм рт ст). Таким образом, данная категория больных имеет выраженные нарушения окислительно-восстановительных процессов. После проведенного лечения отмечено повышение напряжения кислорода в тканях у больных с венозными язвами от 36 до 53 . Прирост уровня  $TcPO_2$  при кислородной нагрузке увеличивался и составляло 82- 86%, а кислородная емкость тканей составило соответственно 26-32 мм рт ст. У больных группы сравнения уровень чрескожного напряжения кислорода увеличивался до 48 мм рт ст. Уровень прироста его после кислородной нагрузки составил 78%. Кислородная емкость тканей составляла 30 мм рт ст. Радионуклидная лимфосцинтиграфия у больных с венозными трофическими язвами нижних конечностей выявила, что скорость лимфотока составила  $7,5 \pm 0,6$  мм/мин. На здоровой (контрольной) конечности скорость движения лимфы составила -14 мм/мин. Интенсивность выведения радиофармакологического препарата (РФП) из тканевого депо у больных с венозными язвами через 60 минут соответственно 12%. В группе сравнения здоровых лиц время резорбции РФП из тканевого депо в среднем составляло 24%. После проведенной лимфотропной терапии интенсивность выведения РФП за 1 час увеличивалась у больных основной группы в 1,5 раза, а у больных, которым проводили традиционное лечение - в 1,1 раза.

**Выводы.** У больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей, осложненной трофическими язвами имеются значительные нарушения микрогемо-лимфоциркуляции в виде вено лимфостаза. Применение лимфотропной терапии у данной категории больных способствовало более быстрому восстановлению микроциркуляции, ликвидации интерстициального отека и воспаления. Происходит ускорение эпителизации трофических язв, что сокращает сроки пребывания больного в стационаре.

Азизов Г.А., Джумабаев Э.С.

*Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан*

### **Нарушение микроциркуляции у больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей, осложненных трофическими язвами**

**Цель исследования.** Изучить состояние микроциркуляции у больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей, осложненных трофическими язвами.

**Материал и методы.** Изучены 76 больных с посттромбофлебитическими и варикозными язвами нижних конечностей. Длительность заболевания колебалась от 1 года до 20 лет и более. Отеки наблюдались у 85% больных. У 15% больных отмечались более или менее выраженные явления целлюлита, дерматита или экземы. С целью определения состояния микроциркуляции изучалась транскапиллярная диффузия по вено-венозному градиенту. Степень фильтрации жидкости и проникновения белка через стенку капилляра определялось при сравнении показателей гематокрита и содержания белка. Расчет потери белка проводили по формуле Лендиса на 100 мл крови. С целью изучения резорбционно-транспортных возможностей лимфатической системы применялась методика непрямой лимфосцинтиграфии радиофармакологическим препаратом технефит  $^{99}Tc$  меченный технецием 3-5 мб. Исследование производилось на

Гамма камере MB 9200 производства Венгрии с ЭВМ « Microsegans». Уровень и мониторинг напряжения кислорода в ткани нами производилось на аппарате ТСМ- 2 радиометр "Дания" с контактным датчиком типа Кларка. У данной группы больных изучены результаты ультразвуковой доплерографии вен нижних конечностей у 20% была окклюзивная форма поражения у 52% реканализованная и у 28% частично реканализованная.

**Результаты.** При исследовании данных этих групп больных имелись значительные нарушения в транскапиллярном обмене. Количество капиллярного фильтра возрастало до  $14,1 \pm 0,4$  мл, потеря белка до  $4,88 \pm 0,5$  %, также отмечалось снижение содержание натрия в крови в региональном кровотоке до  $136 \pm 0,50$  .

В обеих группах ухудшалось трофическое обеспечение тканей, о чем свидетельствуют имеющиеся значительные нарушения по доставке и утилизации в них кислорода. С помощью транскутанного напряжения кислорода изучены окислительно-восстановительные процессы и тканевой метаболизм. Так напряжение кислорода в тканях снижалось и находилось в пределах от 28 до 47 мм.рт.ст. Прирост уровня ТсРО<sub>2</sub> после кислородной пробы находилось в пределах 66-80%, кислородная емкость тканей снижалось до 16-28 мм.рт.ст.

При радионуклидном исследовании у больных с посттромбофлебитическим трофическим язвами скорость лимфотока в конечности составила  $7,5 \pm 0,6$  мм/мин, а интенсивность выведения радионуклида в течение 1 часа составила 12%. У больных с варикозными трофическими язвами оно соответственно составила  $8,2 \pm 1,4$  и 13%. У данной группы больных имелось выраженное нарушение лимфообращения в пораженной конечности. У контрольной группы здоровых лиц скорость лимфоотока составляла 14.1 мм/м а интенсивность выведения радионуклида в течение часа 24% .

**Выводы.** У больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей осложненных трофическими язвами в связи с нарушением функции, как венозного, так и лимфатического дренажа имеются выраженные нарушения микрогемо- и лимфоциркуляции в пораженной конечности. Это приводит к нарушению метаболизма, ухудшающего развитие и исход патологического процесса. Это указывает на необходимость коррекции не только венозного, но и лимфатического дренажа в комплексном лечении данной категории больных.

Айдашова Б.Б.<sup>1</sup>, Коспанов Н.А.<sup>2</sup>, Егембердиев Т.Ж.<sup>2</sup>, Бильдебекоев Е.А.<sup>3</sup>, Киргизбаев С.Ж.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Казахский национальный университет имени аль-Фараби, Алматы, Казахстан

<sup>2</sup>Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

<sup>3</sup>Клиника Almaty SEMA Hospital, Алматы, Казахстан

### **Ультразвуковая диагностика несостоятельности вен таза**

**Цель** исследования – изучить возможности ультразвукового исследования в диагностике несостоятельности яичниковых и подвздошных вен среди женщин.

**Методы.** За период с май 2020 по январь 2023 было исследовано 130 женщин в возрасте от 18 до 50 лет (средний возраст - 34,7 лет) с подозрением на заболевания вен таза. Критериями включения являлся возраст от 18 до 50 лет. Критерии исключения включали: общее тяжелое состояние, наличие онкологического заболевания с вовлечением органов малого таза, наличие тяжелых хронических заболеваний сердца и легких, наличие тромбоза глубоких вен в анамнезе, наличие более 9 баллов по шкале Caprini, беременность и период 6 месяцев после родоразрешения, наличие явной другой причины болевого



# ДЕТРАЛЕКС®

# ОСТАВЬ ТЯЖЕСТЬ И БОЛЬ В НОГАХ В ПРОШЛОМ



**ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ И ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА  
СЛЕДУЕТ ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧИТАТЬ ИНСТРУКЦИЮ,  
ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ**

*Вас не остановит*

**Показания к применению:**

Детралекс® показан для терапии симптомов хронических заболеваний вен (устранения и облегчения симптомов).

Терапия симптомов венозно-лимфатической недостаточности - боль; - судороги нижних конечностей; - ощущение тяжести и распирания в ногах; - «усталость» ног.

Терапия проявлений венозно-лимфатической недостаточности: - отеки нижних конечностей; - трофические изменения кожи и подкожной клетчатки; - венозные трофические язвы.

Симптоматическая терапия острого и хронического геморроя.

**Противопоказания:**

Повышенная чувствительность к активным компонентам или к вспомогательным веществам, входящим в состав препарата. Не рекомендуется прием препарата кормящим женщинам

Детралекс® обладает венотонизирующим и ангиопротективным свойствами. Препарат уменьшает растяжимость вен и венозную застой, снижает проницаемость капилляров и повышает их резистентность. Детралекс® повышает венозный тонус: с помощью венозной окклюзионной плетизмографии было показано уменьшение времени венозного опорожнения.

У пациентов с признаками выраженного нарушения микроциркуляции, после терапии препаратом Детралекс® отмечается (статистически достоверное по сравнению с плацебо) повышение капиллярной резистентности, оцененной методом ангиостереометрии. Доказана терапевтическая эффективность препарата Детралекс® при лечении хронических заболеваний вен нижних конечностей, а также при лечении геморроя.

**БЕРЕМЕННОСТЬ И ПЕРИОД КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ:**

Эксперименты на животных не выявили тератогенных эффектов. До настоящего времени не было сообщений о нежелательных эффектах при применении препарата беременными женщинами.

Кормление грудью Из-за отсутствия данных относительно выведения препарата с грудным молоком, кормящим женщинам не рекомендуется прием препарата.

Исследования репродуктивной токсичности не показали влияния на репродуктивную функцию у крыс обоего пола.

**Производитель**

Les Laboratoires Servier Industrie

45520 Gidy

France (Франция)

Наименование и адрес организации, принимающей претензии (предложения) по качеству лекарственных средств на территории Республики Узбекистан:

Представительство компании «Les Laboratoires Servier»

Республика Узбекистан, 100060, г.Ташкент, ул.Тараса Шевченко., 21А, офис 314. Тел.: +99878 140-79-97, +99878 140-79-77

**Mediola** 

Mediola — медицинская инженеринговая компания, разработчик и производитель лазерного оборудования для хирургии

# Лазерные хирургические системы

- Проктология • Флебология • Гинекология • Отоларингология
- Эндоскопия • Урология

## Рекомендуемый набор для ЭВЛК

**Mediola Compact**



**Мультифункциональная платформа для амбулаторной хирургии.**

1.56 мкм «водный» лазер.  
Выходная мощность до 15Вт

**Mediola Colibri**



**Инновационный оптический держатель.**

\*Экономия на расходных материалах до 70%

[www.mediola.by](http://www.mediola.by)

+375 (17) 385 19 22 | [info@mediola.by](mailto:info@mediola.by)

синдрома (тяжелый эндометриоз, выраженные воспалительные заболевания малого таза, урологические заболевания, заболевания ЖКТ и т.д.), отказ от участия в исследовании. Всем женщинам было проведено анкетирование для выявления симптомов хронической тазовой боли (ХТБ), консультация гинеколога, флеболога, УЗИ органов малого таза, ультразвуковое исследование вен таза, Pelvic vein duplex ultrasound (PevDUS), нижних конечностей, Lower limb duplex ultrasound (LLDUS).

PevDUS проводилось по протоколу Holdstock-Harrison трансабдоминально, трансвагинально и транслабиально, в положении полусидя, под углом 45 градусов, либо стоя. Проводилась оценка направления кровотока и функциональные пробы.

**Результаты.** По результатам анкетирования 92 (71%) женщины страдали ХТБ, а у 38 (29%) были бессимптомны. Наиболее частыми проявлениями несостоятельности вен таза были: атипичная варикозная трансформация вен нижних конечностей, ХТБ и посткоитальная боль у 96, 56 и 50 женщин соответственно. Из других симптомов наблюдались: диспареуния (31), дисменорея (31), геморрой (27), варикозное расширение вен и венозная боль в области вульвы и промежности (25). Периодические боли в левом боку встречались всего у 2 женщин. По результатам PevDUS пациентки распределились следующим образом: сдавление левой почечной вены выявлено у 4 (3,1%), несостоятельность левой яичниковой вены – у 61 (46,9%), несостоятельность правой яичниковой вены – у 11 (8,5%), несостоятельность обеих яичниковых вен – у 7 (5,4%), несостоятельность внутренних подвздошных вен (ВПВ) – у 8 (6,2%), сочетание несостоятельности в яичниковых и ВПВ – 5 (3,8%) женщин. Синдрома сдавления подвздошных вен не наблюдалось. У 37 (28,5%) пациенток имелись несостоятельные вены тазового происхождения, 58 (44,6%) – варикозная трансформация подкожных вен нижних конечностей.

Рентген-флебография проведена у 41 женщин с ХТБ и подтвержденной несостоятельностью вен таза. Данные PevDUS подтверждены при флебографии в 39 (95,1%) случаев. У двоих женщин на флебографии выявлен синдром Мея-Тернера.

**Выводы.** Метод PEVDUS – недорогой, безопасный, чувствительный метод для диагностики болезней вен таза, позволяющий выявить анатомическую и гемодинамическую картину болезней вен таза.

Алексеев Д.Н.

*МК «Флебоцентр», Бишкек, Кыргызстан*

### **Разнообразие лазерных световодов – необходимость или маркетинговый ход?**

**Вступление:** Метод эндовенозной лазерной абляции (ЭВЛА) широко применяется для лечения варикозного расширения вен нижних конечностей. Использование «водных» лазеров с длиной волны 1470-1560 и радиальных световодов позволило добиться большого процента положительных результатов (96-97%). Важным достижениями явилось появление двукольцевых световодов. На данный момент выпущено большое разнообразие двукольцевых световодов ELVeS Radial: 2Ring, 2Ring slim, 2Ring swift, 2Ring pro. В связи с этим возникает закономерный вопрос в необходимости подобного многообразия и не является ли это лишь маркетинговым ходом производителя.

**Материалы и методы:** В Кыргызстане метод ЭВЛА существует с 2012 года, когда был внедрен сотрудниками нашего центра в свою практику. С момента внедрения в практику использовались световоды ELVeS Radial 2Ring и ELVeS Radial slim. Световоды ELVeS Radial 2Ring зарекомендовали себя как очень надежные, имеющие минимальные риски

карбонизации. Но необходимость использования интродьюсера ограничивало или усложняло его использование на коротких стволах и несостоятельных перфорантных венах. Это требовало использования дополнительного световода ELVeS Radial slim. В большинстве случаев операции ЭВЛА в те годы дополнялись минифлебэктомией.

С появлением в 2017 году световодов ELVeS Radial 2Ring slim стало возможно обрабатывать помимо стволовых вен перфоранты и дополнительные притоки. Это был первый универсальный световод для решения комплексных задач у пациента без боязни возникновения карбонизации световода и выхода его из строя. С этого момента мы практически полностью отказались от проведения минифлебэктомии.

Но оставался открытым вопрос работы с венами большого диаметра (более 15 мм), в особенности у пациентов с поражением обеих конечностей. Использование ELVeS Radial 2Ring у таких пациентов иногда приводило к карбонизации линзы световода, уменьшению надежности окклюзии при дальнейшем использовании и повышению риска разрушения линзы световода (описанных в различных источниках). Эта проблема, на наш взгляд получила решение с появлением в нашей практике в 2020 г световода ELVeS Radial 2Ring pro. За счет наличия дополнительного катетера нами было предложено эвакуировать остаточную кровь из просвета вены. Результаты использования ELVeS Radial 2Ring pro у 100 пациентов (для ЭВЛА 200 стволов БПВ) были доложены на UIP 2022 (Стамбул).

Но наиболее значимым, на наш взгляд стало появление в 2022 году световода ELVeS Radial 2Ring swift. Он перенял все лучшие стороны своих предшественников – от ELVeS Radial 2Ring надежность и устойчивость к карбонизации, от ELVeS Radial swift возможность отказаться от интродьюсера и использовать катетер 14G. Это сделало возможным использовать его на венах практически любого диаметра, перфорантных венах, притоках.

**Выводы:** Широкое разнообразие имеющихся световодов позволяет обеспечить индивидуальный подход к каждому пациенту и подобрать наиболее оптимальную тактику в зависимости от конкретного клинического случая.

Алимухамедов Д.Д., Муминов Ш.М., Хамидов Б.П., Дадамьянц Н.Г., Ким Д.Л., Хакимов А.Б., Абдуллаев Ш.М.

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз. Ташкент, Узбекистан*

### **Хирургическая профилактика ТЭЛА при тромбозах глубоких вен голени и бедренно-подколенного сегмента в условиях РНЦЭМП**

Тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВ) в общей популяции ежегодно регистрируется пределах 1–1,5 случая на 1000 взрослого населения и является основным источником эмболии легочных сосудов (84,5%), а тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) наблюдается до 60 случаев на 100 000. Что касается непосредственно тромбоэмболии легочной артерии, то на протяжении многих лет она сохраняет за собой третье место по причине смерти населения от сердечно-сосудистых заболеваний после инфаркта миокарда и инсульта. Во всем мире ежегодно от ТЭЛА погибает около 0,1% населения. Если выделять количество людей, летальность которых приходится на ТЭЛА, развивающейся на фоне тромбозов глубоких вен, то ежегодно регистрируется один человек из каждой тысячи.

**Цель исследования:** оценка результатов хирургической профилактики тромбоэмболии легочной артерии при тромбозах глубоких вен голени и бедренно-подколенного сегмента.

**Материал и методы.** В отделении хирургии сосудов Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с 2016 по 2022 гг. на стационарном лечении находилось 292 пациента с локализацией тромбоза на уровне глубоких вен голени и бедренно-подколенного сегмента. Инструментальная диагностика проводилась путем цветного дуплексного сканирования (ЦДС).

Тромбоз глубоких вен голени диагностирован у 10 (3,4%) пациентов, подколенной вены - 62 (21,2%), бедренной - 220 (75,3%).

**Результаты:** Всем пациентам проводили стандартную консервативную терапию с применением прямых антикоагулянтов. Пациентам с окклюзивным 91 (31,2%) и пристеночным 81 (27,7%) характером тромба без признаков ТЭЛА через 2 – 3 дня проводили повторное ЦДС и в случае нарастания тромба проводили хирургическую профилактику ТЭЛА - 23 пациента (7,9%).

Пациентам, у которых диагностирован флотирующий тромб - 120 (41,1%), либо проксимальный конец тромба пристеночного характера располагался выше впадения ГБВ 47 (16,1%) и при эпизодах ТЭЛА 20 (6,8%) независимо от характера тромба, проводили оперативное лечение в экстренном порядке. Всего - 187 (64%) пациентов.

Остальным пациентам с окклюзивным и пристеночным характером тромбоза, при стабилизации тромба в динамике, продолжали консервативную терапию – 82 (28,1%) случая.

Таким образом 210 (71,9%) пациентов были подвергнуты следующим операциям: Пликация бедренной вены (БВ) ниже устья глубокой бедренной вены (ГБВ) - 38, из них в 24 случаях предварительно выполнялась тромбэктомия из общей бедренной вены. Перевязка бедренной вены ниже впадения устья ГБВ была сделана 165 пациентам, из них с тромбэктомией общей бедренной вены 30 и у одного пациента она сочеталась с кроссэктомией. Имплантация кава-фильтра была сделана 4 пациентам и клипирование НПВ - 3. Во всех этих случаях вмешательства на уровне НПВ делались из-за сопутствующих заболеваний или же осложнений основной патологии. В послеоперационном периоде наблюдались осложнения: лимфоррея – 6 (2,9%), гнойное воспаление послеоперационной раны – 2 (1,0%), кровотечение из раны – 1 (0,5%), ретромбоз общей бедренной вены с распространением на подвздошную вену – 3 (1,4%). Всего летальный исход произошел у 4 (1,9%), ввиду свершившейся ТЭЛА до операции и с последующем нарастанием клиники дыхательная недостаточность.

**Выводы.** Результаты лечения пациентов с острыми тромбозами глубоких вен этой локализации свидетельствуют о целесообразности и необходимости активной тактики в решении данного вопроса флебологии, так как у 41,1% (120 больных) встречаются флотирующие тромбы, в 6,8% (20 больных) случаях происходит тромбоэмболия ветвей легочной артерии на догоспитальном периоде, а нарастание тромба в динамике отмечено у 7,9% (23 больных). Активная хирургическая тактика приводит к удовлетворительному результату у 92,4 % оперированных больных.

Беленцов С.М.<sup>1</sup>, Алуханян О. А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Медицинский Центр Ангио Лайн, Екатеринбург, Россия

<sup>2</sup>Медицинский Центр Флебологии (АРД клиник), Краснодар, Россия

#### **Варианты миниинвазивной коррекции патологического вено-венозного рефлюкса в бассейне БПВ при хронических заболеваниях вен нижних конечностей**

**Актуальность.** Одной из основных задач хирургического лечения варикозной

болезни является устранение патологического вено-венозного рефлюкса в бассейне БПВ, который обнаруживается примерно у 85% пациентов и отличается многообразием.

**Цель.** Определить наиболее эффективные и безопасные методы коррекции патологического вено-венозного рефлюкса при различных его вариантах.

**Материал.** Выполнив более 7500, мы установили варианты патологического рефлюкса в бассейне БПВ:

I вариант – малый диаметр несостоятельных подкожных вен ( $d < 4,0$  мм), который в свою очередь делится на:

Ia – малый диаметр ствола БПВ – 386 (5,8%) случаев.

Ib - малый диаметр добавочной БПВ – 211 (3,2%) случаев.

II вариант – большой диаметр БПВ ( $>10$  мм), который также делится на

IIa - равномерное расширение ствола БПВ как минимум - 123 (1,8%) случаев.

IIb – аневризматическое расширение БПВ в приустьевом отделе или в пределах верхней трети бедра с последующим уменьшением диаметра и равномерным расширением как минимум до средней трети бедра – 157 (2,3%) случаев.

III вариант – БПВ с участками неравномерного сужения и/или с наличием внутрипросветных неполных перегородок в результате перенесенного варикотромбофлебита – 204 (3%) случаев.

IV вариант – ход ствола БПВ с С-образной, S-образной или углообразной извитостью – 398 (5,9%) случаев.

V вариант – рефлюкс по варикозно трансформированной передней добавочной БПВ ( $d > 4,0$  мм.). Последняя делится на Va - линейный ход на всем протяжении – 473 (7%) случаев, Vb - извитой ход на всем протяжении - 166 (2,5%) случаев, Vc - извитой ход, с коротким прямолинейным участком длиной 15-30 мм. в верхней трети бедра до впадения в БПВ – 160 (2,4%) случаев.

VI вариант – рефлюкс по поверхностной добавочной БПВ (ПовДБПВ) - 9 (0,13%) случаев. Часто имела место аплазия основного ствола БПВ.

VII вариант – рефлюкс по стволу БПВ и передней добавочной БПВ – 224 (3,3%), кроме случаев с малым и большим диаметром указанных вен,

VIII вариант – рефлюкс по задней добавочной БПВ (ЗДБПВ) - 27 (0,4%) случаев.

IX вариант – несостоятельность поверхностной вены, окружающей подвздошную кость, куда впадает несостоятельный приток с передней поверхности бедра - 2 (0,03%) случая.

X вариант – удвоение ствола БПВ на бедре между листками поверхностной фасции - 113 (1,7%) случаев, из которых 61 – с несостоятельностью одного ствола и 52 - двух стволов.

XI вариант – рефлюкс по срамным венам в БПВ, с несостоятельностью ее нижележащих клапанов - 103 случая (1,6%). Терминальный клапан БПВ, как правило, состоятельный.

XII вариант – рефлюкс по перфорантным венам медиальной группы бедра в БПВ, с несостоятельностью ее нижележащих клапанов – 88 (1,3%). Терминальный и претерминальный клапаны БПВ остаются состоятельными.

Основными методами устранения патологического вено-венозного рефлюкса на сегодняшний день являются ЭВЛК, РЧА и VenaSeal. Опыт их использования (5066 ЭВЛО, 1580 РЧА и 65 Venaseal) позволил определить предпочтительные миниинвазивные вмешательства.

Так, при анатомических вариантах Ia, Ib, Va, VII и X возможно использование всех трех упомянутых выше технологий. При вариантах IIb, IV и VI с точки зрения эффективности, безопасности и комфортности предпочтительно использовать РЧА. И, наконец, для коррекции вариантов III, Vb, Vc, VIII, IX, XI и XII наиболее оправданным, а иногда и

единственно возможным, стала ЭВЛК.

**Выводы.** Анатомия БПВ и СФС отличается большим разнообразием. Это справедливо и по отношению к вариантам патологического высокого вено-венозного рефлюкса, что необходимо учитывать при хирургическом лечении пациентов с хроническими заболеваниями вен.

Беленцов С.М.<sup>1</sup>, Бурлева Е.П.<sup>2</sup>, Тюрин С.А.<sup>3</sup>, Пешков А.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> МЦ Ангио Лайн, Екатеринбург, Россия

<sup>2</sup>УГМУ, Екатеринбург, Россия

<sup>3</sup>МЦ ОЛМЕД, Екатеринбург, Россия

### **Большие проблемы малоинвазивной флебохирургии**

**Актуальность.** Миниинвазивные хирургические вмешательства за последние полтора десятка лет в значительной части заменили классическую флебэктомию и её варианты. Преимущества современных технологий очевидны: они проводятся амбулаторно, часто не требуют освобождения от работы, являются эффективными и безопасными, практически не оставляют эстетических дефектов. Кроме того, складывается впечатление об их способности не вызывать осложнений, т.к. публикации об осложнениях крайне редки.

**Цель.** На большом клиническом материале проанализировать наиболее часто встречающиеся осложнения после малоинвазивных вмешательств на венах и определить пути их профилактики.

**Материал и методы.** Обобщен опыт малоинвазивных хирургических вмешательств двух медицинских центров за последние 7 лет. Выполнено 11372 операции, из них ЭВЛК – 10121, РЧА – 1034, VenaSeal – 217.

В настоящее время классификация осложнений после малоинвазивных вмешательств выделяет большие (ТГВ нижних конечностей, нагноение, гнойный тромбоз, повреждение нервов, ТЭЛА, флегмона, сепсис, нарушение функции жизненно важных органов, смерть) и малые (экхимозы, пигментация кожи, парестезии, ожог кожи, инородное тело, индуративный целлюлит, флебит поверхностных вен, гематомы, ЕНП) осложнения (Мазайшвили К.В.(2017)).

Осложнение в виде оставления инородного тела в просвете вены было в 4 случаях (все – после ЭВЛК). Трём из этих пациентов потребовалась открытая операция, в одном случае отломок кварцевого световода пришлось извлекать из правого предсердия открытым способом через стернотомию и кардиотомию.

РЧА только в одном случае сопровождалась осложнением – это был локальный ожог кожи, эпителизовавшийся через 2 недели.

После VenaSeal осложнения были в 6 случаях: 4 пациента продемонстрировали флебитоподобный синдром, причиной которого стал анатомический вариант БПВ, а именно, поверхностное расположение её в области коленного сустава. Консервативная терапия в течение короткого периода привела к купированию воспаления. И у 2-х пациентов наблюдались подкожные гранулемы вследствие экстравазации клеевой субстанции. В обоих случаях успешно проведена консервативная терапия.

Интересным является наблюдение, когда проведение РЧО-катетера без постоянного УЗ мониторинга привело к его расположению в бедренной вене вследствие «проваливания» в нее через расширенный перфорант в с/з бедра. УЗ контроль позволил вовремя диагностировать и исправить локализацию, исключить термическое повреждение бедренной вены

**Выводы.** Малоинвазивные вмешательства на венах могут приводить к осложнениям, в т.ч. тяжелым. Для их профилактики необходимо scrupulously соблюдать алгоритм проведения вмешательства, в т.ч. УЗ мониторинг во время операции, а также учитывать анатомию вен в каждом конкретном случае.

Булатов В.Л.<sup>1</sup>, Калышев Р.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБНУ Институт экспериментальной медицины, Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup>Медицинский центр Керуен-Medicus, Алматы, Казахстан

## **Методы оценки тромботической нагрузки в системе нижней полой вены. обзор литературы**

**Цель:** сравнить преимущества и недостатки методов оценки тромботической нагрузки в системе нижней полой вены.

**Материалы и методы:** в качестве поисковых ресурсов использованы MEDLINE/PubMed database и www.cochrane.org. В обзор включены статьи, в которых описаны методология и клиническое применение систем оценки тромботической нагрузки. Точки сравнения исследуемых методов: количество и анатомия оцениваемых венозных сегментов, способ расчета распространения тромба в одном венозном сегменте, количество баллов по применяемой шкале в одном сегменте и в сумме всех сегментов.

**Результаты:** для анализа отобраны 23 статьи, среди которых в 11 проведена оценка антикоагулянтной терапии по результатам флебографии. В 6 статьях оценка тромболизиса проведена по результатам флебографии. В 6 статьях оценка фармакомеханической тромбодеструкции посредством флебографии. Применяются следующие методы оценки тромботической нагрузки:

1. Система оценки Marder: субстрат оценки – флебография, анализ 7 анатомических сегментов, максимальный счет 40 баллов, сокращенная версия 28 баллов. Оценка объема тромбоза базируется на отношении площади проекции тени тромба к площади венозного сегмента, баллы в сегменте от 4 до 10. Недостатки: субъективности оценки площади проекций, отсутствие оценки нижней полой вены (НПВ), объединение подвздошных вен в один сегмент, отсутствие глубокой бедренной вены (ГБВ), мышечных и берцовых вен голени.

2. Система оценки Arnesen H, субстрат оценки – флебография, анализ 7 анатомических сегментов, максимальный счет 30 баллов. Оценка одно сегмента по длине тромба, степени стеноза или окклюзии. В сегменте возможно от 0 до 3х баллов. Недостатки: отсутствие оценки НПВ, ГБВ, мышечных и берцовых вен, объединение подвздошных вен в один сегмент, субъективность оценки длины тромба.

3. Система счета тромботической нагрузки группы специалистов из нескольких научных сообществ под председательством John M. Porter «Scoring system of a subcommittee of venous disease». Субстрат оценки – флебография, анализ 17 сегментов объединенных в 6 анатомических областей глубоких вен и 2 сегмента поверхностных вен. Оценка венозного сегмента основана на двух переменных - длина тромба и степень стеноза или окклюзия. Максимальный счет в полной версии 24 балла, сокращенной 18. Недостатки: объединение подвздошных вен, бедренных вен, вен голени, субъективность оценки длины тромба.

4. Система Björgell O., субстрат оценки – флебография, рекомендована авторами для оценки УЗИ, ВСУЗИ, МРТ или КТ. Максимальный счет 42 балла. Включает оценку 14 венозных сегментов глубоких вен. Оценка сегмента базируется только на длине тромба по



отношению к длине сегмента от 0 до 3х баллов. Парная или двойная вена оценивается как один сегмент. Разработан коэффициент перевода баллов из шкалы Marder. Недостаток: не учитываются поверхностные вены, наличие полной окклюзии, субъективность оценки длины тромба.

5. Система Protack C., Субстрат оценки – флебография. Максимальный счет 14 баллов. Оценка сегмента по 3-х бальной шкале - полное открытие вены, частичное открытие вены, полная окклюзия. Недостатки: не оценивается ГБВ, вены дистальнее подколенной вены.

**Выводы:** ни одна из систем оценки тромботической нагрузки не удовлетворяет всем заявленным требованиям по описанию количества и анатомии пораженных тромбозом венозных сегментов, нет единого описания о способе расчета распространения тромба в одном венозном сегменте, нет единого описания о количестве баллов в каждом сегменте и в сумме всех сегментов. Наиболее полная по охвату венозных сегментов является система Björgell O., наиболее легкая в воспроизведении оценки тромботического распространения в одном анатомическом сегменте является Система Protack C. Объединение этих качеств с разработкой новой шкалы позволит устранить большинство недостатков существующих систем оценки тромботической нагрузки.

Булатов В.Л.<sup>1</sup>, Свеклов Д.А.<sup>2</sup>, Шендеров С.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Федеральное государственное бюджетное научное учреждение "Институт экспериментальной медицины", Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup>Санкт-Петербургское Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения "Городская Больница №26", Санкт-Петербург, Россия

### **Синяя флегмазия: успешный технический результат катетерного тромболизиса не приведший к спасению конечности**

**Введение.** Синяя флегмазия (СФ) является редким, но крайне тяжелым осложнением тромбоза глубоких вен (ТГВ). Частота развития венозной гангрены составляет 40-60% случаев, смерти 25-40%, а ампутации у 12-25% у выживших.

**Описание клинического случая.** Пациентка М, 28 лет, уроженка Армении.

Хронические заболевания: Медуллобластома (Grade IV) червя мозжечка, SSH - метилированная, подкласс SHN A. Состояние после операции от 29.06.2021: удаление новообразования червя мозжечка применением микрохирургической техники и интраоперационной навигации с последующей дистанционной комформной лучевой терапией.

22.12.2021г в 21:36 по данным УЗИ вен нижних конечностей верифицирован илиофemorальный флеботромбоз. Назначена консервативная терапия.

23.12.2021г 08.00: Клиническая картина СФ правой нижней конечности с признаками ишемии, условно соответствующей 2а стадии по классификации предложенной И.И. Затевахиным. Через подколенную вену интратромбально установлен катетер для тромболизиса. Тромботическая нагрузка по Mewissen 8 баллов. Схема введения rt-PA (Актилизе): стартовая дозировка - 10 мг, разведенного в 10 мл физиологического раствора в болюсном режиме дозами по 1 мл с интервалом 2,5 минуты в течение 25 мин. Далее продолжали введение литической смеси в разведении 1 мг в 100 мл физиологического раствора в час через роликовый инфузомат.

25.12.2021г 09.00. Прошло 45 часов с момента начала тромболизиса – технический эффект открытия просвета целевых вен остался на уровне, достигнутом 23.12.2022 в 14.00,

# Флебодиа

## 600 МГ ДИОСМИН

КОГДА МЕНЬШЕ  
ЗНАЧИТ



Зарегистрирован

В ЕВРОПЕЙСКОЙ  
ФАРМАКОПЕЕ<sup>(1)</sup>



**ОДНО ДЕЙСТВУЮЩЕЕ  
ВЕЩЕСТВО<sup>(2)</sup>  
ЧИСТЫЙ ДИОСМИН**



**ОПТИМАЛЬНАЯ ДОЗА  
ДИОСМИНА 600 МГ<sup>(2,3)</sup>  
ОДИН РАЗ В ДЕНЬ**



**ВЫШЕ ПРИЕМЛЕМОСТЬ  
ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ  
ПАЦИЕНТОВ<sup>(3)</sup>**

Лечение симптомов  
лимфovenозной  
недостаточности нижних  
конечностей: ощущение  
тяжести, усталости,  
распирания в ногах, боль,  
усиливающаяся к концу  
дня, отёки;  
Дополнительное лечение  
при нарушении  
микроциркуляции<sup>4</sup>  
Лечение симптомов острого  
геморроя.

Для ознакомления с полной инструкцией по медицинскому применению лекарственного препарата, наведите камеру  
Вашего мобильного телефона на QR-код или перейдите по следующему адресу: <https://www.innothera.fr/en/smpc/>

LABORATOIRE  
**innote H**  
INTERNATIONAL

LABORATOIRE INNOTECH INTERNATIONAL  
22 Avenue Aristide Briand  
94110 Arcueil - France

1. European Pharmacopoeia 9.0 - Diosmin
2. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Флебодиа 600.
3. Steinbruch M. Is Nonmicronized Diosmin 600mg as Effective as Micronized Diosmin 900mg plus Hesperidin 100mg on Chronic Venous Disease Symptoms? Results of a Noninferiority Study. Int J Vasc Med. 2020 Mar 7;2020:4237204.
4. [Not explicitly named in the list, but implied by the text]

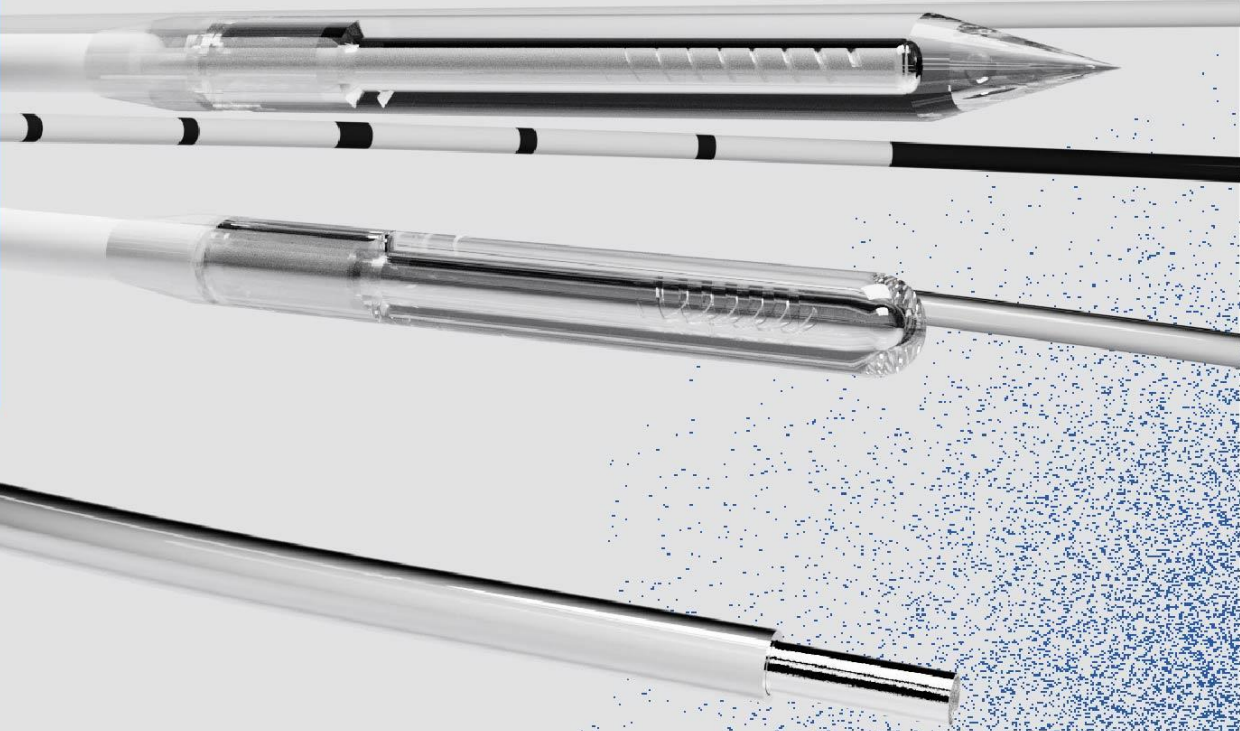


**Minimally  
invasive devices**

## ВЕДУЩИЙ МИРОВОЙ ПРОИЗВОДИТЕЛЬ МЕДИЦИНСКОГО СВЕТОВОДНОГО ИНСТРУМЕНТА

Мы поставляем на рынок медицинского оборудования самые безопасные продукты высочайшего качества. Опираясь на наш инновационный подход, мы разрабатываем и производим световодный инструмент для различных медицинских направлений, включая следующие основные:

- Флебология
- Проктология
- Урология
- Общая хирургия



Официальный дистрибьютор  
Lightguide:

LLC «ZIMAR», Польша.  
[www.zimar-fiber.com](http://www.zimar-fiber.com)  
e-mail: [sales@zimar-fiber.com](mailto:sales@zimar-fiber.com)

Эксклюзивный дилер световодов  
Lightguide в Узбекистане:

ООО «Vesselcare», Узбекистан.  
Телефон: +998 (90) 949-28-71  
e-mail: [ltd.vesselcare@gmail.com](mailto:ltd.vesselcare@gmail.com)

Производитель:

Light Guide Optics International Ltd.  
Латвия.  
[www.lightguide.com](http://www.lightguide.com)

что соответствовало 26 часам тромболизиса. Тромботическая нагрузка по Mewissen 4 балла.

Клиническая картина ухудшения в виде отсутствия капиллярного ответа, снижения чувствительности стопы и голени, наступление контрактуры голеностопного сустава. По данным спиральной компьютерной ангиографии артерий нижних конечностей тибіоперинеальный ствол, берцовые артерии нитевидно сужены, визуализированы на всем протяжении фрагментарно.

26.12.2021г выполнена фасциотомия правой голени и бедра. Ампутация правой нижней конечности на уровне нижней трети бедра.

**Вывод.** Решающим фактором успешности лечения в подобных случаях является скорость распознавания нарастающего компартмент синдрома и ишемии конечности. Возможно, более травматичная открытая тромбэктомия из подвздошно-бедренного сегмента глубоких вен в сочетании с фасциотомией в сравнении тромболитической терапией может оказаться методом выбора в подобной ситуации.

**Дискуссия.** Убедительно продемонстрирован диссонанс клинической картины нарастающего компартмент синдрома и технически успешного результата катетерного тромболизиса в виде снижения тромботической нагрузки с 8 до 4 баллов по шкале Mewissen за первые 26 часов.

Хотя минимально инвазивные варианты лечения СФ стали тенденцией за последние три десятилетия, результат лечения, по-видимому, сильно зависит от скорости нарастания симптомов ишемии и правильного выбора метода дезобструкции включая открытые вмешательства на глубоких венах

Бурлева Е.П.<sup>1</sup>, Тюрин С.А.<sup>2</sup>, Пешков А.В.<sup>2</sup>, Матвеева М.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет МЗ РФ,  
Екатеринбург, Россия

<sup>2</sup> МЦ Олмед, Екатеринбург, Россия

### **Выбор тактики лечения пациентов в зависимости от характера рецидива ВБНК после эндовазальной лазерной облитерации**

**Цель.** Анализ тактики хирургического лечения пациентов в зависимости от характера рецидива варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК) после выполнения эндовазальной лазерной облитерации (ЭВЛО) в бассейне большой подкожной вены (БПВ).

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ медицинской документации за последние 7 лет (2020-2014 гг). Выявлено 310 случаев (n пациентов - 259) рецидива ВБНК. Пациенты имели в анамнезе ЭВЛО по поводу ВБНК в бассейне БПВ классы ХЗВ С 2-6. Среди пациентов женщин было 224 (72,2%) мужчин - 86 (27,7%). Средний возраст – 51,8 лет. Распределение пациентов в зависимости от класса ХЗВ: С 2 (n =166); С 3 ( n= 86); С 4 (n = 43); С 5 (n=13); С 6 (n=2). Всего за эти годы ЭВЛО выполнены в 4371 случаях,

процент рецидивов составил 7,09%. Всем пациентам с рецидивом ВБНК выполнено УЗИ вен нижних конечностей и осмотр врача-флеболога.

При анализе материала опирались на новую классификацию рецидивов ВБНК (ESVS guidelines, 2022). Стандартная статистическая обработка проводилась при помощи программы Excel для Windows.

**Результаты.** Среди всех рецидивов связь с технической ошибкой была в 2 (0.65%) случаях. Остальные рецидивы были связаны с прогрессированием заболевания (n=308). В их структуре случаи, обусловленные появлением новых перетоков на бедре

зарегистрированы в 117 (37,74%) случаях, на голени - в 68 (21,94%); перфорантных вен на бедре – в 8 (2,58%), на голени - в 30 (9,68%). Неоваскулогенез в зоне СФС выявлен на 5 (1,61%) конечностях, несостоятельность резидуального ствола - на 74 (23,87%), несостоятельность малой подкожной вены (МПВ) - на 6 (1,94%).

В 101 случаях выявлено изменение класса ХЗВ при рецидиве: 99 случаев из класса С 3 в класс С 2, 2 случая из класса С 6 в класс С 5. Нарастание класса ХЗВ при рецидивах не зарегистрировано.

Срок обращения за хирургической помощью составил в среднем 4,6 лет

Оценка клинического случая проводилась по двум критериям: наличие у пациента веноспецифичных жалоб и наличие или отсутствие крупных значимых притоков, связанных с реканализованным сегментом вены/другой венозной структурой, являющейся путем развития рецидива. При этом диаметр реканализованной вены менее 3 мм считаем гемодинамически незначимым и не требующим повторных вмешательств.

При наличии симптомов и/или наличии крупных несостоятельных притоков выполнена повторная коррекция патологического рефлюкса.

При диаметре вены > 4 мм приоритет отдавался эндовенозной лазерной облитерации (лазер с длиной волны 1,96 мк). При диаметре вены < 4 мм методом выбора являлась ЭХО-склеротерапия.

Лечение рецидива проведено в 206 случаях. При наблюдении в течение 12 месяцев во всех случаях достигнута окклюзия целевых вен и купирование субъективной симптоматики.

**Выводы:** Рецидивы после ЭВЛО в большей части случаев (40,3%) связаны с появлением новых перетоков и перфорантных вен на бедре. Применение высокотехнологичных миниинвазивных эндовазальных вмешательств с использованием ультразвуковой навигации является оправданной тактикой лечения рецидивов ВБНК.

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

*Андижанский Государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан*

### **Значение синдрома лимфатической недостаточности в современных классификациях заболеваний вен нижних конечностей**

**Введение.** В существующих клинических рекомендациях, классификациях и оценочных шкалах развития и течения заболеваний вен нижних конечностей CEAP, МКБ-10, «ХЗВНК и ХВН», REVAS, VCSS (Venous Clinical Severity Score), VILLATA, GINZDTRG, BRANGJES, WIDMER и др. не уделяется должного внимания лимфатическим расстройствам при рассматриваемой патологии, не многочисленны и научные исследования в этой области, что не позволяет практически врачам использовать современные лимфологические методы в лечении заболеваний вен нижних конечностей.

**Цель.** Изучить отражение синдрома лимфовенозной недостаточности в современных классификациях заболеваний вен нижних конечностей и разработать способы лимфатической терапии в консервативном и хирургическом лечении этой патологии.

**Материалы.** Обследованы 692 больных с заболеванием вен нижних конечностей, у которых проведены исследования флебо-и лимфодинамики, микроциркуляции и регионального иммунитета. Из них 153 больных - с острым поверхностным тромбозом; 154 - с тромбозом глубоких вен; 385 - с хронической венозной недостаточностью. Основная группа - 405 больных, с включением лимфологических методов лечения, контрольная - 287

больных, с использованием традиционного лечения, согласно клиническим рекомендациям.

**Результаты.** Радионуклидная лимфосцинтиграфия выявила, что при тромбозах вен нижних конечностей в начале заболевания скорость лимфотока повышалась в 1,2 раза, ( $P < 0.005$ ), а интенсивность абсорбции радионуклида увеличивалась на 9,3% ( $P < 0,5$ ) относительно здоровых. С 12-15 суток заболевания скорость лимфотока снижалась в 1,4 раза, ( $P < 0.05$ ), а интенсивность выведения РФП уменьшалась на 25%, ( $P < 0.005$ ). Хроническая венозная недостаточность сопровождается нарушением лимфотока различной степени выраженности. Расстройства нарастали по мере увеличения степени венозной недостаточности. На фоне использования лимфологических подходов у больных с синдромом лимфовенозной недостаточности на уровне статистически значимых различий повышалась скорость лимфотока, восстанавливалась микроциркуляция и региональный иммунитет, что способствовало достоверному улучшению как ближайших, так и отдаленных результатов лечения. У больных с трофическими язвами наблюдалось ускорение сроков очищения, грануляции и эпителизации по сравнению с традиционным лечением ( $P < 0.005$ ;  $P < 0.001$ ).

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

Джуракулов Ш.Р.

*ГАОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава Россия, Москва, Россия*

*ГБУЗ «Городская клиническая больница № 15 имени О. М. Филатова ДЗМ», Москва, Россия*

### **Эндоваскулярные методы профилактики тромбоэмболии легочной артерии**

**Актуальность.** Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – одно из наиболее распространенных и грозных осложнений многих заболеваний, неблагоприятно влияющее на их течение и исход. Ежегодно от ТЭЛА погибает 1 человек 1000 живущих на земле. В Европе и России от ТЭЛА умирают 340 000 человек. В США частота встречаемости ВТЭО в год от 300 00 до 600 000. Значительные перспективы для профилактики ТЭЛА и лечения флеботромбозов в системе нижней полой вены открывают эндоваскулярные катетерные вмешательства и в первую очередь имплантация кава- фильтра

**Цель.** Оценка клинической эффективности эндоваскулярной тромбэктомии и имплантации кава-фильтра в нижнюю полую вену у пациентов с тромбозом глубоких вен с целью профилактики ТЭЛА.

#### **Материалы и методы исследования.**

В *отделение* рентгенэндоваскулярных диагностики и лечения (*РЭДиЛ*) в городской клинической больнице №15 им. О.М. Филатова в период 2019 г - 2022 г. Было пролечено 268 пациентов. Верификация диагноза подтверждалась данными рентгенографии, УЗИ, КТ, УЗИ, уровнем D-димера, патогистологическими исследованиями. В процессе лечения

применялись препараты низкомолекулярных гепаринов, антикоагулянты, внутривенные инфузии, эластическая компрессия нижних конечностей. Ряду пациентов было выполнено оперативное лечение. Общее количество установка кава-фильтров и удаление венозных фильтров соответственно n=268 (100%) n= 23(9%). Выполнена установка венозных кава-фильтров и удаление кава-фильтров в 2019г, соответственно у 44(16%) и 8 (3%), в 2020г 41(15%) и 3(1%), в 2021 г 107 (40%) и 7 (2,6%), в 2022г 76 (29%) и 5 (1,9%).

### **Результаты**

Технический успех эндоваскулярной операции составил 100%. Процедуру имплантации кава-фильтра все больные перенесли удовлетворительно. Случаев тромбоза кава-фильтра с развитием послеоперационных осложнений не отмечалось. На следующий день после эндоваскулярного вмешательства больные были активизированы. При этом клиники нарастания симптомов острого венозного тромбоза и появления клиники ТЭЛА в раннем послеоперационном периоде не было. После выписки из стационара заметного прогрессирования венозной недостаточности на стороне поражения мы не наблюдали. В отдаленном периоде умерли 19 (7%) больных от прогрессирования онкологического заболевания, который и был основным фактором риска развития тромбоэмболического синдрома у этих лиц. Случаев рецидива ТЭЛА на фоне установленного кава-фильтра нами не отмечено. Контрольная ЦДС и антеградная каваграфия выполнены у 46 (39,7%) больных через 6–12 месяцев после вмешательства: у всех обследованных пациентов выявлено восстановление просвета НПВ, случаев миграции имплантата не отмечено. В госпитальный период после имплантации кава-фильтра умер 1 (0,9%) пациент от рецидива тромбоэмболического синдрома, источником которого явился тромбоз правого ушка предсердия с пристеночным тромбозом полости правого желудочка. По данным литературы, тромбоз правых отделов сердца является источником ТЭЛА в 0,9% случаев.

### **Выводы.**

Эндоваскулярная тромбэктомия из НПВ на уровни слияния почечных вен выше последующим имплантация кава-фильтра является эффективным малоинвазивным методом профилактики массивной ТЭЛА. Использование венозных фильтров при флотирующем тромбозе илео-ковального сегмента является эффективным методом профилактики массивной ТЭЛА совместно с применением антикоагулянтов и при наличии противопоказаний к терапии.

Досмухамедова Л.В., Умаров Ф.Р. Наркулов А.А., Сайимов Ф.Я.  
*Клиника современной флебологии "VARIKOZ OFF", Ташкент, Узбекистан*

### **Выбор склерозанта в лечении поверхностных венозных мальформаций**

Венозные мальформации являются наиболее распространенной формой среди ангиодисплазий, которые доставляют пациентам как физиологический, так и эмоциональный дискомфорт. Наиболее частой локализацией артериовенозных мальформаций служат верхние и нижние конечности в соотношении 20,9% и 46,4% соответственно. При этом в 70% случаев поверхностные артериовенозные мальформации находят у женщин. В данной статье представлен клинический пример эффективности микропенной склеротерапии и продемонстрирован отдаленный результат у пациентки с наличием поверхностной венозной мальформации кистей рук с проявлениями в виде болевого синдрома и кровотечений. В качестве склерозирующего агента применялся раствор натрия тетрадецилсульфата в концентрации от 1 до 3% с последующей компрессией с помощью трикотажа 2-го класса (RAL-стандарт) в виде рукава и перчаток. Интервал между

процедурами варьировал от 4 до 6 нед. После выполнения нескольких сеансов отмечается уменьшение размера и объема поверхностной венозной мальформации верхней конечности, а также снижение жалоб у пациентки. Наблюдение сроком до 5 лет демонстрирует отсутствие роста мальформации и осложнения в виде повторного кровотечения. Микропенная склеротерапия поверхностных венозных мальформаций, локализованных на верхних конечностях (кисти рук), имеет хорошие результаты в отдаленном периоде и позволяет избежать травматичного хирургического вмешательства. Учитывая данную сопоставимость хирургического и малоинвазивного методов лечения, экономически и финансово целесообразно использовать последний вариант, в частности метод пенной склеротерапии

**Цель исследования:** Главная цель настоящей работы – продемонстрировать эффективность применения микропенной склеротерапии венозных мальформаций верхних конечностей (кисти рук) с оценкой отдаленных результатов на примере клинического случая. Из доступной отечественной литературы и публикаций по данной тематике более подробно рассматриваются хирургические методы лечения ВМ

**Материал и методы.** Лечение ВМ [1]. Представленный клинический случай – один из 23 наших наблюдений – показывает хорошую эффективность использования склерозирующей микропены при данной патологии с уменьшением размера и объема ВМ, а также с исчезновением жалоб, которые явились причиной обращения в нашу клинику. Эта тенденция прослеживается и у зарубежных коллег, в частности М. Prabhakaran et al. сообщают о том, что у всех пациентов с сосудистыми мальформациями, включенных в исследование (n = 17), фиксируется устранение болевого синдрома и объема дисплазированных вен при использовании аналогичной лечебной тактики. При этом 11 пациентов (78%) уже после одного сеанса пенной склеротерапии отмечают купирование боли, РИСУНОК 2. Результат микропенной склеротерапии венозной мальформации через 5 лет. Всего проведено пять сеансов FIGURE 2. Five-year outcome after microfoam sclerotherapy of the venous malformation. In sum, five sessions were carried out 18(2):163–168 2021 AMBULATORY SURGERY (RUSSIA) ОБМЕН ОПЫТОМ | ПРАКТИКА 166 оставшимся 6 понабились повторные сеансы введения склерозанта для полного устранения ВМ [22]. Согласно данным C.S. Lim et al., частота осложнений при проведении эмболосклеротерпии ВМ верхних конечностей у 70 пациентов составила 14,3%. Стоит отметить, что результат обобщал высокопоточные и низкопоточные сосудистые мальформации. К наиболее распространенным нарушениям при манипуляции на верхних конечностях авторы относят возникновение трофических расстройств, повреждени

**Вывод.** Таким образом, использование малоинвазивного метода при ВМ обеспечивает хороший результат в отдаленном периоде и по эффективности сопоставимо с итогами оперативного вмешательства поверхностных венозных мальформаций. Учитывая данную сопоставимость хирургического и малоинвазивного методов лечения, экономически и финансово целесообразно использовать последний вариант, в частности метод пенной склеротерапии. Мы планируем продолжить наблюдение за этой категорией пациентов и применять тактику лечения в схожих случаях с дальнейшим включением уже группы пациентов и анализом лечения между малоинвазивными способами и оперативным вмешательством. Микропенная склеротерапия служит эффективным и безопасным методом амбулаторного удаления венозных мальформаций, локализующихся на кистях рук с хорошим среднесрочным и отдаленным результатом.



### **Ведение пациентов с вульварным варикозом. Методика лечения «снизу вверх»**

Вульварный варикоз — частая венозная патология, выявляемая у пациенток с варикозной болезнью таза и нижних конечностей, беременных женщин. Диагностика ВВ не требует применения специальных методов исследования. Его обнаружение диктует необходимость изучения состояния внутритазовых вен, а в случае сочетания с беременностью — дальнейшего наблюдения и обследования в послеродовом периоде.

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

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

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

Исследуемые были поделены на 3 группы:

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

Вторая группа – пациентки с умеренно выраженными симптомами – преходящие боли во время менструации и диспареуния – 86 (34,1%)

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

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

Пациенткам всех групп была проведена методика лечения снизу вверх – эхоконтролируемая склерооблитерация варикозных вен влагалища, перфорантных вен промежности, притоков на бедре.

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

Во второй группе у 86 пациенток также наблюдался хороший клинический результат, жалобы и симптомы полностью ликвидированы. Однако, у 3 (8,5%) пациенток в течение 2 лет наблюдался рецидив – появились варикозно расширенные вены в области вульвы и промежности, с болевой симптоматикой.

У представительниц третьей группы также отмечались хорошие результаты после склерооблитерации варикозных вен, жалобы сведены к минимуму. Однако, в течение полугода у 7 (29,1%) пациенток наблюдалось прогрессирование симптоматики и появление варикозных вен в области вульвы и промежности.

Пациентки второй и третьей групп были направлены на эмболизацию маточных вен.

**Выводы.** Методика лечения снизу вверх, в данном случае эхоконтролируемая склерооблитерация варикозных вен влагалища и промежности, дает хорошие результаты в лечении вульварного варикоза и минимизации симптомов варикозной болезни таза (ВБТ).

Зайналов А.К.<sup>1</sup>, Маслов Т.В.<sup>1</sup>, Долаев Ж.А.<sup>1</sup>, Махатаев М.А.<sup>2</sup>, Мухамедқали Е.Б.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ТОО «Институт Хирургии», Алматы, Казахстан

<sup>2</sup> Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова, Алматы, Казахстан

### **Стентирование плечеголового ствола при ее окклюзии у больной, находящейся на программном гемодиализе**

Наиболее частым осложнением использования центральных венозных катетеров является окклюзия магистральных вен бассейна верхней полой вены. Основной причиной является постоянная травматизация эндотелия свободным концом диализного катетера. Очень часто с подобным видом осложнения страдают пациенты с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, получающие программный гемодиализ, в виду частого использования двух-просветных временных диализных катетеров и перманентных катетеров.

**Актуальность.** Центральные (верхней полой вены, брахиоцефальные или подключичные) венозные тромбозы являются основной проблемой для формирования артериовенозного доступа к верхним конечностям и основной причиной развития гиперфункции уже функционирующей артериовенозной фистулы. Оптимальное лечение этой патологии до сих пор не определено. В одном исследовании отдается предпочтение к первичной ангиопластике (первичная проходимость через 12 месяцев при ангиопластике 73%, при стентировании 46%) [1]., тогда как есть научные исследования где ангиопластика с стентированием оказалось надежным вариантом лечения у гемодиализных пациентов [2].

**Клинический случай.** Представляем случай стентирования плечеголового ствола справа при ее окклюзии у больной, находящейся на программном гемодиализе. Пациентка М. 1964г.р. 06.04.2023г поступила в плановом порядке в ТОО "Институт хирургии" с жалобами на наличие выраженной отечности и тяжести, покраснения кожи в правой верхней конечности, нарушение покоя. Из анамнеза в 2018 году впервые выставлен диагноз – ТХПН, ХБП 5 стадии в исходе гипертонической нефропатии, и впервые взят на сеансы гемодиализа, получает программный гемодиализ. Неоднократно оперирована по поводу формирования периферического АВФ на обеих верхних конечностях. Последняя операция в декабре 2022г. в клинике Медитерра по формированию АВФ на уровне правого плеча с использованием аутовены, последняя функционирует. В течении последних 2-х месяцев до поступления отмечает вышеуказанные жалобы. В связи с чем обратилась в ТОО Институт хирургии.

В 07.04.2023г была проведена - Флебография правой верхней конечности. Описание: Правая плечеголовая вена – окклюзия проксимальной трети, далее отмечается выраженный коллатеральный кровоток. Отток из правой верхней конечности в верхнюю полую вену осуществляется за счет выраженных коллатералей из системы правой плечеголовой вены, впадающие во внутреннюю яремную вену слева, далее в плечеголовную вену слева и в верхнюю полую вену.

**Заключение.** После чрескожной транслюминальной ангиопластики со стентированием отмечен немедленный регресс симптомов и сохранение артериовенозной фистулы.

Керимов М.М.<sup>1</sup>, Рашидова С.М.<sup>2</sup>, Бабаева В.Р.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Бакинский филиал Сеченовского университета, Баку, Азербайджан

<sup>2</sup> Бакинский центр здоровья, Баку, Азербайджан

<sup>3</sup> Клиника Модерн, Баку, Азербайджан

## **Термальная и нетермальная абляция вен в хирургии варикозной болезни нижних конечностей**

**Введение.** Парадигма современного хирургического лечения варикозной болезни заключается не только в эффективности и безопасности метода, но и в комфортабельности для пациента: кратковременность вмешательства, минимальные болевые ощущения, отсутствие необходимости ношения компрессионного трикотажа. Всем этим современным требованиям отвечает самый последний метод лечения варикозной болезни - Non Thermal Non Tumescent (NT-NT) абляция вен, однако, как любой новый метод, он нуждается в изучении в реальной клинической практике.

**Цель исследования.** Оценить эффективность и безопасность цианоакрилатной клеевой облитерации при лечении варикозной болезни нижних конечностей сравнительно с лазерной абляцией.

**Материал и методы.** Проведено многоцентровое проспективное нерандомизированное исследование – анализ историй болезни 577 пациентов, прооперированных по поводу варикозной болезни нижних конечностей в Учебно Хирургической Клинике АМУ и на базе Бакинского филиала (БЦЗ) Сеченовского Университетата за период с 2019 по 2022 гг. Исследование состоит из 2 групп больных:

I группа – 287 больных перенёвших цианоакрилатную (NBCA) абляцию. Из них женщина - 243(87,4%), мужчина - 44(15,3%), возраст – 20-83 лет. C2-C3 klass - 251(87,5%), C4-C6 - 36(12,5%). GSV - 181(63,1%), SSV- 46(16,03%), GSV+ SSV – 60(20,9%). Диаметр вены варьировал в пределах 5,5-17,8мм. Все вмешательства проводились амбулаторно, без пребывания на листке нетрудоспособности и какого-либо периода иммобилизации после операции.

II группа – 290 пациента после эндовенозной лазерной абляции (EVLA). Женщина - 256(89,2%), мужчина - 31(10,8%), возраст – 20-81. C2-C3 klass -248(86,4%), C4-C6 - 39(13,6%). GSV - 193(66,6%), SSV- 42(14,5%), GSV+ SSV – 55(19%). Диаметр вены - 5,7-28,4 mm.

Между группами по основным показателям не было разницы.

Первичной конечной точкой исследования являлась частота окклюзии подкожных вен, вторичными конечными точками – сроки выполнения операции, интенсивность пери- и постоперационной боли (использовалась визуальная аналоговая шкала - ВАШ) и осложнения - DVT, PE, экхимозы, флебит, пигментация, ожог кожи, VCSS и AVVQ (опросника Aberdeen Varicose Vein Questionnaire).

Помимо облитерации ствола магистральных подкожных вен одномоментно произведена минифлебэктомия варикозно трансформированных притоков по Muller-Varady.

Эмболизация выполнялись с помощью системы VenaBlock (VenaBlock, Invamed Saglic Ilas A.C., Анкара, Турция), который содержит набор интродьюсеров 6F или 7F, направляющую проволоку 0,035 дюйма, два или более по 1 мл NBCA и систему доставки(NBCADS), состоящую из катетера доставки 4F, дозирующих пистолета и адаптера. NBCADS предназначен для доставки 0,3 куб.см NBCA за 5 с на 10 см вены. Скорость оттягивания катетера составляет 2 см/сек с одновременной компрессией по ходу вены в течение 30 секунд согласно рекомендациям производителя. Компрессионный трикотаж не применялся.

# MEDI - компрессионный трикотаж высшего качества для лечения ваших вен



Soft Elastic



Perfect Fit



Variety



Clima Fresh



Clima Comfort

## Запатентованные технологии

Компания Medi была основана в 1951 году в Германии. Более 60 лет опыта в области технологии изготовления медицинского компрессионного трикотажа и протезно-ортопедических изделий позволяет Medi занимать лидирующую позицию на рынке. Высокотехнологичная продукция подходит профилактики и лечения заболеваний. Продукцию Medi можно использовать в длительных путешествиях, во время беременности и при работе, которая требует длительное пребывание на ногах. Чулки бренда Medi являются элегантными и в тоже время функциональными, они сочетают приятный вид и лечебный эффект.

Компания Medi на протяжении всех лет своей работы обеспечивает высокое качество продукции, внедрение инноваций в производство. Компания старается максимально удовлетворить запросы своих клиентов и партнеров по бизнесу. Medi устанавливает высокие стандарты качества и безопасности.

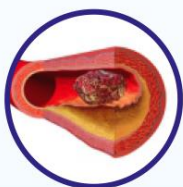
**I FEEL BETTER**



## ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА



- Защита / восстановление функции и целостности эндотелия
- Предупреждение тромбоза на артериальном и венозном уровнях
- Регуляция / улучшение реологических свойств крови снижение фибриногена и триглицеридов плазмы



Тромбофилические состояния



Хронические заболевания вен



Диабетическая нефропатия



Нарушения мозгового кровообращения



Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей



Диабетическая ретинопатия



Ангиопатия с повышенным риском тромбообразования, в т.ч. после перенесенного инфаркта миокарда



Диабетическая ангиопатия

Краткая инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата ВЕССЕЛ® ДУЭ Ф. Регистрационный номер: П N012490/01. Международное непатентованное наименование: сулодексид. Фармакологическое действие: ангиопротекторное, профибринолитическое, антитромботическое. Показания к применению: ангиопатии с повышенным риском тромбообразования, в том числе и после перенесенного инфаркта миокарда; нарушение мозгового кровообращения, включая острый период ишемического инсульта и период раннего восстановления; дисциркуляторная энцефалопатия, обусловленная атеросклерозом, сахарным диабетом, гипертонической болезнью; сосудистая деменция; окклюзионные поражения периферических артерий как атеросклеротического, так и диабетического генеза; флебопатии, тромбозы глубоких вен; микроангиопатии (нефропатия, ретинопатия, нейропатия) и макроангиопатии при сахарном диабете (синдром диабетической стопы, энцефалопатия, кардиопатия); тромбофилические состояния, антифосфолипидный синдром; лечение гепарининдуцированной тромботической тромбоцитопении, поскольку не вызывает и не усугубляет её. Способ применения и дозы. По 1-2 капсулы 2 раза в день до приёма пищи в течение 30-40 дней. Обычно, лечение начинают с применения препарата в лекарственной форме «раствор для внутривенного и внутримышечного применения» по 1 ампуле в день, внутримышечно или внутривенно, в течение 15-20 дней. Полный курс лечения следует повторять не менее 2 раз в год. В зависимости от результатов клинико-диагностического обследования пациента, по усмотрению врача режим дозирования может быть изменён. Товар сертифицирован. Per№ DV/X 02638/02/17 Производитель: Каталент Итали С.п.А., Италия, Виа Неттуненсе, Км 20,100 - 04011 Априлиа (Латина), Италия / Via Nettunense, Km. 20,100 - 04011 Aprilia (Latina), Italy. См. полную информацию о препарате в инструкции по применению.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ И ВЕН

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ

инфракрасного диапазона (1470нм) мощностью 15Вт (Leonardo Dual 45, Biolitec/CeramOptec GmbH, Бонн, Германия). Радиальное оптическое волокно диаметром 1,8 мм (ELVES Radial 2ring Fiber, CeramOptec GmbH, Бонн, Германия) вводили под ультразвуковым контролем в ствол целевой вены в дистальной точке аксиального рефлюкса с использованием интродьюсера 6F (Prelude Sheath Introducer, Merit Medical Systems Inc., South Jordan, UT), кончик лазера располагали на 2,5- 3 см ниже подкожно-бедренного или подкожно-подколенного сочленения. Тумесцентная анестезия раствором Клейна вдоль обработанной вены была выполнена с помощью помпы (Dispenser DP30, NOU VAG AG, Goldach, Швейцария). Абляция вены выполняли с ручной тракцией световода, применяя линейную внутривенную плотность энергии (LEED), которая была рассчитана по формуле: диаметр вены в мм  $\times$  7 = энергия, приложенная к каждому см обрабатываемой вены.

**Результаты.** Ближайшие результаты оценивались клинически и с помощью ультразвукового дуплексного сканирования. Оклюзия целевых вен отмечена во всех случаях. Отдаленные результаты изучены в срок до 3 лет после вмешательства. Длина обработанных вен была сходным в обеих группах. Продолжительность процедуры значительно отличались для двух групп ( $12 \pm 4,6$  против  $28,7 \pm 3,5$ ,  $p < 0,001$ ). Длина культи была короче после EVLA, чем в NBCA, но не было существенной разницы. В послеоперационном периоде боли, уплотнение, экхимоз, пигментация кожи и парестезия были признаны статистически значимыми меньше в группе NBCA по сравнению с группой EVLA, кроме флебитоподобной реакции. Флебитоподобная реакция зарегистрирована у 29 (10,1%) больных в раннем послеоперационном периоде, которая купирована антигистаминной и противовоспалительной терапией.

В группе EVLA тепловая энергия и тумесцентная анестезия были причинами пигментации кожи. Эти пигментации у всех больных полностью исчезли через 3-6 месяцев наблюдения. ТГВ был обнаружен у одного пациента в группе EVLA, которого первоначально лечили низкомолекулярным гепарином в течение одной недели, а затем продолжали с пероральным антикоагулянтом в течение трех месяцев. В отдаленном периоде наблюдения рецидив отмечен у трех больных в группе NBCA с диаметром вены больше 15 мм. В обеих группах серьезных нежелательных явлений не было во время процедуры и в дальнейшем периоде. Изучение качества жизни опросником с использованием опросника CIVIQ-2 показало, что оно существенно повышается уже в 1-е сутки после NBCA. Быстрое восстановление и раннее возвращение к повседневной жизни были значительно лучше в группе NBCA ( $p < 0,001$ ).

Одним из важных преимуществ новой технологии является и отсутствие необходимости ношение компрессионного трикотажа, что дает возможность пациентам с сопутствующими поражениями артерий нижних конечностей избавиться от значимых нарушений венозного оттока. У 5 пациентов с С4-С6 класса несмотря на наличие такого рода поражения мы провели клеевую облитерацию вполне успешно. Кроме того, данная особенность актуальна и для пациентов с распространенной варикозной экземой, у которых устранение вертикального рефлюкса VenaBlock системой позволяет в короткие сроки купировать проявления экземы.

#### **Выводы.**

1. NT-NT абляция может быть безопасным и эффективным методом в лечении варикозной болезни нижних конечностей.

2. Эта новая методика устраняет необходимость в тумесцентной анестезии и ношения компрессионные чулки, значительно сокращает время процедуры, позволяет выполнение вмешательств у больных с интеркуррентным нарушением артериального кровотока и

варикозной экземой, характеризуется более гладким и легким течением ближайшего постоперационного периода, отсутствием DVT и PE.

3. Процедура сопряжена с минимальным риском развития осложнений, наиболее частым из которых является флебитоподобная реакция.

4. Следовательно, этот новый метод нетермической абляции без тумесцентной анестезии может быть безопасно применен у больных с диаметром вен до 15 мм.

Кобилбеков Б.И.<sup>1,2,3</sup>, Солиев О.Ф.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии», Душанбе, Таджикистан

<sup>2</sup>ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

<sup>3</sup>Клиника «GMC Dushanbe», Душанбе, Таджикистан

### **Первый опыт использования многокольцевых радиальных световодов с широкой зоной эмиссии при эндовазальной лазерной коагуляции**

Эндовазальная лазерная коагуляция (ЭВЛК) представляет собой один из приоритетных методов лечения варикозного расширения вен нижних конечностей. Исследование технических характеристик и оптимизация энергетических параметров для проведения ЭВЛК становятся актуальными с разработкой и внедрением новых типов световодов.

**Цель** - провести оценку эффективности, безопасности и технических аспектов применения многокольцевых радиальных световодов с широкой зоной излучения при выполнении ЭВЛК в лечении пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей.

**Методы.** Проведено проспективное многоцентровое исследование, в ходе которого была выполнена серия процедур (62) ЭВЛК на подкожных венах: большая подкожная вена, малая подкожная вена и их притоков, перфорантные вены, на лазерной аппарате с длиной волны 1470нм. Для этой цели использовался инновационный многокольцевой радиальный световод с широкой зоной излучения на участке (4мм) Infinity Side Fiber, предоставленный компанией Light Guide Optics. Решения по выбору световода, энергетические параметры облитераций и тип экстракции световода принимались хирургом, осуществляющим операции. Технические характеристики световода Infinity Side Fiber включали в себя радиальное излучение лазера, диаметр радиального волокна 600 мкр, и диаметр рассеивающей колбы 1,6 мм. Пункция вены осуществлялась с использованием катетера 14G, и не требовала установки интродьюсера. После каждой ЭВЛК тщательно проводилась визуальная оценка состояния световода. Клинический результат оценивался путем физического осмотра пациентов и ультразвукового исследования на 1-7-ые дни после вмешательства, а также на 30-й день.

**Результаты.** Достижение в техническом плане было абсолютным - 100%. В отношении энергетических характеристик: средняя мощность составила  $6,2 \pm 0,58$  Вт, находясь в диапазоне от 5 до 8 Вт. Среднее количество энергии, используемое в одной процедуре ЭВЛК, составило  $2760 \pm 1600$  Дж. У восьми пациентов одновременно проводилась ЭВЛК в различных венозных системах (2-3 подкожные вены) с использованием одного световода, и общее среднее количество энергии составило  $8620 \pm 1314$  Дж. Средний диаметр подкожных вен составил 8,8 мм, варьируясь от 6 до 22 мм. На ближайших этапах наблюдения облитерация была зафиксирована в каждом из 62 (100%) случаев. Не было замечено ни одного случая разрушения или фрагментации световода. В 1 (1,6%) случаях была замечена карбонизация зоны эмиссии световода после продолжительного воздействия в посттромботической вене при мощности 7 и 8 Вт, и энергетических параметрах ЛПЭ 200 и 160 Дж/см соответственно.

**Выводы.** ЭВЛК с использованием многокольцевых радиальных световодов с широкой зоны излучения Infinity Side Fiber является безопасным и эффективным методом, который можно успешно использовать для лечения пациентов, страдающих варикозной болезнью в различных венозных системах. Эта методика выполнения ЭВЛК с данными световодами не требует применения интрадьюсеров, что упрощает и, возможно, снижает стоимость процедуры.

Коспанов Н.А.<sup>1</sup>, Төлеген А.И.<sup>1</sup>, Жолдасов О.Е.<sup>1</sup>, Қалымбетов Б.С.<sup>2</sup>, Мухамедкали Е.Б.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ТОО «Институт Хирургии», Алматы, Казахстан

<sup>2</sup>Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова, Алматы, Казахстан

### **Опыт проведения склероземболизации перфорантных вен при постфлебитическом синдроме в клинике Медитерра.**

**Актуальность.** Постфлебитический синдром, который включает в себя ряд симптомов и признаков, возникающих после развития тромбоза глубоких вен, имеет разнообразную клиническую картину, которые снижает качество жизни. Функциональные ограничения, связанные с ПТФС, могут быть стойкими, и после тромбоза глубоких вен пациенту может потребоваться пожизненная антикоагулянтная терапия. Венозные язвы часто расценивают как осложнение постфлебитического синдрома.

**Цель.** Оценка результатов эффективности склероземболизации перфорантных вен нижних конечностей при постфлебитическом синдроме с язвой.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов оперативного лечения при постфлебитическом синдроме с язвой в нашей клинике: было отобрано 20 пациентов с постфлебитическим синдромом с венозной язвой с 1 января 2020 года по 31 августа 2023 года. Среди них женщин – 11 (55%), мужчин – 9 (45%), венозная язва левой голени слева у 9 случаев (45%), у 7 случаев – справа (35%); с обеих сторон 4 случаев - (20%); средний возраст пациентов составил 48,2 лет, во всех случаях была взята биопсия из язв, злокачественный характер образования не подтвердился не в одном случае (0%). А так же 5 пациентам проведено поэтапное хирургическое лечение (25%). Поэтапное хирургическое лечение, включало в себе 2 этапное лечение. Первым этапом выполнялся: 2 пациентам – рентгенэндоваскулярная баллонная ангиопластика ОБВ, ПБВ, 1 пациенту стентирование ОПВ + баллонная ангиопластика наружной подвздошной вены, 1 пациенту флебография. Ревизия ОБВ слева. Эндофлебэктомия из ОБВ слева. 1 пациенту двухсторонняя кроссэктомия + иссечение краев язв обеих голени, 1 пациенту односторонняя кроссэктомия. Далее вторым этапом была выполнена склероземболизация перфорантных вен голени со склерозантом «Лауромакрогол 400 (полидоканол)».

**Результаты.** Во всех 20 случаях осложнении не наблюдались. Полное заживление язв наблюдается у 14 пациентов (70%), у 6 пациентов язвы уменьшились на 50-70 % (15%). При ежемесячном ультразвуковом исследовании (1-2-3 месяцев) у 8 случаев (40%) была необходимость повторной склероземболизации. при котором было выполнено второй этап склероземболизации.

**Выводы.** Проведение склероземболизации перфорантных вен при постфлебитическом синдроме с язвой является высокоэффективной процедурой.



Кривошеков Е.П.<sup>1</sup>, Посеряев А.В.<sup>2</sup>, Ельшин Е.Б.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава  
России, Самара, Россия

<sup>2</sup> ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница, Самара, Россия

<sup>3</sup> ГУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина», Самара, Россия

### **Прием перорального тромболитика с целью лечения острого тромбоза поверхностных вен нижних конечностей**

**Актуальность.** Хронические заболевания вен нижних конечностей в подавляющем большинстве случаев обусловлены варикозной болезнью нижних конечностей, которая, в основной массе, поражает бассейн большой подкожной вены. Одним из самых частых и распространенных осложнений является восходящий, что может привести к распространению тромботического процесса на глубокие вены, отрыву и миграции головки тромба и тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). В исследовании 2014 г. ежегодная заболеваемость тромбофлебитом в группе больных, состоящей из 265 687 человек составляла 0,64%. При тромбофлебите ТЭЛА регистрировалась у 4,7%, при этом, в ряде случаев, носила бессимптомный характер.

**Цель:** Целью нашего исследования было улучшение результатов консервативного лечения пациентов с острым тромбофлебитом поверхностных вен нижних конечностей.

**Материалы и методы:** Было проведено проспективное исследование на базе отделения сосудистой хирургии Ульяновской областной клинической больницы за 8 месяцев 2022 года. В исследование вошли 56 человек с тромбофлебитом большой и малой подкожной вены и их притоков. Все 56 больных, были разделены на две сходные группы. В обеих группах исследования применялась стандартная (базисная) терапия, которая включала в себя: эластическая компрессия чулками 2 класса компрессии, возвышенное положение пораженной конечности на специальном устройстве (патент РФ № 202659 от 02.03.2021), парентеральные антикоагулянты в промежуточных дозировках на срок госпитализации (Эниксум (Эноксипарин Натрия) 0,4 п/к 1 раз в сутки) для профилактики распространения процесса на глубокую венозную систему, с переводом на амбулаторном этапе на дезагреганты (Аспирин-Кардио 100 мг 1 раз в сутки), местные мазевые аппликации на область тромбированных вен (Гепарин-Акригель 1000 гель 2-3 раза в сутки в течение 10 суток, затем Детрагель в течении 1-3 месяцев). В группах исследования пациентам назначались препараты флавоноидов (Диосмин (Детралекс) 1000 мг 1 таблетка утром сроком на 3 месяца), а так же препараты, улучшающие функцию эндотелия сосудов (Актовегин 200 мг по 2 таблетки 3 раза в сутки, длительность приема составила 4 месяца). В группе контроля (26 пациента, 46,42%) проводилась терапия только по стандартной схеме, описанной выше; основной группе больных (30 человек, 53,57%) к стандартной терапии, назначался прямой пероральный фибринолитик «Тромбовазим» в дозировке 800 ЕД 2 раза в сутки курсом 21 сутки с первого дня госпитализации с продолжением терапии на амбулаторном этапе.

**Результаты:** В группах исследования не было распространения тромбоза на глубокую венозную систему во время исследования. На этапе стационарного лечения аллергических реакций, геморрагических осложнений не наблюдалось. Через месяц наблюдения у пациентов основной группы и группы сравнения гиперемия сохранялась лишь у 4(15,38%) и 5(16,66%) больных соответственно, что свидетельствует о стихании воспалительного процесса и не сопоставимо по выборке ( $p > 0,1$ ). Динамика купирования отека и уменьшение субъективных ощущений через месяц наблюдения были существенными: отек присутствовал у 5(20%) и 14(60,87%) человек, а субъективное чувство «плотного тяжа»

у 3(12%) и 12(52,17%) пациентов групп исследования соответственно с достоверной разницей между группами ( $p < 0,05$ ). Через 3 месяца наблюдения, по данным УЗДС, у 35 пациентов (83,34%) основной группы исследования было отмечено полное восстановление проходимости пораженных вен. При этом не наблюдалось неполноценной компрессии вен при чрескожном воздействии, ни патологических внутрисосудистых тяжей. В группе контроля, у 8 (30,65%) больных отсутствовали патологические изменения в пораженных тромботическим процессом венах.

**Выводы.** Использование в консервативной терапии острого варикотромбофлебита с умеренным риском венозных тромбоэмболических осложнений перорального тромболитика в сочетании с препаратом, улучшающим микроциркуляцию достаточно эффективно в сравнении со стандартной схемой лечения. Отмечается лучшая реканализация венозного русла на фоне соизмеримой скорости купирования воспалительных процессов. Применение перорального тромболитика в лечении варикотромбофлебита не повлияло на частоту геморрагических осложнений, таким образом, не увеличивает риск развития кровотечения на всех этапах лечения.

Небылицин Ю.С.

*ООО Доктор Профи, Минск, Республика Беларусь*

### **Ведение пациентов с осложнёнными формами варикозной болезни в условиях отделения краткосрочного пребывания**

**Актуальность.** Лечение пациентов с осложненными формами варикозной болезни нижних конечностей продолжает оставаться одной из актуальнейших проблем сосудистой хирургии. Это оправдывает усилия, направленные на поиск новых эффективных методов лечения, использующихся в комплексной терапии при данной патологии.

**Цель.** Изучить результаты лечения пациентов с клиническими классами С4-С6 хронических заболеваний вен нижних конечностей при проведении оперативных вмешательств в условиях хирургического отделения краткосрочного пребывания.

**Материал и методы.** В исследование было включено 350 пациентов (мужчин – 189, женщин – 161) в период 2017-2023 гг. с диагнозом варикозная болезнь нижних конечностей. Средний возраст пациентов составил  $51,4 \pm 10,2$  г. ( $M \pm \sigma$ ). По международной классификации CEAP пациенты распределились следующим образом: С4 – у 254 (72,6%), С5 – у 68 (19,4%), С6 – у 28 (8%). Длительность заболевания варьировала от 5 до 20 лет.

**Результаты.** Особенности лечения пациентов в отделении краткосрочного пребывания являются: отсутствие возможности длительной предоперационной подготовки пациента, отсутствие возможности проведения обширных травматических оперативных вмешательств, отсутствие возможности проведения дорогостоящих исследований при мониторинге состояния пациента.

Объем вмешательства определялся индивидуально и зависел от выявленных патологических рефлюксов и нарушений гемодинамики. В исследовании у пациентов были выполнены следующие оперативные вмешательства: стриппинг – 40, стриппинг (короткий или средний)+аутовенозная окклюзия ствола большой подкожной вены на голени – 5, эндовенозная лазерная коагуляция – 201, эндовенозная механо-химическая облитерация с использованием комплекта Flebogrif – 10, повторная обработка устья – 14, минифлебэктомия/локальная флебэктомия – 52, лазерный дебридмент трофических язв (дополнялась другими методами) – 28. Следует отметить, что выполнение операций при трофических нарушениях мягких тканей технически проводить более сложно и имеется

более высокий риск развития осложнений. В послеоперационном периоде наблюдались осложнения: рецидив варикозной болезни – 13, нагноение ран – 12, рожистое воспаление (эритематозная форма) – 1, термический ожог кожи – 1, лимфоррея – 7, гематома – 42, парестезия – 19.

#### **Выводы:**

1. При выборе тактики лечения пациентов с варикозной болезнью осложненной трофическими нарушениями в условиях хирургического отделения краткосрочного пребывания необходимо оценивать состояние пациента (сопутствующую патологию), наличие трофической язвы и ее характеристики (фазу, площадь, длительность).

2. Оперативные методы лечения должны быть направлены на ликвидацию патологического сброса, быть патогенетически обоснованными и с минимальным повреждением тканей.

3. Применение лекарственных средств обладающих вентонизирующим действием, улучшающих реологические свойства крови, метаболизм тканей в комплексном лечении способствует более быстрому, по сравнению со стандартным лечением, регрессу клинических симптомов.

Неъматзода О.<sup>1,2</sup>, Султанов Д.Д.<sup>1,2</sup>, Гаибов А.Д.<sup>1,2</sup>, Муминзода Б.Г.<sup>2</sup>, Солиев О.Ф.<sup>2</sup>, Юнусов Х.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ,  
Душанбе, Таджикистан

<sup>2</sup>ГОО «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»,  
Душанбе, Таджикистан

### **Некоторые аспекты распространённости и факторов риска варикозной болезни в Таджикистане (на примере двух пилотных регионов)**

**Цель:** изучить распространённость и факторы риска (ФР) варикозной болезни (ВБ) у населения Республики Таджикистан на примере двух пилотных районов.

**Материал и методы.** Проведён скрининг ВБ и её ФР у 3084 человек из числа общего населения, постоянно живущих в районах Дж. Балхи и Дусти Республики Таджикистан. Мужчин было 728 (23,6%), женщин -2356 (76,4%). Средний возраст обследованных составил 41,1±3,5 лет.

Проведен ангиологический осмотр респондентов с целью идентификации признаков ВБ, сбор жалоб и анамнеза заболевания, детальное изучение и выявление всех возможных ФР.

**Результаты.** Клинические признаки ВБ выявлены у 1469 (47,6%) человек - 280 (38,5%) мужчин и 1189 (50,5%) женщин ( $p < 0,001$ ). В структуре ВБ превалировала ретикулярная её форма и телеангиоэктазии (59,6%) чаще у лиц женского пола ( $n=739$ ; 62,2%) по сравнению с мужского ( $n=137$ ; 48,9%) ( $p < 0,001$ ). На долю С2-С6 классов ВБ среди всех обследованных приходилось 593 (19,2%) наблюдений, в том числе, декомпенсированные формы заболевания с явлениями индурации, зажившей или активной язвы, встречались у 73 (2,4%) обследованных.

По гендерной принадлежности чаще всего различные варианты ВБ имелись у лиц женского пола ( $n=1189$ ; 50,5%) по сравнению с мужским ( $n=280$ ; 38,5%) ( $p < 0,001$ ). Среди всех мужчин с ВБ, лёгкие её формы (телеангиоэктазии) встречались у 48,9%, тогда как среди женщин они имели место у 62,2% ( $p < 0,001$ ). Магистральная форма расширения подкожных вен и осложнённые формы ВБ (С2-С6) среди всех лиц с варикозной трансформацией

подкожной венозной системы отмечались у 51,1% мужчин и 37,8% женщин ( $p < 0,001$ ). Наиболее часто ВБ встречалась в возрастной группе 31-40 и 41-50 лет – 83,2% и 69,7% соответственно.

Значимыми ФР ВБ среди обследованной когорты явились: наследственная предрасположенность (отношение шансов (ОШ) 2,322; 95% доверительный интервал (ДИ): 1,247-3,421), беременность и количество родов (ОШ 3,041; 95% ДИ: 1,033-4,051), избыточная масса тела (ОШ 1,338; 95% ДИ: 0,838-2,481), регулярные статические нагрузки (ОШ 11,262; 95% ДИ: 7,452-17,019), длительная стоячая или сидячая работа (ОШ 3,627; 95% ДИ: 1,464-4,848), возраст старше 18 лет (ОШ 1,506; 95% ДИ: 0,839-2,702) и сочетание нескольких факторов (ОШ 8,096; 95% ДИ: 6,072-12,129).

**Выводы.** У населения Республики Таджикистан на примере двух пилотных районов распространенность различных форм варикозной болезни составляет 47,6%. Чаще патология выявляется у лиц молодого и среднего возрастов и женского пола. В генезе варикозной болезни значимую роль играли наследственная предрасположенность, высокий паритет, избыточная масса тела, регулярное выполнение тяжёлой физической нагрузки, длительная сидячая или стоячая работа, возраст, а также одномоментное сочетание указанных факторов.

Неъматзода О.<sup>1</sup>, Эхсонов А.С.<sup>2</sup>, Юнусов Х.А.<sup>1</sup>, Курбанов С.Х.<sup>2</sup>, Солиев О.Ф.<sup>2</sup>,  
Тошпулотов Х.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ,  
Душанбе, Таджикистан

<sup>2</sup>ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»,  
Душанбе, Таджикистан

### **Результаты комбинированной миниинвазивной флебэктомии и PRP-терапии при сочетании варикозной болезни с артрозом коленных суставов**

**Цель:** анализ результатов мини-инвазивной комбинированной флебэктомии и первого опыта PRP-терапии в лечении варикозной болезни (ВБ) сочетающейся с гонартрозом (ГА).

**Материалы и методы:** Анализированы результаты лечения 26 пациентов (11 мужчин, 15 женщин; средний возраст  $49,3 \pm 4,6$  лет) перенесшие мини-инвазивную флебэктомию по поводу ВБ и PRP-терапию по поводу ГА. Средний индекс массы тела (ИМТ) пациентов составил  $28,9 \pm 2,1$  кг/м<sup>2</sup>.

У 7 (26,9%) пациентов отмечался второй (С2), у 15 (57,7%) – третий (С3) и у 4 (15,4%) – четвёртый (С4) класс ВБ. Изолированное расширение большой подкожной вены (БПВ) и её притоков отмечена у 9 (34,6%) пациентов, малой подкожной вены (МПВ) – у 2 (7,7%) больных. У более половины пациентов ( $n=15$ ; 57,7%) отмечался одномоментное расширение стволов и притоков БПВ и МПВ.

У всех пациентов отмечался двухстороннее расширение подкожных вен нижних конечностей, с превалированием клиники в 19 (73,1%) случаях слева, в 7 (26,9%) наблюдениях – справа. У 17 (65,4%) пациентов имелась недостаточность перфорантов голени.

Согласно классификации Kellgren JH & Lawrence JS (1957) у 4 (15,4%) пациентов отмечался I степень, у 14 (53,8%) – II и у 8 (30,8%) – III степень ГА.

Флебологический статус определили визуально и с помощью дуплексного сканирования венозной системы нижних конечностей, коленных суставов – с помощью шкалы WOMAC.

**Результаты.** Медиана суммарного индекса до лечения по шкале WOMAC составила 65,5 (61,0-74,0) баллов, в том числе индекс болевого синдрома - 14,0 (13,0-16,0) баллов, тугоподвижность коленного сустава - 6,0 (5,0-6,0) баллов и функционированию сустава - 47,0 (45,0-49,0) баллов.

Всем пациентам первым этапом проведена комбинированная миниинвазивная флебэктомия, вторым этапом 4 сеанса PRP-терапии с еженедельным интервалом. Продолжительность оперативных вмешательств составила в среднем  $115,5 \pm 35,5$  минут, госпитализации -  $2,8 \pm 0,4$  суток. Ни у одного не отмечалось развитие значимых осложнений.

После лечения отмечалось значительное уменьшение болевого синдрома, скованности и функционирование коленных суставов. Малая эффективность отмечался в 4 (15,4%) случаев. Терминальная стадия ГА ( $r=0,64$ ;  $p<0,05$ ), длительность течения дегенеративного процесса в суставе ( $r=0,56$ ;  $p<0,05$ ), постоянный приём обезболивающих препаратов ( $r=0,52$ ;  $p<0,05$ ) и наличие сочетанного расширения ствола БПВ и МПВ ( $r=0,59$ ;  $p<0,05$ ) имели прямую корреляционную связь с малой эффективностью применения обогащённой тромбоцитами аутологичной плазмы.

**Заключение.** У пациентов с варикозной болезнью и артрозом коленных суставов проведение комбинированной флебэктомии с соблюдением принципов минимальной инвазивности и внутрисуставное введение обогащенной тромбоцитами аутологичной плазмы, позволяет значительно снизить болевой синдром и улучшить повседневную функциональную активность коленных суставов.

Роговой Н.А.<sup>1,2</sup>, Калинин С.С.<sup>1,2</sup>, Хрыщанович В.Я.<sup>1,2</sup>, Климчук И.П.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>УЗ «4-я ГКБ им.Н.Е.Савченко», Минск, Беларусь

<sup>2</sup>УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

### **Использование локального катетерного тромболитика при лечении илиофemorального флеботромбоза**

**Введение.** В последние годы в клинической практике все чаще применяется термин «венозный тромбоземболизм» (ВТЭ), объединяющий два патогенетически связанных заболевания – тромбоз глубоких вен (ТГВ) и тромбоземболию легочной артерии. Не менее чем у  $\frac{1}{3}$  пациентов ТГВ может проявляться легочной эмболией и/или внезапной смертью. 30-75% пациентов в отдаленном периоде имеют ПТБ той или иной степени тяжести, а 10-40% из них страдают от выраженного отека нижних конечностей, хронической боли и/или трофической язвы.

**Цель.** Изучить ранние и отдаленные результаты лечения илиофemorального флеботромбоза, осложненного флотацией и острой венозной недостаточностью нижних конечностей, методом локального катетерного тромболитика.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 11 пациентов с илиофemorальным флеботромбозом, осложненным флотацией тромба и/или острой венозной недостаточностью, которые проходили стационарное лечение в период с 2021 по 2022 гг. Мужчин было 6, женщин – 5, средний возраст пациентов составил 62,6 [47-76] лет. Острая венозная недостаточность проявилась у 11 пациентов (100%), флотация головки тромба в подвздошно-бедренном сегменте у 9 пациентов (81,8%). Длина флотирующей части тромба составляла 46,3 [35-80] мм. Под ультразвуковым контролем по Сельдингеру

# КОМПРЕССИОННЫЙ ТРИКОТАЖ

ofa bamberg



+998992317755



ofa\_uz



ofa\_uz

# НОРМОВЕН

Диосмин + Гесперидин



**УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК:  
БЕЗ РЕЦЕПТА**

**Оптимальный выбор  
для эффективного лечения  
хронической венозной  
недостаточности!**



тромбированной общей бедренной вены. После этого через катетер при помощи шприцевого насоса проводили в течении 3-х часов введение тканевого активатора плазминогена в дозировке 50 мг. Указанную процедуру проводили с периодичностью 1 раз в сутки. Если одной процедуры было недостаточно для достижения необходимого терапевтического эффекта (лизиса флотирующей части тромба и/или приемлемой реканализации), ЛКТ повторяли на следующий день (не >4 раз). В промежутках между сеансами ЛКТ пациенту через установленный катетер проводили внутривенную антикоагулянтную терапию нефракционированным гепарином 1000 Ед/час под контролем АЧТВ (с увеличением показателя в 1,5-2 раза).

**Результаты.** В 11 (100%) случаях в первые сутки после выполнения ЛКТ частично или полностью купировались явления острой венозной недостаточности, У всех пациентов с флотирующим ТГВ произошел полный лизис подвижной части тромба, а результаты контрольной ультрасонографии в ближайшем (1 месяц) послеоперационном периоде подтвердили восстановление просвета вены до 20-75%.

**Выводы.** Локальный катетерный тромболитический является более безопасным по сравнению с системной тромболитической терапией по количеству геморрагических осложнений. Способ локального тромболитического с катетеризацией большой подкожной вены в верхней трети бедра и позиционированием катетера непосредственно в области флотирующей части тромба может применяться для предупреждения ТЭЛА у пациентов с илиофemorальным флеботромбозом, осложненным флотацией головки тромба.

Сайимов Ф.Я.. Умаров Ф.Р.

*Клиника современной флебологии «VARIKOZ OFF», Ташкент, Узбекистан*

### **Тактика лечение варикозно-расширенных притоков после устранения рефлюкса по магистральным подкожным венам**

Эндовазальная (эндовенозная) лазерная коагуляция (облитерация) варикозных вен (ЭВЛК, ЭВЛО) - современный метод, призванный устранить рефлюкс крови в поверхностных и перфорантных венах с помощью тепловой энергии лазерного излучения. ЭВЛО позволяет обойтись без разрезов и не требует госпитализации пациента в стационар. Данный метод привел к изменению основных подходов к хирургическому лечению варикозной болезни и положил начало развитию эстетической флебологии.

**Цель исследования:** оценить возможности применения ЭВЛО в сочетании с минифлебэктомии и тотальной ЭВЛО в лечении варикозной болезни нижних конечностей с целью улучшения результатов лечения заболевания.

**Материал и методы.** Были проанализированы результаты лечения 155 пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей. При этом женщин составило 90 (58,06%), мужчин - 65 (41,94%).

Всем пациентам кроме рутинных методов обследования проведено УЗИ исследование венозной системы нижних конечностей.

Задачами УЗИ исследования были определение источника рефлюкса, его локализация и протяжённость, а так же состояние глубокой венозной системы.

При ультразвуковом исследовании больных выявлено несостоятельность клапана СФС и рефлюкс по БПВ 95 (61,29%), несостоятельность клапана СПС и рефлюкс по МПВ 45 (29,03%), несостоятельность клапана СФС и рефлюкс по ПДБПВ 9 (5,81%), несостоятельность клапана СФС и рефлюкс по ЗДБПВ 6 (3,87%).

Выполнены следующие вмешательства:

ЭВЛО БПВ + минифлебэктомия притоков БПВ 50 (32,6%)



ЭВЛО МПВ+ минифлебэктомия притоков МПВ 25 (16,3%)  
Тотальное ЭВЛО БПВ и ее притоков 45 (29,03%)  
Тотальное ЭВЛО МПВ и ее притоков 20 (12,9%)  
ЭВЛО ПДБПВ+ минифлебэктомия притоков 3 (1,94%)  
ЭВЛО ЗДБПВ+ минифлебэктомия притоков 2 (1,29%)  
Тотальное ЭВЛО ПДБПВ и ее притоков 6 (3,87%)  
Тотальное ЭВЛО ЗДБПВ и ее притоков 4 (2,58%)

Всем больным после операции выполнено УЗИ нижних конечностей. Осмотр больных проведен на 1-е, 7-е сутки после операции, через 1, 6 мес, 1 года после операции.

**Результаты.** После минифлебэктомии притоков у больных с развитой подкожно-жировой клетчаткой не всегда удавалось полностью удалять крупные вены в 10 (6,45%) случаях, гематомы наблюдались у 15 (9,68%) пациентов, тромбофлебиты выявлены в 11 (7,1%) случаях.

**Вывод.** При наличии варикозно изменённых притоков БПВ или МПВ «небольшого диаметра» порядка менее 0,5 см и при невыраженной подкожно-жировой клетчатке у пациента, рекомендуем выполнять минифлебэктомию.

При наличии у пациента повышенной массой тела, выраженной подкожно-жировой клетчатке, варикозно изменённых притоков БПВ и МПВ диаметром более 0,5 см то рекомендуем выполнять тотальную ЭВЛО несмотря на то, что при тотальной ЭВЛО наблюдается достоверно большее количество флебитов.

Салимов Ф.М.<sup>1</sup>, Юнусов Х.А.,<sup>1</sup> Солиев О.Ф.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, Душанбе, Таджикистан

<sup>2</sup> ГУ Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии, Душанбе, Таджикистан

### **Лечение венозно-кавернозных гемангиом сложной анатомической локализации у детей раннего возраста**

**Цель.** Выработка оптимальной тактики хирургического лечения венозно-кавернозных гемангиом (ККГ) критической анатомической локализации (КАЛ) у детей раннего возраста.

**Материал и методы.** За период с 2016 по апрель 2022 гг. было обследовано 23 ребенка в возрасте от 6 месяцев до 7 лет. Мальчиков было 12 (52,1%), девочек - 11 (47,8%). В 3-х случаях (23%) гемангиома была диагностирована с момента рождения ребенка. В остальных случаях (76,9%) заболевание развилось в сроках от 1,5 месяца до 1 года после рождения.

Основным методом обследования явились клиничко-anamnestические данные и результаты дополнительных методов исследования (дуплексное ангиосканирование в доплеровском режиме).

**Результаты.** Анализ результатов исследования установил, что преимущественно гемангиомы располагались в области щёк - у 14 больных (60,8%), носа - у 7 больных (30,6%) и на подбородке - у 2 больных (8,6%). Такое преимущество, на наш взгляд, объяснимо особенностями ангиоархитектоники данной анатомической локализации. Во всех случаях первым этапом выполнялась флебосклерооблитерация гемангиом. Первичное проведение склерозирующей терапии позволяло в значительной степени уменьшить размеры гемангиом и сократить зону сосудистого поражения. Вторым этапом, спустя 2-3 недели после склерозирующего лечения, было произведено иссечение гемангиом с соблюдением принципов косметической хирургии. Ни в одном случае осложнений не отмечено.

Следует отметить, что данная лечебная тактика оправдана лишь в случаях, когда имеет место верифицированная венозно-кавернозная гемангиома. Во всех других случаях выполнение предварительного склерозирования чревато развитием тромбоэмболических или некробиотических осложнений. Период диспансеризации составил от 1,5 до 3–х лет.

**Заключение.** Таким образом, отказ от традиционного хирургического лечения ККГ КАЛ у детей раннего возраста в пользу поэтапной склеротерапии, с последующей хирургической ликвидацией дефектов, с соблюдением принципов эстетической хирургии является высокоэффективным альтернативным методом лечения в связи с отсутствием при этом рубцовых деформаций, не вызывают трудностей социальной адаптации в отдалённых сроках после операции.

Скобелева Н.Я.<sup>1</sup>, Хрыщанович В.Я.<sup>2</sup>, Роговой Н.А.<sup>2</sup>, Красько О.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> *Клинический родильный дом Минской области, Минск, Беларусь*

<sup>2</sup> *Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь*

<sup>3</sup> *Объединенный институт проблем информатики Национальной академии наук Беларуси, Минск, Беларусь*

### **Влияние инфекции SARS-CoV-2 на течение варикозной болезни у беременных**

**Цель.** Варикозная болезнь (ВБ) является значимой экстрагенитальной патологией у беременных женщин, которая повышает риск развития перинатальной венозной тромбоэмболии (ВТЭ) и снижает качество жизни (КЖ). Как известно, вирус SARS-CoV-2 обладает тропностью к эндотелию сосудистой стенки и способен вызывать его дисфункцию с утратой гликокаликса и разрушением эндотелиоцитов. Предположительно инфекция SARS-CoV-2 у беременных с ВБ может быть связана с ростом количества тромботических событий и развитием вирус-индуцированной флебопатии. Поэтому цель настоящего исследования заключается в оценке влияния COVID-19 на течение ВБ у беременных женщин на фоне компрессионной терапии и без нее.

**Методы.** В исследование были включены 68 беременных женщин, 38 из которых использовали компрессионные чулки 2 класса стандарта RAL-GZ387, Oeko-Tex Standart 100, ISO, CE в течение 8 ч ежедневно на протяжении минимум 2 месяцев (основная группа), 30 пациенток вошли в группу сравнения. В процессе наблюдения 8/38 (21%) пациенток из основной группы и 9/30 (30%) пациенток из группы сравнения перенесли инфекцию COVID-19. Инфицирование SARS-CoV-2 подтверждалась амбулаторно результатом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с обратной транскрипцией назофарингеального мазка. Установление степени тяжести ВБ проводили при помощи шкалы Venous Clinical Severity Score (VCSS). Показатель КЖ рассчитывали при помощи специфического опросника Chronic Venous Insufficiency Questionnaire (CIVIQ-20). Определение окружности голени производили посредством измерительной ленты в вертикальном положении.

**Результаты.** Статистические различия между беременными с COVID-19 и без инфекции SARS-CoV-2 по интенсивности болевого синдрома, степени тяжести «венозных» симптомов и КЖ отсутствовали ( $p = 0,0422$ ,  $p = 0,56$ ,  $p > 0,99$ , соответственно). Ношение компрессионного трикотажа было связано с одинаково эффективным облегчением проявлений ВБ и улучшением КЖ в обеих подгруппах (COVID + и COVID –) беременных женщин ( $p > 0,05$ ). Эластическая компрессия способствовала элиминации венозного рефлюкса у 18/35 (51%) пациенток при отсутствии статистических различий между COVID + и COVID – подгруппами беременных ( $p = 0,053$ ). Увеличение распространенности венозного рефлюкса у женщин, не получавших лечения, не зависело от фактора контаминации

вирусом SARS-CoV-2 ( $p = 0,431$ ). Достоверные различия между COVID + и COVID – подгруппами беременных в части снижения выраженности отека или, наоборот, его прогрессирования соответственно в группах лечения и сравнения отсутствовали. У двух женщин, переболевших COVID-19 и не получавших компрессионную терапию, развились венозные тромботические события.

**Выводы.** Коронавирусная инфекция легкого течения не вызывает у беременных с ВБ утяжеления симптомов и признаков заболевания, равно как и не усугубляет расстройства флебогемодинамики нижних конечностей. Градуированная эластическая компрессия является эффективной мерой медицинской профилактики прогрессирования ВБ и тромботических осложнений в гестационном периоде.

Скобелева Н.Я.<sup>1</sup>, Хрыщанович В.Я.<sup>2</sup>, Роговой Н.А.<sup>2</sup>, Красько О.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Клинический родильный дом Минской области, Минск, Беларусь*

<sup>2</sup>*Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь*

<sup>3</sup>*Объединенный институт проблем информатики Национальной академии наук Беларуси, Минск, Беларусь*

### **Клиническая эффективность эластического компрессионного трикотажа при варикозной болезни у беременных**

**Цель.** Варикозная болезнь (ВБ) является наиболее часто встречающейся хронической патологией, которая распространена у 50% женской популяции и у трети мужского населения. Варикозный синдром встречается у 20–50% беременных женщин, однако с учетом телеангиэктазий и ретикулярных вен его распространенность может достигать 70%. Терапевтические мероприятия в период беременности обычно носят неинвазивный характер и включают ношение медицинского компрессионного трикотажа и создание возвышенного положения нижних конечностей. Вместе с тем ни один из упомянутых методов не имеет надежной валидации в рамках сравнительных клинических исследований или рандомизированных контролируемых испытаний. Поэтому цель настоящего исследования заключается в оценке клинической эффективности градуированного компрессионного трикотажа в отношении купирования симптомов и признаков ВБ у беременных женщин.

**Методы.** В исследование были включены 60 беременных женщин, 30 из которых использовали компрессионные чулки 2 класса стандарта RAL-GZ387 и составили основную группу, еще 30 пациенток вошли в группу контроля. Клинический класс ВБ оценивали в соответствии с классификацией CEAP. Установление степени тяжести ВБ проводили при помощи шкалы Venous Clinical Severity Score (VCSS). Показатель качества жизни (КЖ) рассчитывали при помощи специфического опросника Chronic Venous Insufficiency Questionnaire (CIVIQ-20). Оценивали диаметры большой и малой подкожной вен при помощи доплеровской ультрасонографии. Определение окружности голени производили посредством измерительной ленты в вертикальном положении.

**Результаты.** В конце исследования было выявлено существенное снижение показателя VCSS ( $p < 0,001$ ) в основной группе, тогда как в группе контроля отмечалось нарастание степени тяжести ВБ ( $p < 0,001$ ). В контрольной группе отмечалась отрицательная клиническая динамика по классификации CEAP: соотношение пациенток с ВБ сместилось в сторону класса C3 – с 3/30 (10%) до 15/30 (50%) случаев. На заключительном этапе наблюдения совокупный показатель КЖ в основной группе улучшился ( $p = 0,099$ ), в то время как в группе контроля фиксировалось статистически значимое снижение КЖ по опроснику CIVIQ-20 ( $p < 0,001$ ). На фоне применения компрессионного трикотажа наблюдалась

статистически значимая редукция диаметров большой и малой подкожных вен во всех точках измерения, а также билатеральное уменьшение окружности голени в надлодыжечной области ( $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Применение компрессионных чулок у беременных с ВБ во II и III триместрах было связано с уменьшением диаметров подкожных вен, облегчением веноспецифических симптомов и признаков и улучшением КЖ. Динамическая оценка клинических классов CEAP указала на незначительную отрицательную динамику в основной группе и существенную прогрессию венозной недостаточности в группе контроля. Проведенное сравнительное клиническое исследование продемонстрировало хорошую переносимость и эффективность градуированной эластической компрессии при ВБ у беременных женщин.

Султаналиев Т.А., Сагандыков И.Н., Чиналиев А.М., Даумен А.А., Акжигитова М.Т.,  
Кенесаров А.С.

*Национальный научный онкологический центр, Астана, Казахстан*

### **Комбинированное лечение синдрома тазового венозного полнокровия**

**Актуальность:** Синдром тазового венозного полнокровия является очень распространенным гемодинамическим феноменом (по оценкам, присутствует у 20-43% населения у женщин), чаще всего возникающим в результате изменения венозного кровотока, которое происходит в механизме нарушений оттока, расположенных в брюшной полости и малом тазу. Вышеупомянутый патофизиологический феномен приводит к перегрузке емкостных венозных сосудов малого таза, чаще всего параматочных и околовлагинальных венозных сплетений, что приводит к венозным утечкам из малого таза и варикозному расширению вульвы и промежности.

**Цель:** Оценить результаты комбинированного лечения – эндоваскулярной эмболизации яичниковых вен, дополненное лекарственной терапией - с варикозной болезнью вен органов малого таза у женщин коренной национальности Республики Казахстан.

**Материалы и методы:** В исследование были включены 127 женщин - казашек (возраст  $38 \pm 11$  лет), проходивших стационарное и амбулаторное лечение с марта 2020 по май 2022гг из-за хронического венозного полнокровия органов малого таза, варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей и/или вульвы, или сочетания обоих симптомов. Всем пациенткам проводились УЗИ органов малого таза, трансвагинальная доплерография, МРТ. Выявлена варикозная трансформация и несостоятельность тазовых вен у 92 (72,8%) пациенток. Женщины после операций наблюдались через 3, 6 и 12 месяцев, систематически посещая кабинеты ангиохирурга и интервенционного радиолога. Всем пациенткам до и после эндоваскулярного вмешательства назначались венотоники, отдельной группе рекомендованы смесь гликозаминогликанов парентерально и энтерально. Эндоваскулярная эмболизация с использованием эмболизирующего агента и спиралей выполнены всем 127 женщинам. Эмболизированы 9 вен правого яичника, 118 вен левого яичника.

**Результаты:** Первоначальный технический успех при эмболизации патологических вен составил 100%. В послеоперационном периоде время наблюдений составили от 3-х до 12 месяцев. В целом, 85 (63%) пациенток посетили 12-месячные последующие визиты, 28 (22%) женщин завершили телефонное собеседование, 14 (15%) – по разным причинам на осмотры ангиохирургам не явились. С целью нормализации реологических свойств крови

19 пациентам были назначены смесь гликозаминогликанов в/в, большой группе рекомендованы препараты диосминового ряда, очищенная микронизированная флавоноидная фракция. Улучшение или исчезновение болевого синдрома было достигнуто у 106 (94%) пациентов, улучшение качества жизни - у 109 (96,4%) женщин. Было зарегистрировано 2 незначительных и 1 серьезное нежелательных явлений. У 2 пациенток развился рецидив - проведена повторная операция, у 1 - образовался тромб выше уровня эмболизации в яичниковой вене, который был устранен консервативно.

**Заключение:** Комбинированное лечение тазового венозного полнокровия в нашем наблюдении отмечены как эффективные и безопасные процедуры с высоким клиническим успехом и улучшением качества жизни, что требует дальнейшего многоцентрового исследования.

Султанов Д.Д., Неъматзода О., Тухтаев Ф.М., Юнусов Х.А., Солиев О.Ф.  
*Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии, Душанбе, Таджикистан*

### **Активная хирургическая тактика в лечении венозной трофической язвы**

Тяжелые формы ХВН (С4-С6 классы) в структуре сосудистых патологий является одной из часто встречающихся заболеваний в практике врачей разных специальностей, практикующихся в поликлинических учреждениях. Тяжелым и частым осложнением ХВН являются венозные трофические язвы, которые в среднем встречаются у 2% трудоспособного населения индустриально развитых стран, а в России это около 3 млн. человек.

Более эффективным и радикальным методом лечения ХВН, признанным ангиохирургами, считается хирургический метод. Когда имеют места тяжелые трофические изменения и индуративные процессы в тканях голени, проведение травматичных радикальных хирургических вмешательств не представляется возможным. Многие хирурги рекомендуют любые оперативные вмешательства после достижения заживлений язв и уменьшения паравязвенных воспалительных изменений. Однако она требует длительного консервативного лечения и не всегда трофические язвы заживают.

**Цель исследования:** Изучить результаты оперативных вмешательств, проведенных на фоне венозных трофических язв.

**Материал исследования.** Под нашим наблюдением находились 154 больных. Среди них основная группа составила 99, контрольная – 55 больных. Этиологическими факторами у 91(59%) больного явилась посттромботическая болезнь (ПТБ) и 63 (41%) – варикозная болезнь (ВБ). Мужчины с ПТБ было 72, женщин – 19, мужчин с ВБ – 42, женщины – 21. Тяжести ХВН у всех больных по классификации CEAP соответствовало С<sub>5-6</sub> классам.

**Методы исследования.** Ультразвуковая доплерография, цветное дуплексное сканирование.

**Результаты исследования.** УЗДГ и УЗДАС позволило детально изучать венозную гемодинамику, характер посттромботических изменений глубоких вен, зоны и протяженность поражения, состояния клапанов, характер рефлюксов, по их результатам определили вид и объем оперативных вмешательств. Причиной возникновения язв, поддерживающим фактором являлась регионарная венозная гипертензия в области язвы, патогенез которой основан на следующие факторы: вертикальный рефлюкс в задней большеберцовой вене, горизонтальный рефлюкс по перфорантным венам около язвы, расширенные притекающие подкожные вены под язвой, естественные артериовенозные сообщения между задней большеберцовой артерией и веной, анастомозы между задними

и передними берцовыми венами. В результате этих факторов создается порочная венозная гемодинамика в зоне трофической язвы и развивается регионарная венозная гипертензия.

Нами разработан способ оперативного лечения, направленный на ликвидацию всех этих факторов регионарной венозной гипертензии (патент на изобретение). Данный способ состоит из следующих компонентов: 1. Флебэктомия (при ПТБ только на голени); 2. Резекция задней большеберцовой вены; 3. Субфасциальная перевязка и пересечение коммуникантных вен внутренней части нижней и средней трети голени; 4. Тщательное иссечение венозных сосудов по периметрам медиальной лодыжки; 5. Разъединение естественных артериовенозных свищей между большеберцовой артерией и веной; 6. При наличии венозной трофической язвы голени иссечение вен под язвой из этого же доступа.

Для изоляции язвы нами разработан также способ иссечения притекающих вен под язвой, на что был получен патент на изобретение.

В основной группе 99 больных были оперированы по нашей методике. В контрольной группе 55 больным были выполнены различные оперативные вмешательства, в том числе диссекция перфорантных вен, такие как: надфасциальная перевязка коммуникантных вен по Кокету, эндоскопическая диссекция, операция Линтона. Резекция задней тibiальной вены и иссечение притекающих вен под язвой не были выполнены.

В основной группе ранние осложнения в виде нагноения раны, краевого некроза наблюдались у 9,2% больных, отмечено заживление язвы во всех случаях в сроках до 1-2 месяцев. В контрольной группе ранние осложнения встречались у 7,2% больных.

Таким образом, среди 99 больных основной группы у 93 (94,0%) в отдалённом периоде отмечались хорошие результаты значительным регрессом ХВН и без рецидивом трофической язвы. Удовлетворительный результат наблюдался у 4 (4,0%) больных и неудовлетворительный результат - у 2 (2,0%) оперированных больных. Рецидив язвы отмечался в 2 (2%) случаев. В контрольной группе хорошие результаты составили 59,7%. удовлетворительные – 10,4% и неудовлетворительные с рецидивом язвы в 29,9% случаев. Послеоперационные результаты в отдалённом периоде показывают высокую эффективность активной хирургической тактики и эффективности разработанных нами способов комбинированного оперативного вмешательства.

Усманов Б.С, Насритдинов Ж.А.

*Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Фергана, Узбекистан*

### **Случай перекрута и узлообразования проводника при катетеризации подключичной вены**

Катетеризация подключичной вены (КПВ) довольно сложная процедура, которая имеет свои показания и противопоказания. При индивидуальных особенностях больного, нарушении техники катетеризации и упущениях по уходу за катетером могут возникнуть серьезные осложнения с нанесением ущерба здоровью больного.

Мы наблюдали наиболее редкое осложнение КПВ, как перекрут и узлообразование проводника катетера.

Больной Ж., 50 лет, получал лечение в нашем Центре по поводу острого абсцесса головного мозга. При выполнении КПВ по Seldinger стандартным катетером для проведения интенсивной инфузионной терапии стало невозможным извлечение проводника (пески) катетера. При попытке его извлечения грудь больного следовала за ним. Решено было оперативным путем удалить проводник.

ЭКСКЛЮЗИВНЫЙ ДИСТРИБЬЮТОР  
лазерных аппаратов **Candela** в Узбекистане

**ARASH MEDICAL**  
uzbekistan

# Vbeam Perfecta



## Диаметры пятен

Широкий выбор диаметров пятен и дистанционных насадок для всех процедур

## Эргономичная рукоятка

Контурный дизайн снижает нагрузку на запястье и увеличивает комфорт оператора

## Интуитивный интерфейс

Интуитивный интерфейс пользователя с встроенными пресетами для широкого спектра сосудистых и пигментных поражений, также обеспечивающий простой доступ к настройкам для опытных специалистов.

## Вариативность выходной энергии

Vbeam Perfecta обеспечивает полный диапазон выходной энергии для любой длительности импульса на любом диаметре пятна

## DCD™ Охлаждение

Запатентованная интегрированная система динамического охлаждения DCD™ сохраняет время, независима от оператора, связана с флюенсом и обеспечивает последовательную защиту эпидермиса.

## Клинические показания

- Эффективные процедуры без пурпуры
- Сосудистая сеточка
- Сосуды на носу
- Морщины
- Сосуды на ногах
- Телеангиэктазия
- Пойкилодермия
- Фото-омоложение
- Дисхромия
- Пигментные пятна
- Экхимоз
- Акне
- Сосудистые поражения

## Клинические показания с пурпурой

- Винные пятна
- Ангиома
- Шрамы
- Вишневая ангиома
- Гемангиома
- Сосудистое "озеро"
- Бородавки
- Стрии
- Псориаз

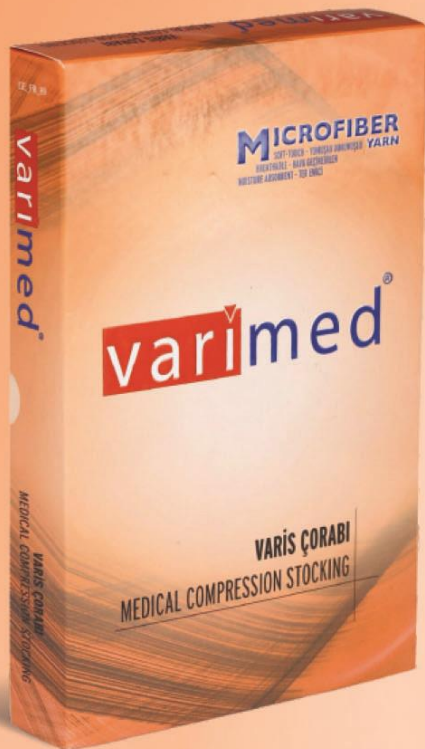


+998 90 815 18 88  
+998 91 004 81 10

Instagram: arashmedical.uz  
Facebook: Arash Medical

# varimed®

Ортопедические чулки Varimed  
эффективная поддержка  
для ваших ног!



Ортопедические чулки: эффективная поддержка для ваших ног!

Varimed - лидер в производстве ортопедических изделий, представляет новое поколение чулок для варикозного расширения вен. Наша продукция сочетает в себе высокое качество материалов, инновационные технологии и уникальный дизайн, чтобы обеспечить идеальную поддержку и комфорт вашим ногам.

Чулки Varimed - это не просто модный аксессуар, это эффективный способ противостоять проблемам венозной недостаточности. Независимо от того, нужны вам чулки для профилактики, контроля или лечения варикоза, Varimed предлагает широкий ассортимент моделей, отвечающих вашим индивидуальным потребностям:

1. Компрессионные чулки среднего давления: Идеальный выбор для повседневного использования, они помогут улучшить кровообращение, снизить отечность и усталость ног.
2. Компрессионные чулки высокого давления: Рекомендуются для тяжелых случаев варикоза и после операций. Они обеспечивают максимальную поддержку и смягчение симптомов.
3. Антиэмболические чулки: Замечательный выбор для пациентов, проводящих длительное время в постели или находящихся в сложных условиях. Они помогают снизить риск тромбоза.
4. Медицинские чулки для беременных женщин: Специально разработанные для будущих мам, они обеспечивают поддержку и смягчение ног во время беременности.

Varimed продукты изготовлены из высококачественных материалов, обеспечивающих максимальную эффективность и комфорт. Наши чулки имеют анатомическую форму, мягкую и гладкую текстуру, а также превосходные свойства воздухопроницаемости.

Поверьте в себя и свои ноги, доверьтесь Varimed - эксперту в области ортопедических товаров. Посетите наш магазин ортопедических товаров Medika, чтобы узнать больше о нашем широком ассортименте продукции.

Вместе мы сделаем ваши ноги здоровыми и красивыми!



последний уходит под ключицу. Рана продолжена в надключичную область, сверху лестничные и снизу большая грудная и подключичная мышцы отсепарованы от ключицы в проксимальной трети, надкостница отодвинута распатором, проведена пила Джигли, с помощью которой перепилена ключица, Обеспечен оптимальный доступ. Остро и тупо из имбибированных кровью мягких тканей обнажены подключичная и внутренняя яремная вены, диаметр последних 1,3 и 1,7 см соответственно. При дальнейшей ревизии выявлено, что проводник перекручен вокруг подключичной вены, уходит к плечеголовной вене и на нем образовались два узла на расстоянии 4 см друг от друга. Далее остро и тупо, препарировав в зоне гематомы по ходу проводника, выделена из тканей плечеголовная вена. Все обнаженные вены взяты на турникеты. Осторожно проводник, ушедший за правую плечеголовную вену и образовавший полость гематомы, извлечен между магистральными венами, Гематома опорожнена, полость осушена: Осуществлена фотодокументация. Произведен тщательный туалет, гемостаз и дренирование дна раны. Выполнен остеосинтез ключицы интрамедуллярно с помощью спиц Киршнера, чем достигнута её стабильность. Установленная в рану дренажная трубка выведена через отдельный разрез и подключена к вакуум-отсосу. Послойные швы на рану с оставлением резиновых выпускников. Повязка.”

Больному в последующем нейрохирургами выполнена операция трепанации черепа справа со вскрытием и дренированием полости абсцесса головного мозга. На 9-е сутки после операции пациент выписан в удовлетворительном состоянии по месту жительства на долечивание.

Из приведенного нами случая видно, что насильственное и не контролируемое проведение, а также извлечение проводника при катетеризации центральных вен может привести к серьезным последствиям. При подобного рода осложнениях необходима выполнить рентгенконтрастное исследование и хирургическую ревизию.

По нашему мнению, должны быть разработаны и внедрены инструктивные положения для всех уровней медперсонала, имеющих отношения к КПВ, а в отделениях регулярно проводиться занятия по пункционной катетеризации центральных вен с обсуждением возможных ошибок и их профилактики.

Усманов Б.С., Усманов А.К., Насритдинов Ж.А.

*Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Андижан, Узбекистан*

### **Осложнения катетеризации подключичной вены и методы их лечения**

Впервые пункция подключичной вены была осуществлена в 1952 г. Aubaniac. Им была описана методика пункции из подключичного доступа. Wilson и соавт. в 1962 году применили подключичный для катетеризации подключичной вены (КПВ), а через нее - и верхней полой вены. В настоящее время КПВ — широко используемый сосудистый доступ для инфузионной терапии с целью восстановления объема циркулирующей крови, мониторинга показателей гемодинамики, введения препаратов, парентерального питания и диагностики (Роузен М., 1981; Бунятян А.А., 2007).

Однако имеется немало сообщений об осложнениях при КПВ (Антонов О.С. и др., 1994). Длительное нахождение катетеров нередко сопровождается появлением локальных постинъекционных осложнений, таких как флебит и тромбоз вен (Maki D., 2002; Griine F. et al., 2004; Frey A.M., 2007; Bravery K., 2008). Наблюдаются и другие осложнения КПВ, например, узлообразование проводников катетеров или их миграция.

За истекший период в АФ РНЦЭМП подкожную клетчатку как осложнение КПВ мы наблюдали у 3 (25%) больных, тромбоз - у 4 (33,3%), перекрут и узлообразование проводника катетера вокруг плечеголовной вены у 1 (8,3%) перекрут проводника катетера в подключичной клетчатке с образованием гематомы - у 1 (8,3%), миграцию катетера по подключичной вене - у 2 (16,7%), миграцию катетера в полость сердца - у 1 (8,3%)."

Причинами осложнений явились невнимательность при удалении шва, фиксирующего катетер (вместо шва ножницами пересечен катетер), выпадение повязки вокруг катетера, насильственное проведение проводника катетера в период освоения методики и др. При миграции катетера больным проводилось рентгеноконтрастное исследование для верификации диагноза.

Оперативным путем катетеры извлечены у 4 больных. В зависимости от локализации во время операции возникали существенные трудности для проведения полноценной ревизии по катетеру в условиях имбибированных кровью окружающих тканей. При перекруте и узлообразовании проводника вокруг плечеголовной вены для полноценного доступа пришлось резецировать ключицу, в другом случае при ревизии выявлены узлообразование проводника и гематома в позаключичной рыхлой клетчатке, у 2 больных катетеры извлечены из подключичной вены. У 1 ребенка катетер мигрировал в полость сердца, в связи с чем больной транспортирован в сосудистое отделение РНЦЭМП.

По нашему мнению, должны быть разработаны и внедрены инструктивные положения для всех уровней медперсонала, имеющих отношения в КПВ, а в отделениях регулярно проводиться занятия по уходу за катетерами с обсуждением возможных осложнений. При возникновении осложнений КПВ необходимо привлекать сосудистых хирургов, а при миграции катетеров — применять эндоваскулярные методы их извлечения.

Усманов А.К. Насритдинов Ж.А. Камолитдинов О.А. Шириева Ж.Ф.  
*Клиника MEDPOINT, Андижан, Узбекистан*

### **Термическая абляция и лечения тромбоза поверхностных вен**

Варикотромбоз тромботическое поражение варикозно расширенных вен нижних конечностей, которое является нередким осложнением варикозной болезни из-за замедления кровотока. При тромбозе образуются сгустки крови, которые ведут к возникновению воспаления венозных стенок. Различают тромбоз поверхностных (подкожных) вен и глубоких вен (флеботромбоз), который чаще всего возникает без своевременного лечения тромбоза поверхностных вен.

Больной обратился с жалобами на боли в области голени, покраснение и местную температуру на варикозно расширенных венах. Больной считал себя больным в течение 7 лет связывал болезнь с физической нагрузкой и малоподвижным образом жизни.

81-летний Э.В. мужчина с ТФПВ в медиальной части голени и несостоятельным БПВ подвергся ЭВЛО обеих БПВ. Поскольку присутствовали тромбы, БПВ пунктировали в паховой складке и лазерный катетер вводили каудально, чтобы предотвратить эмболию. У мужчины 81 года выявлен поверхностный тромбоз варикозно расширенных вен медиальной поверхности «левой» голени, подтвержденный УЗИ. БПВ шириной 8 мм, с рефлюксом из паха в голень, без тромба. Тромбы из варикозных ветвей эвакуировали через ножевые разрезы под местной анестезией. Через 2 недели флебит распространился на БПВ от голени до середины бедра. Больной отправлен на плановый обследование общей анализа крови, Коагулограмма, анализ на СПИД, гепатит В, С, RW и кардиограмма. После разрешения терапевта был взят на ЭВЛО. Радиальный лазерный катетер был

установлен каудально от паха. После тумесцентной местной анестезии (ТЛА) сегмент длиной 5 см, дистальный от интродьюсера, обрабатывали со стандартными параметрами (8 Вт–80 Дж). После этого катетер продвигали до голени и обрабатывали БПВ во время краниального отведения до паха. Одновременно с этим некомпетентную «правую» БПВ лечили ЭВЛО, несмотря на организованные тромбы из-за поверхностном тромбофлебита, возникшие 1 годом ранее. Первоначально свободный от тромбов проксимальный сегмент подвергся ЭВЛО после пункции на середине бедра. Постфлебитический сегмент был катетеризирован из голени и после этого обработан.

Через 7 дней боль прошла. УЗИ показало окклюзию обеих БПВ от голени до паха

Мы использовали ЭВЛО, предполагая, что это может ускорить заживление и избежать осложнений. На УЗИ обследование оба БПВ которые которые были облитерированы более структурированными и стабильными, чем сгусток, типичный для поверхностном тромбофлебита. Кроме того, аналогично эффективны лигирование и удаление, ЭВЛО рефлюксных подкожных вен, еще не пораженных поверхностном тромбофлебит, может предотвратить распространение флебита и снизить риск эмболии. Для подтверждения или опровержения этих предположений необходимы исследования. Кроме того, вмешательство, вероятно, следует провести как можно раньше, чтобы ограничить распространение флебита и снизить потребность в антикоагулянтах. В нашем случае отсрочка ЭВЛО плюс пожилой возраст должны были служить основанием для назначения низкомолекулярный гепарин для предотвращения расширения тромба.

Фокин А.А.<sup>1</sup>, Борсук Д.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Кафедра хирургии ИДПО ФГБОУ ВО ЮУГМУ, Челябинск, Россия*

<sup>2</sup>*Клиника флебологии "VenoClinica", Екатеринбург-Челябинск, Россия*

### **Достижения XXI-го века в лечении венозной патологии: результаты и перспективы**

За последнее время произошел существенный технологический скачок в оказании медицинской помощи пациентам с острыми и хроническими заболеваниями вен. Сегодня операции Троянова-Тренделенбурга, Линтона, Пальма, Уоррена-Тайра и многие другие открытые вмешательства практически полностью ушли из клинической практики, хотя эпонимизация их названий по-прежнему продолжает повышать историческую грамотность во врачебной среде. С внедрением ультразвуковых методов исследования, в частности дуплексного сканирования, начался новый этап развития флебологии. Она стала более прецизионной, появился вектор на миниинвазивность. Параллельно развивались лазерные и радиочастотные технологии, стремительно вошедшие в хирургию поверхностных вен на рубеже веков и претерпевшие череду обоснованных усовершенствований за последние два десятилетия. Однако эволюция методик не остановилась и на этом, что привело к разработке целого направления нетермических нетумесцентных процедур и далее к неинвазивному высокоинтенсивному фокусированному ультразвуку. Принципиально отметить и значительные сдвиги внутри самой термооблитерации – благодаря прогрессу устройств и накопленному опыту практически не осталось первоначальных ограничивающих факторов, таких как слишком крупный или малый диаметр вен, их извитость, наличие посттромботических внутрипросветных включений, супрафасциальная локализация, а также короткий прямолинейный сегмент дистальнее соустья с глубокой веной.

Время положительно коснулось и эстетической флебологии, где появились не только чрескожная лазерная и, в меньшей степени, радиочастотная коагуляция, но и чрескожная

визуализация «питающих» сосудов. Параллельно с изучением гиперосмотических склерозантов, таких как 75% декстроза, все это подтолкнуло к внедрению комбинированных методик лечения пациентов с С1 клиническим классом по СЕАР.

Отдельно стоит упомянуть лекарственную терапию, где благодаря открытию пероральных антикоагулянтов началась поистине новая эра помощи больным с острыми венозными тромбоэмболическими состояниями. Также их внедрение послужило хорошим подспорьем и для эндоваскулярных операций при острой и хронической венозной обструкции. Это направление заслуживает особого внимания не только в силу большого количества новых устройств, но и ввиду того, что здесь на клиническую арену выходят другие современные и высокотехнологичные направления, такие как СКТ- и МРТ-диагностика, внутрисосудистое ультразвуковое исследование, тромболитические препараты, гибридные вмешательства, и ряд других актуальных аспектов.

Можно долго говорить о достижениях XXI-го века в современной флебологии, не обойти стороной и готовые газовые смеси для пенной склеротерапии, новые крючки для минифлебэктомии, сафеносберегающие методики и двухэтапную тактику, shave-терапию, эластическую и неэластическую, в том числе перемежающуюся пневматическую компрессию, флеботропные препараты, венозную гемодинамику, искусственный клапан, и многое много другое, однако все это должно рассматриваться не в рамках тезиса конференции, а в полноценно составленной программе учебного процесса медицинских ВУЗов и системе последипломного образования, и широко применяться в лечебно-профилактических учреждениях хирургического профиля.

Хамдамов У.Р.

*Бухарский филиал РНЦЭМП, Бухара, Узбекистан  
Клиника «Варикоз-OFF-Buħara», Бухара, Узбекистан*

### **Сравнительный анализ результатов минифлебэктомии и флебосклерооблитерации у пациентов с притоковой формой варикозной болезни**

**Актуальность.** Варикозная болезнь нижних конечностей является самой распространенной патологией периферических сосудов. В настоящее время отмечается неуклонная тенденция к увеличению частоты заболеваемости и омоложению контингента пациентов. Широкий выбор методов лечения, отсутствие четких границ их применения и склонность к рецидивам обуславливают постоянный научный интерес к данному заболеванию. Поэтому рациональная лечебная тактика, учитывающая исходный диаметр вен, является важнейшим аспектом проблемы лечения ВБ.

**Цель.** Улучшение результатов лечения пациентов с варикозной болезни.

**Материал и методы.** В отделение I экстренной хирургии и клиники «Варикоз-OFF-Buħara» с 2022 по 2023 гг. находилось на лечении 60 пациентов с притоковой формой ВБ, из которых сформировали три группы в соответствии с применявшимися методиками и диаметром варикозных вен. В группу 1А вошли 22 пациента с диаметром варикозных притоков менее 5 мм, в группу 1Б — 18 пациентов с диаметром варикозных вен более 5 мм. У пациентов групп 1А и 1Б выполнили флебосклерооблитерацию притоков. В группу 2 вошли 20 пациентов с диаметром вен более 5 мм. У пациентов группы 2 выполнили минифлебэктомию под местной анестезией. Группы были сопоставимы по полу и возрасту.

**Результаты и обсуждение.** После выполнения флебосклерооблитерации у пациентов с диаметром вен до 5 мм (группа 1А) и более 5 мм (группа 1Б) гиперпигментация развилась в 5 (22,7%) и в 10 (55,6%) случаях соответственно ( $p=0,0351$ ). Патологическую

гиперпигментацию, сохраняющуюся более 12 месяцев, у пациентов группы 1А не отметили, у пациентов группы 1Б данное осложнение развилось у 2 (11,1%) пациентов ( $p=0,1962$ ). Тромбофлебит облитерированных вен у пациентов группы 1А и 1Б отметили в 1 (4,5%) и в 6 (33,3%) случаях ( $p=0,0328$ ), вторичные телеангиоэктазии — у 2 (9,1%) и у 4 (22,2%) пациентов соответственно ( $p=0,3810$ ). Кроме того, у пациентов группы 1Б в 1 (5,6%) случае развился восходящий тромбофлебит большой подкожной вены и в 1 (5,6%) случае сегментарный тромбоз суральных вен, статистическая значимость различий с группой 1А не подтверждена ( $p=0,45$ ).

Отдаленные результаты флебосклерооблитерации в течение 3 лет изучили у 19 и 16 пациентов групп 1А и 1Б соответственно. Реканализацию облитерированных вен различной протяженности у пациентов группы 1А выявили в 2 (10,5%) случаях, у пациентов группы 1Б — в 7 (43,8%) случаях соответственно ( $p=0,0498$ ). После минифлебэктомии у всех 20 (100%) пациентов группы 2 отметили появление экхимозов. Отдаленные результаты в течение 3 лет изучили у 19 пациентов. Рецидив заболевания отметили в 2 (10,5%) случаях. У первого пациента рецидив был обусловлен резидуальными сегментами вен, располагающимися глубоко в подкожной клетчатке, у второго пациента отметили несостоятельность клапанов перфорантной вены, ранее связанной с удаленным притоком и другими подкожными венами. На момент проведения операции размер перфоранта составил 2,5 мм. При сравнении результатов группы 1Б и группы 2 была обнаружена статистическая значимость различий ( $p=0,498$ ).

**Выводы.** Флебосклерооблитерация притоков магистральных подкожных вен обладает рядом преимуществ по сравнению с минифлебэктомией, ее отличают малая болезненность, отсутствие необходимости сдачи анализов и подготовки, кроме того данная методика является безоперационной. Однако частота образования гиперпигментации и тромбофлебита облитерированных вен статистически значимо отличается в случае применения склерозирования у пациентов с диаметром вен более 5 мм. Кроме того, увеличивается риск реканализации склерозированных вен. Из 9 пациентов, у которых выявили рецидив заболевания, 7 были с диаметром вен более 5 мм. Минифлебэктомия в данной ситуации предпочтительней, поскольку рецидив после нее отметили у 2 (10,5%) пациентов, против 7 (43,8%) перенесших флебосклерооблитерацию. Таким образом, при диаметре притоков менее 5 мм предпочтение следует отдать флебосклерооблитерации, при диаметре более 5 мм — минифлебэктомии.

Хошимов Б.О., Ж.Т., Хошимова С.Н., Хошимов Д.Б.  
*Клиника «Far Phlebos», Фергана, Узбекистан*

### **Опыт применения эндовенозной лазерной облитерации у пациентов с варикозной болезнью, осложненной трофической язвой**

Несмотря на значительный прогресс в развитии методов диагностики и лечения варикозной болезни нижних конечностей частота возникновения трофических язв остается достаточно высоким.

**Цель исследования.** Оптимизировать результаты комплексного лечения трофических язв (ТЯ) на фоне варикозной болезни.

**Материал и методы.** За период с декабря 2019 года по август 2023 года нами прооперировано 1520 пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей (ВБНК), которым была выполнена эндовенозная лазерная облитерация (ЭВЛО) вен в комбинации с минифлебэктомией или эхосклерооблитерацией притоков (ЭСО).

Из них у 22 (1,4%) больных ВБНК была осложнена трофической язвой (классы С5 [n=8] и С6 [n=14] по СЕАР). Мужчин было 18 (81,8%), женщин – 4 (18,2%). Возраст пациентов составил 26-78 лет. Давность ВБНК в анамнезе колебалась от 2 до 26 лет. Длительность существования язвы 1-6 лет. В локализации ТЯ преобладала медиальная поверхность н/3 голени. Размеры ТЯ колебались от 1 см<sup>2</sup> до 45 см<sup>2</sup>. Односторонний процесс выявлен у 20 (91%), двусторонний – у 2 (9%) больных. 4 (18,2%) пациентам ранее были проведены традиционные флебэктомии, 3 (13,6%) больным - ушивание ТЯ, в связи с открывшимся кровотечением.

Всем больным проведены клинические исследования и ультразвуковое доплеровское сканирование вен нижних конечностей, при котором оценивались: состояние клапанного аппарата вен, протяженность стволового рефлюкса, состояние перфорантных и глубоких вен.

Лечение пациентов с ТЯ было комплексным. Всем 22 больным выполнили изолированную ЭВЛО (с целью устранения венозного рефлюкса и улучшения микроциркуляции в зоне ТЯ) + ЭСО притоков в зоне трофических нарушений. Минифлебэктомии не проводились в связи с угрозой септических осложнений. У 3 пациентов ввиду выраженности инфекционно-воспалительных процессов в зоне ТЯ ЭВЛО выполнена в отсроченном порядке после стихания процесса. Все больные были оперированы в амбулаторном порядке. После операции использовали компрессионный трикотаж 2 или 3 классов. В послеоперационном периоде в качестве профилактики венозных тромбозомболических осложнений на 3-7 суток назначали профилактические дозы низкомолекулярных гепаринов или пероральные антикоагулянты. Выполнялись перевязки трофических язв, основанные на стадии течения и фазы раневого процесса, с применением растворов антисептиков, мазей с протеолитическими ферментами и других перевязочных средств, а также этапные некрэктомии ран, что позволила в кратчайшие сроки очистить ТЯ. Проводились консервативные мероприятия, которые включали избирательную антибактериальную (при наличии инфекции), противовоспалительную и флебопротекторную терапии.

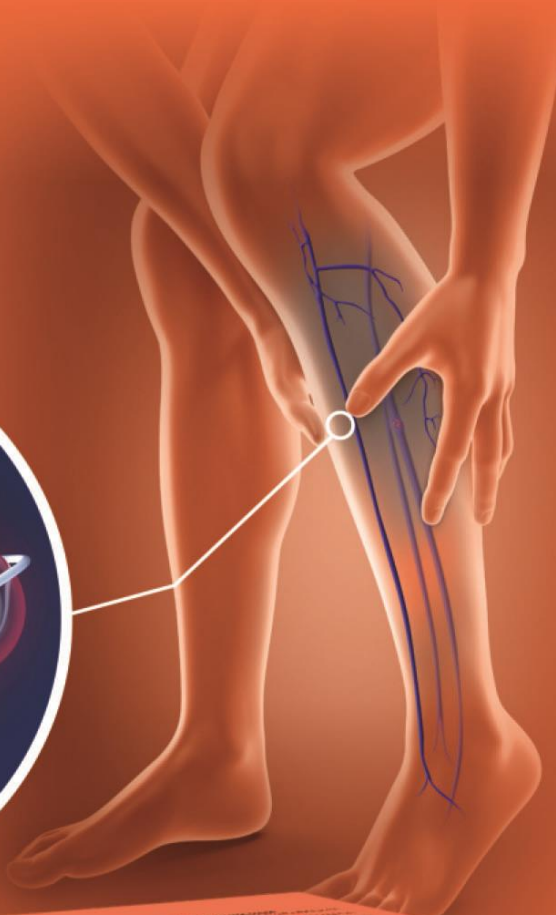
**Результаты.** Состояние облитерированных вен и местную симптоматику ТЯ оценивали на следующие сутки, через неделю, через месяц, 3 и 6 месяцев после операции. Практически половина пациентов (n=10) отметили уменьшение отеков, тяжести и болевых симптомов через неделю после ЭВЛО. Проводимая комплексная терапия позволила добиться заживления открытых ТЯ (n=14) в сроки до 2 недель у 5 (35,7%), до 2 месяцев - у 9 (64,3%) пациентов. Практически у всех больных отмечена высокая активность регенеративных процессов в ТЯ. Инфекционно-воспалительных осложнений в послеоперационный период не выявлено.

**Выводы.** Комплексный подход в лечении ТЯ, включающий ЭВЛО не состоятельных стволов и перфорантных вен для устранения гемодинамических нарушений, местное лечение ТЯ, соответствующее стадии раневого процесса, а также компрессионная терапия позволяют значительно улучшить результаты лечения данной категории больных. По нашему мнению, ЭВЛО, как миниинвазивный метод, является приоритетным в выборе хирургической ликвидации патологического рефлюкса при ВБНК, осложненной ТЯ.

# ЭЛИКВИС

апиксабан 2,5 мг №60, 5 мг №60

**Антикоагулянт- прямой ингибитор Ха фактора**



## Лечение тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии, профилактика рецидива ТГВ и ТЭЛА<sup>1</sup>

**КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ЭЛИКВИС:** МНН: апиксабан. **Состав:** одна таблетка содержит 2,5 мг и 5 мг апиксабана. **Лекарственная форма:** таблетки. **Фармакотерапевтическая группа:** Антитромботические препараты. Прямые ингибиторы фактора Ха. Апиксабан. **АТХ:** В01AF02. **Показания к применению:** Профилактика инсульта и системной эмболии у взрослых пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий, имеющих один или несколько факторов риска, таких как ХСН ФК II-IV по NYHA, АГ, возраст 75 лет и старше, СД, предшествующий инсульт или ТИА, лечение тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии, а также профилактика рецидивирующих ТГВ и ТЭЛА у взрослых. Профилактика ВТО у взрослых пациентов после планового эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава. **Способ применения и дозы:** Препарат Эликвис принимают внутрь, независимо от приема пищи. **Побочное действие:** нежелательные реакции кровотечения. **Противопоказания:** Повышенная чувствительность к апиксабану, активное клинически значимое кровотечение. Заболевания печени, в сочетании с коагулопатией и клинически значимым риском кровотечений. Беременность. Дети и подростки до 18 лет. **Лекарственное взаимодействие:** сочетанное применение с любыми другими антикоагулянтами противопоказано. **Условия отпуска из аптек:** По рецепту. **Производитель:** Пфайзер Айрленд Фармасьютикалс Литтл Коннелл, НьюбриДЖ, графство Килдер, Ирландия. **Официальным дистрибьютором компании Pfizer в Узбекистане является компания** ООО Новотек, г. Ташкент, Юнус-Абадский район, ул. Ниязбек йули, д. 2. тел. +99899 895 55 56. Претензии и предложения по качеству лекарственных средств на территории республики Узбекистан можно направлять в ООО "Новотек", Ташкент, 100084, ул. Ниязбека йули, 2. номер телефона +99899 895 55 56  
1. Инструкция по применению Эликвиса 2,5 мг и 5 мг от 30.11.2021 №25.  
Регистрационное удостоверение DV/X 09438/11/21 от 30 ноября 2021 г.  
PP-ELI-UZB-0008



ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ И ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

# VENASEAL™

## СИСТЕМА СКЛЕИВАНИЯ

- ~ НЕ ТЕРМИЧЕСКИЙ
- ~ НЕ ТУМЕСЦЕНТНЫЙ
- ~ НЕ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ



### ПОВЫШЕННЫЙ КОМФОРТ ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД

- Не требует тумесцентной анестезии — нет множества уколов
- Практически нет синяков
- Не требует ношение компрессионного трикотажа
- Быстрый возврат к привычному образу жизни

# ABRE

## СИСТЕМА ВЕНОЗНОГО САМОРАСКРЫВАЮЩЕГОСЯ СТЕНТА

### ВОССТАНАВЛИВАЯ ДВИЖЕНИЕ ВОССТАНАВЛИВАЯ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ



СТЕНТ, СОЗДАННЫЙ ДЛЯ РЕШЕНИЯ  
СЛОЖНЫХ ЗАДАЧ В ОБЛАСТИ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛУБОКИХ ВЕН

- ТОЧНОСТЬ
- СИЛА
- ГИБКОСТЬ
- ПРОЧНОСТЬ

# Medtronic



Хрыщанович В.Я.<sup>1</sup>, Скобелева Н.Я.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

<sup>2</sup> Клинический родильный дом Минской области, Минск, Беларусь

### **Малоинвазивное лечение COVID-19-ассоциированного гестационного варикотромбофлебита**

**Цель.** Поверхностный тромбофлебит (ПТ) часто наблюдается у беременных с варикозной болезнью (ВБ) и в случае возникновения сопутствующего тромбоза глубоких вен (ТГВ) на фоне COVID-19 может явиться причиной тяжелых тромбоэмболических осложнений. В связи с этим целью исследования является оценка ближайших и отдаленных результатов малоинвазивного лечения COVID-19-ассоциированного гестационного варикотромбофлебита.

**Методы.** Беременные 32 и 34 лет (на сроке гестации 28 и 30 недель) из группы сравнения, перенесшие COVID-19 легкого течения, обратились на консультативный флебологический прием с жалобами на общее недомогание, чувство дискомфорта, распирающую боль и жжение в области нижней конечности, которые возникли ~2–3 дня назад. Из анамнеза стало известно, что беременность протекала нормально, ВБ страдают в течение последних 5 и 3 лет соответственно, отмечают наследственную предрасположенность к ВБ по материнской линии, генетические формы тромбофилии были исключены на этапе планирования первой беременности. Физикальный осмотр обнаружил болезненность, локальную гиперемию кожи и инфильтрацию мягких тканей в проекции тромбированного варикозного притока и по ходу БПВ (на протяжении 6÷12 см) в нижней трети бедра. Клинических признаков ТГВ/ТЭЛА выявлено не было. Ультразвуковая доплерография позволила исключить патологию в системе глубоких вен, обнаружить несостоятельность СФС и визуализировать окклюзивный тромбоз боковых притоков и ствола БПВ, распространяющийся до средней трети левого бедра.

**Результаты.** С учетом выраженности клинической симптоматики, протяженности (>5 см) и проксимальной локализации тромботических масс была назначена антикоагулянтная терапия промежуточными дозами низкомолекулярного гепарина (НМГ) в течение 4 недель, эластическая градуированная компрессия, местная флеботропная терапия, а также выполнен множественный флебоцентез тромбированных венозных сегментов. На фоне проводимого лечения было отмечено улучшение общего самочувствия пациенток, быстрое (в течение 2–3 суток) купирование местной гипертермии и гиперемии кожи, значительное уменьшение локального отека и болевого синдрома в покое и при ходьбе. Ультрасонографический мониторинг (на 5 и 14 сутки от начала лечения) подтвердил фиксацию тромботического процесса на исходном уровне. Нежелательных побочных эффектов (кровотечения, гепарин-индуцированной тромбоцитопении) антикоагулянтной терапии не наблюдалось. Естественные роды (в 38÷39 недель гестации) и послеродовый период протекали без осложнений. В последующем (через 9÷12 месяцев после родов) по поводу ВБ нижней конечности пациенткам выполнялось плановое оперативное вмешательство – кроссэктомия и минифлебэктомия варикозных притоков на голени, с хорошим отдаленным результатом.

**Выводы.** Поверхностный тромбофлебит в период гестации, как потенциальный источник венозной тромбоэмболии, должен быть всегда в фокусе пристального внимания врачей-акушеров-гинекологов. Выбор оптимальной лечебной тактики при варикотромбофлебите у беременных должен носить персонифицированный характер. Одной из эффективных и безопасных опций является применение пункционной тромбэктомии и антикоагуляции НМГ.

Чиналиев А.М., Султаналиев Т.А., Сагандыков И.Н., Касымов М.А., Хасенов Д.Т.,  
Даумен А.А., Кенжин А.Т.  
ТОО «Национальный Научный Онкологический Центр», центр интервенционной  
рентгенхирургии, Астана, Казахстан

### **Опыт эндоваскулярной эмболизации артериовенозной мальформации гортаноглотки с переходом на трахею и бронхи**

**Актуальность:** Сосудистые мальформации в области головы и шеи охватывают широкий спектр поражений и представляют собой интересную проблему для сосудистых хирургов, оториноларингологов, нейрохирургов и невропатологов. Артериовенозные мальформации головы и шеи имеют потенциал для многочисленных уникальных проявлений с сопутствующими симптомами.

Хирургия является широко распространенной формой вмешательства. Тем не менее, это коррелирует с высокой частотой рецидивов при выполнении в качестве первичной процедуры. Другие варианты лечения включают эндоваскулярную эмболизацию, склеротерапию, наблюдение или комбинацию этих методов.

**Цель:** оценить клинические результаты эндоваскулярной эмболизации АВМ гортаноглотки с переходом на трахею и бронхи в раннем послеоперационном периоде.

**Материалы и методы:** женщина 49 лет, обратилась с жалобами на потерю голоса (афония) в последние 4 месяца, по началу отмечала осиплость голоса, дискомфорт и затруднение при глотании твердой пищи, на момент поступления отмечает затруднение при глотании жидкой пищи. Чувства нехватки воздуха, общую слабость, раздражительность. Пациентка обратилась к эндокринологу, где выставлен диагноз образование щитовидной железы с нарушением функции последней по типу гипотиреоза, назначена консервативная терапия, клинического результата нет. Направлена в городской онкодиспансер - выставлен предварительный диагноз С-г щитовидной железы?, на основании КТ данных. При проведении видеоларингоскопии выявлена: АВМ области гортаноглотки с переходом на трахею и бронхи со сдавлением просвета до 98%. На МСКТ с контрастированием сосудов головы и шеи подтверждена артерио-венозная мальформация, сдавливающая пищевод и дыхательные пути. При проведении восходящей аортоартериографии, церебрографии диагноз АВМ подтвержден, выявлен высокий сброс в венозную систему. Произведена эндоваскулярная эмболизация питающих артерий АВМ, спиралями для эмболизации. При контрольной артериографии проходимость каротидных и церебральных сосудов не нарушена. Пациентка выписана с улучшением, с регрессом клиники на дальнейшее амбулаторное наблюдение по месту жительства.

**Результаты:** после эндоваскулярного вмешательства, пациентка в первые сутки послеоперационного периода, отмечает появление голоса, улучшение дыхания и глотания. При контрольной видеоларинго и эзофагоскопии на 2-е сутки после операции, клинические данные за уменьшение АВМ в размерах более чем на 60%, что способствовало восстановлению проходимости пищевода и дыхательных путей.

**Выводы:** Эндоваскулярная эмболизация АВМ головы и шеи в сравнении с открытой хирургией, проявила себя как эффективная и безопасная процедура с хорошим клиническим результатом и улучшением качества жизни. Данная методика требует дальнейшего многоцентрового рандомизированного исследования с отдаленными результатами лечения.

Чиналиев А.М., Султаналиев Т.А., Хасенов Д.Т., Сагандыков И.Н., Даумен А.А.,  
Кенжин А.Т., Касымов М.А.  
ТОО «Национальный Научный Онкологический Центр», центр интервенционной  
рентгенхирургии, Астана, Казахстан

### **Описание клинического случая эндоваскулярной эмболизации артериовенозной мальформации скальпа с переходом на твердую мозговую оболочку мозга**

**Актуальность:** Артериовенозные мальформации скальпа, также известные как цирсоидные аневризмы, представляют собой редкие поражения, которые имеют врожденную, травматическую или постинфекционную природу. Данные патологии могут быть обнаружены случайно или вследствие вызванных ими признаков и симптомов, таких как увеличение пульсирующего образования, головная или локальная боль, эпилепсия, шум в ушах, кровотечения. В нашей практике мы столкнулись с пациентом, у которого диагностирована АВМ скальпа, которая несмотря на ранее проведенные вмешательства прогрессивно увеличивалась в течение последних 3х лет, за счет наличия питающих внутричерепных артерий. На сегодняшний день хирургическое иссечение остается одним из предпочтительных методов лечения, однако открытая операция может привести к серьезным интраоперационным осложнениям, одно из которых кровотечение из-за высокого кровотока в опухоли и сложной васкуляризации. Развитие эндоваскулярной нейроинтервенции позволяет избежать подобных осложнений в данном случае.

**Цель:** оценить среднесрочные клинические результаты эндоваскулярной транскатетерной эмболизации АВМ скальпа

**Материалы и методы:** мужчина 34х лет, обратился с жалобами на частые головные боли, пульсирующее образование кожи головы(скальпа) в лобно-теменной и затылочной области справа увеличивающееся при физических нагрузках. В последнее время отмечает кровотечения, которые с трудом удается остановить в стационарных условиях. На МСКТ с контрастированием сосудов головы и шеи подтверждена артерио-венозная мальформация мягких тканей головы с переходом на дуральную оболочку мозга. При проведении церебрографии выявлен высокий сброс в венозную систему. Питающие артерии: поверхностная височная, задняя околоушная, затылочная, средняя мозговая и базилярная артерии. Произведена эндоваскулярная эмболизация питающих артерий АВМ скальпа справа эмболизирующим материалом Опух 18 и 34. При контрольной церебрографии проходимость церебральных сосудов не нарушена. Пациент выписан с улучшением, без неврологического дефицита на дальнейшее амбулаторное наблюдение по месту жительства.

**Результаты:** в исходе эндоваскулярного вмешательства технический успех составил 100%. В первые сутки послеоперационного периода, пациент отмечал головные боли купированные анальгетиками. Клинически образование волосистой части головы уменьшилось до 70% в объеме. На 7е сутки в лобной зоне появилась небольшая до 0.8см, некротизированная зона, регрессировавшая на 21 сутки после операции. В отдаленном периоде, через 3 месяца, клинических данных за наличие АВМ нет.

**Выводы:** Эндоваскулярная эмболизация анатомически сложных АВМ головы— эффективная и безопасная процедура с высоким клиническим успехом и улучшением качества жизни. Этот метод лечения требует дальнейшего многоцентрового изучения с отдаленными результатами исследования.

Шестак Н.Г.<sup>1,4</sup>, Рогов Ю.И.<sup>3</sup>, Хрыщанович В.Я.<sup>1,2,4</sup>, Климчук И.П.<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>УЗ «4-я Городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко», Минск, Беларусь

<sup>2</sup>УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», Минск,  
Беларусь

<sup>3</sup>УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск,  
Беларусь

<sup>4</sup>УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
Минск, Беларусь

## **Морфологические изменения в стенке большой подкожной вены под влиянием пены полидоканола различной температуры**

**Введение.** Хронические заболевания вен являются одной из самых распространенных патологий в современном мире. По данным эпидемиологических исследований, от 25 до 40% населения земного шара страдают стволowymi формами варикозной болезни, при этом более 5% пациентов имеют декомпенсированные и осложненные формы заболевания.

Эндовенозная механохимическая облитерация – это современный метод лечения варикозной болезни, который в последние годы приобрел популярность среди флебологов многих стран. В основе метода – механическое воздействие на внутреннюю стенку вены с одномоментным введением пенной формы склерозирующего препарата. Однако проведение процедуры по стандартной методике не всегда позволяет добиться требуемого результата.

Одним из возможных вариантов решения проблемы может быть использование охлажденного раствора склерозанта. На наш взгляд, пена низкой температуры, как любой холодной агент, вызывая вазоконстрикцию, к тому же увеличит степень деструктивных изменений в эндотелиальных и глубжележащих слоях.

**Цель.** Оценить особенности структурных изменений в стенке большой подкожной вены (БПВ) под влиянием 3%-й пены полидоканола комнатной температуры и охлажденной.

**Материал и методы.** Исследование включало 16 пациентов с первичной варикозной болезнью, ассоциированной с несостоятельностью сафено-фemorального соустья и наличием патологического рефлюкса в БПВ.

После операции кроссэктомии выполняли удаление крови из проксимального участка БПВ и накладывали на него 2 лигатуры на расстоянии 2 см. Затем выполняли инъекцию пены в лигированный участок вены. Пациенты были разделены на 2 группы случайным образом.

В 1-й группе (8 пациентов) применяли пену полидоканола комнатной температуры, во 2-й группе (8 пациентов) использовали охлажденную пену. Для приготовления охлажденной пены ампулу со склерозантом, шприцы и коннектор предварительно помещали в холодильную камеру (1 °С) на 5 минут до начала процедуры. Пену приготавливали по методике Tessari.

Средний диаметр БПВ в обеих группах составил  $7,8 \pm 0,9$  мм. Объем инъецируемой пены составлял примерно 1 мл. Забор исследуемых участков осуществляли после периода экспозиции, равного 5 минутам после инъекции пены.

Забранные фрагменты вен фиксировали в 10%-м нейтральном растворе формалина в течение 24 ч. После промывания в проточной воде осуществляли вырезку участка вены длиной 0,5 см. Далее участки ткани помещали в кассеты для приготовления парафиновых блоков, из которых делали срезы толщиной 4 мкм, перпендикулярные длиннику вены, с

последующей окраской гематоксилином и эозином, MSB (Martius-Scarlett-Blue) по стандартным методикам.

Анализ морфологических изменений в гистологических препаратах производили с помощью микроскопа фирмы Leica DM2500 (увеличение  $\times 200$ ,  $\times 400$ ). Для морфометрического исследования микропрепараты фотографировали в 8 полях зрения (увеличение  $\times 200$ ), используя цифровую камеру Leica DFC 425C. Оценку глубины поражения стенки вены выполняли при помощи программы Image-Pro plus ver. 3.0.00.00. Базы данных с результатами морфометрических исследований формировались с использованием MS Excel.

**Результаты и обсуждение.** При статистической обработке морфометрических показателей установлено, что данные группы исследования имели статистически значимые отличия по глубине повреждения венозной стенки ( $p < 0,01$ ), а также по % отсутствия эндотелия ( $p < 0,01$ ). Показатели глубины повреждения стенки вены и процент отсутствия эндотелия после воздействия охлажденной пены полидоканола составили 276,9 (197,8; 297,8)  $\mu\text{m}$  и 79,3 (76,9; 80,4) % соответственно, в сравнении с пеной комнатной температуры – 166,3 (136,1; 187,4)  $\mu\text{m}$  и 40,1 (36,3; 42,25) %.

**Выводы.** Охлажденная пена полидоканола оказывает более выраженное повреждающее действие на стенку БПВ в сравнении с пеной комнатной температуры.

Шестак Н.Г.<sup>1,3</sup>, Хрыщанович В.Я.<sup>1,2,3</sup>, Климчук И.П.<sup>1,3</sup>, Роговой Н.А.<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>УЗ «4-я Городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко», Минск, Беларусь

<sup>2</sup>УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», Минск, Беларусь

<sup>3</sup>УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
Минск, Беларусь

### **Сравнительный анализ результатов эндовенозной механохимической облитерации большой подкожной вены с использованием пены полидоканола комнатной температуры и охлажденной**

**Введение:** Эндовенозная механохимическая облитерация (ЭМХО) – это современный метод лечения варикозной болезни (ВБ), основанный на механическом воздействии на внутреннюю стенку вены с одномоментным введением склерозирующего препарата. В последние годы метод ЭМХО приобрел популярность среди флебологов многих стран. Однако проведение ЭМХО по стандартной методике не всегда позволяет добиться требуемого результата. Как известно, вспененный склерозант вытесняет кровь из сосуда, однако при этом происходит смешивание препарата с кровью, вследствие чего снижается его эффективность. Кроме того, наблюдается нежелательная миграция пены в дистальное венозное русло.

Одним из возможных путей решения указанной проблемы может быть максимальное «обескровливание» ствола большой подкожной вены (БПВ) и уменьшение емкости поверхностного венозного русла нижней конечности с целью депонирования пены непосредственно в бедренном сегменте БПВ. Это достигается путем элевации нижней конечности на  $\geq 60^\circ$ , с целью уменьшения диаметра БПВ, а также бинтованием голени. Предположительно эффективность ЭМХО может увеличиться, если вместо обычного раствора пены вводить охлажденный, обладающий большей вязкостью, подобный подход позволит снизить вероятность смешивания склерозанта с кровью. Как любой холодовой агент, пена низкой температуры оказывает спастическое действие на сосуд и, тем самым, потенцирует повреждающий эффект склерозанта на стенку БПВ.

**Цель.** Провести сравнительный анализ отдаленных (3-летних) результатов лечения пациентов с ВБ методом эндовенозной механохимической облитерации с использованием пены полидоканола комнатной температуры и охлажденной.

**Материал и методы.** В основу исследования положены результаты лечения 122 пациентов с ВБ, ассоциированной с несостоятельностью БПВ. ЭМХО выполняли с использованием катера Flebogrif. Пациенты были распределены на 2 группы случайным образом. В основной группе пациентов (n=60) ЭМХО выполняли по оригинальной методике, с введением охлажденного склерозанта, элевацией ноги на  $\geq 60^\circ$  и бандажированием голени; в группе сравнения (n=62) – процедуру выполняли по стандартной методике. Медиана диаметра БПВ в основной группе составила – Me (Q25;Q75)=7,4 (5,8;8,2) мм, в группе сравнения – Me (Q25;Q75)=7,3 (5,6;8,3) мм (P=0,794).

**Результаты и обсуждение.** Через 1 месяц после оперативного лечения полное закрытие просвета БПВ в основной группе и группе сравнения было подтверждено в 58/58 (100%) и 59/61 (96,7%) случаях, соответственно (P=0,496). Спустя 6 месяцев облитерация целевого сегмента БПВ наблюдалась у 55/57 (96,5%) и 52/59 (88,1%) пациентов, соответственно (P=0,163). Через 1 год после операции количество окклюзированных БПВ в основной группе и группе сравнения составило 53/56 (94,6%) и 45/56 (80,4%), соответственно (P=0,042). Через 3 года окклюзия БПВ была диагностирована в 50/54 случаев (92,6%) в основной группе и в 42/55 случаев (76,4%) – в группе сравнения (P=0,0033). Случаев клинически значимых тромботических и неврологических осложнений зарегистрировано не было. Гиперпигментация по ходу расширенных вен была обнаружена в 13/60 (21,7%) случаях в основной и в 14/62 (22,6%) в группе сравнения (P>0,99). Транзиторный тромбофлебит развился на 4 из 60 (6,7%) оперированных нижних конечностей основной группы и на 5 из 62 (8,1%) группы сравнения (P=0,744).

**Выводы.** Метод эндовенозной механохимической криооблитерации является более эффективным по сравнению со стандартной методикой ЭМХО и может рассматриваться как наиболее предпочтительный при устранении стволового рефлюкса по БПВ.

Шириева Ж.Ф., Усманов А.К., Насритдинов Ж.А., Камолиддинов О.А.

*Клиника MEDPOINT, Андижан, Узбекистан*

### **Консервативная терапия при варикозной болезни вен малого таза у женщин**

**Актуальность:** В лечении варикозной болезни вен малого таза у женщин наиболее эффективным является хирургическое лечение. Существует группа пациенток которым хирургическое лечение не показано или они отказываются от него. Данным пациенткам проводится консервативное лечение, в основе которой фармакотерапия и компрессионная терапия.

**Цель исследования :** Изучить эффективность фармакотерапии и компрессии онной терапии ( компрессионные шорты ) в лечении варикозной болезни малого таза у женщин в амбулаторной практике.

**Материал и методы :** Возраст больных составил 32 года + - 2,5 года . Продолжительность заболевания колебалось от 2 до 5 лет. Клиническая картина ВБВТ характеризовалась наличием хронических тазовых болей ( ХТБ ) у 85% больных , дискомфорт в гипогастральной области (80%), диспареунии ( 70 % ) , Нарушение менструального цикла (15%), а также психоэмоциональные нарушения (10 %).

Диагноз ВБВТ подтверждался с помощью Ультразвукового ангиосканирования. Больные были разделены на 3 группы: В 1 - й группе пациентки получали только

флеботропную терапию Диосмином; 2-й группе проводилась только компрессионная терапия ( компрессионные шорты ) ; 3-я группа пациенток получала и флеботропную терапию Диосмином и компрессионную терапию.

**Результаты:** В результате проведенной терапии у пациенток 1-й группы отмечалось быстрое уменьшение тазовых болей в первые 10 дней( 55%) , значительно уменьшились боли перед менструальным циклом ( 30%). У пациенток 2-й группы боли тазовые боли уменьшились только в периоде ношения компрессионного белья, но диспанурия сохранялась . У пациенток 3-й группы отмечалось уменьшение болей на протяжении всего курса терапии (70%) , уменьшении дискомфорта в гипогастральной области у (60 % ) , уменьшение диспанурии (45%), нормализация цикла (8%). У всех групп отмечалось улучшение психоэмоционального состояния (8 %).

**Выводы:** Наиболее эффективным методом консервативной терапии является сочетание флеботропной терапии Диосмином с компрессионной терапией ( компрессионные шорты ). В данном сочетании у 70 % пациенток терапия даёт наиболее положительный результат.

Эргашев Б.С. Умаров Ф.Р.

*Клиника современной флебологии «VARIKOZ OFF», Ташкент, Узбекистан*

### **Цианоакрилатная клеевая облитерация при рецидиве варикозной болезни вен нижних конечностей.**

#### **Двухлетний результат лечения**

За последние годы термические тумесцентные методы устранения вертикального рефлюкса завоевали статус «золотого стандарта» лечения варикозной болезни нижних конечностей как у первичных пациентов так и при рецидиве заболевания. Стремление достичь минимальной инвазивности привело к появлению нетермических нетумесцентных методов таких как механохимическая облитерация, стволовая склеротерапия и клеевая облитерация.

**Цель.** Оценить двухлетние результаты цианоакрилатной клеевой облитерации рецидивных варикозных вен.

**Материалы и методы.** За период с июля 2021 г. по июль 2023 г. Клеевая облитерация была проведена у 257 пациентов (возраст  $57,8 \pm 15,7$  лет), что соответствовало 325 венозным бассейнам. Распределение пациентов по к СЕАР было следующим: С2 - 38%; С3 - 37%; С4 - 19%; С5 - 4%; С6 - 2%. Критериями включения были: несостоятельность резидуальных магистральных подкожных вен, перфорантных вен, добавочных БПВ и МПВ с рефлюксом  $> 0,5$  с, диаметр ствола  $> 6$  мм, наличие варикозных притоков. ЦКО проведена по протоколу турецкой системы клеевого закрытия вен. В более чем 2/3 случаев (76,2%) ЦКО выполнена без вмешательств на притоках. Для оценки боли применялась визуально-аналоговая шкала (ВАШ). УЗАС проводилось на 7-е сут., через 1, 3, 6 и 12 мес. после вмешательства.

**Результаты.** Анатомический успех после ЦКО достигнут у 100% больных на 7-е сут., 1-й и 3-й мес. после вмешательства. Оценка боли по ВАШ составила  $< 3$  баллов у 93% больных. Частичная реканализация возникла у 4 (0,6%) пациентов в сроки от 6 до 15 мес. Дистальный тромбоз глубоких вен выявлен у 2 (0,3%) пациентов и миграция клея у 7 (1%) больных, флебитическая реакция у 50 (11%), тромбофлебит притоков - у 20 (4,4%) и гранулема мягких тканей - у 6 (1,3%) пациентов.

Выводы. Цианокрилатная облитерация представляет собой высокоэффективный и безопасный метод с частотой облитерации целевых вен 99,4% за двухлетний период.

Яриев А.А.<sup>1</sup>, Юлдошев М.С.<sup>2</sup>, Муминов Ш.М.<sup>3</sup>, Ким Д.Л.<sup>2</sup>, Абдуллаев Ш.М.<sup>2</sup>,  
Бобоев А.Т.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Сырдаринский филиал Республиканского научного центра экстренной  
медицинской помощи, Узбекистан.

<sup>2</sup> Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент,  
Узбекистан.

<sup>3</sup> Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр  
гематологии, Ташкент, Узбекистан.

### **Влияние ассоциации полиморфизмов rs1799750 гена MMP1 и rs2276109 гена MMP-12 на развитие варикозной болезни нижних конечностей и ее тромботических осложнений**

**Актуальность.** В развитых странах мира проводят крупномасштабные клинические исследования, направленные на улучшение результатов терапии ВБНК, которые не проходят без определения генетических маркёров. Однако в Узбекистане до настоящего времени эта проблема не была изучена, что и послужило поводом для проведения данного исследования.

**Цель:** Оценка влияния полиморфизмов rs1799750 гена MMP1 и rs2276109 гена MMP12 в развитии варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК) и ее тромботических осложнений.

**Материал и методы:** В исследовании было задействовано 316 человек, из них 161 больных с ВБНК и венозными тромбозами, были включены в основную группу, в контрольную группу вошло 155 условно здоровых лиц. У всех обследуемых лиц исследовали частоту выявления полиморфизмов rs1799750 гена MMP1 и rs2276109 гена MMP-12, с использованием метода Real-time ПЦР.

**Обсуждение и результаты:** В работе представлены результаты исследования ассоциации полиморфных локусов rs1799750 гена MMP1 и rs2276109 гена MMP12 при развитии ВБНК и её тромботических осложнений. Проведенные нами исследования, выявили ассоциацию между отдельными аллелями и генотипами полиморфизма rs1799750 гена MMP1 и развитием ВБНК. В ходе проведенного исследования частот распределения аллелей и генотипов полиморфизма rs1799750 гена MMP1 на наличие различий в подгруппе пациентов с ВБНК и в контрольной выборке было установлено, что носительство гомозиготного мутантного генотипа 2G/2G повышает риск развития венозного тромбоза более чем в 2 раза.

По данным исследований у пациентов с рецидивом ВБНК наблюдался высокий уровень встречаемости патологического гена MMP12 в 80.0% - как в гомо- так и гетерозиготном вариантах генотипа, в то время как у впервые обратившихся пациентов – только в трети случаев (33.3%). Установлена статистически достоверная взаимосвязь между ВБНК и данным геном (MMP12). Также определена взаимосвязь между классом ВБНК и частотой выявления мутации в гене MMP12. Различия в экспрессии протеина MMP-12 у больных с ВБНК в норме подтверждалась зарубежными авторами методами иммуноблотинга и иммуногистохимии. Однако эти данные не согласуются с результатами проведенного нами исследования, по данным которого носительство неблагоприятного генотипического варианта данного полиморфизма статистически не значимо ассоциируется с повышенным риском развития ВБНК и флеботромбоза. Это может быть



связано с особенностями местной популяционной выборки. Исследование распределения мутантного гомозиготного генотипа 2G/2G rs1799750 гена MMP1 показало наличие выраженной тенденции к его преобладанию в подгруппе пациентов с венозными тромбозами, где его доля составила 30.0%, относительно контрольной группы, где он был выявлен в 18.7%, случаев соответственно ( $\chi^2=3.5$ ;  $p=0.06$ ;  $OR=2.3$ ;  $95\%CI:0.95-5.4$ ). Мутантный гомозиготный генотип G/G rs2276109 гена MMP12 был выявлен всего у одного пациента с ВБНК осложненной венозными тромбозами: 2.0% против 0.6%, соответственно ( $\chi^2=0.6$ ;  $p=0.4$ ;  $RR=2.0$ ;  $95\%CI:0.5-8.1$ ;  $OR=3.0$ ,  $95\%CI:0.2-48.2$ ).

**Выводы:** Носительство генотипического варианта 2G/2G полиморфизма rs1799750 гена MMP1 ассоциировано не только с формированием ВБНК, но и с развитием венозных тромбозов. Наличие неблагоприятного аллельного варианта полиморфизма rs2276109 гена MMP-12 не может служить самостоятельным ранним маркером развития структурных изменений стенки вен и ВБНК, а также, развитию тромбоза глубоких вен нижних конечностей.

## СОДЕРЖАНИЕ

Абдураманов М.М., Хамдамов У.Р. <b>Современные подходы в лечении тромбозов глубоких вен нижних конечностей</b>	3
Абдурахманов М.М., Эшонов О.Ш., Ярашев А.Р. <b>Лимфотропная противоотёчная терапия черепно-мозговых травм</b>	4
Азизов Г.А. <b>Наш опыт радикального хирургического лечения острого варикотромбофлебита</b>	5
Азизов Г.А., Джумабаев Э.С. <b>Коррекция нарушений микроциркуляции у больных с венозными трофическими язвами нижних конечностей</b>	6
Азизов Г.А., Джумабаев Э.С. <b>Нарушение микроциркуляции у больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей, осложненных трофическими язвами</b>	7
Айдашова Б.Б., Коспанов Н.А., Егембердиев Т.Ж., Бильдебекоев Е.А., Киргизбаев С.Ж. <b>Ультразвуковая диагностика несостоятельности вен таза</b>	8
Алексеев Д.Н. <b>Разнообразие лазерных световодов – необходимость или маркетинговый ход?</b>	11
Алимухамедов Д.Д., Муминов Ш.М., Хамидов Б.П., Дадамьянц Н.Г., Ким Д.Л., Хакимов А.Б., Абдуллаев Ш.М. <b>Хирургическая профилактика ТЭЛА при тромбозах глубоких вен голени и бедренно-подколенного сегмента в условиях РНЦЭМП</b>	12
Беленцов С.М., Алуханян О. А. <b>Варианты миниинвазивной коррекции патологического вено-венозного рефлюкса в бассейне БПВ при хронических заболеваниях вен нижних конечностей.</b>	13
Беленцов С.М., Бурлева Е.П., Тюрин С.А., Пешков А.В. <b>Большие проблемы малоинвазивной флебохирургии</b>	15
Булатов В.Л., Калышев Р.С. <b>Методы оценки тромботической нагрузки в системе нижней полой вены. обзор литературы</b>	16
Булатов В.Л., Свеклов Д.А., Шендеров С.В. <b>Синяя флегмазия: успешный технический результат катетерного тромболиза не приведший к спасению конечности</b>	17
Бурлева Е.П., Тюрин С.А., Пешков А.В., Матвеева М.А. <b>Выбор тактики лечения пациентов в зависимости от характера рецидива ВБНК после эндовазальной лазерной облитерации.</b>	20

Джумабаев Э.С., Азизов Г.А., Джумабаева С.Э., Комилжанов А.Э. <b>Значение синдрома лимфатической недостаточности в современных классификациях заболеваний вен нижних конечностей</b>	21
Джуракулов Ш.Р. <b>Эндоваскулярные методы профилактики тромбоэмболии легочной артерии</b>	22
Досмухамедова Л.В., Умаров Ф.Р. Наркулов А.А., Сайимов Ф.Я. Выбор склерозанта в лечении поверхностных венозных мальформаций	23
Жураева Ш.С. Умаров Ф.Р. <b>Ведение пациентов с вульварным варикозом. Методика лечения «снизу вверх»</b>	25
Зайналов А.К., Маслов Т.В., Долаев Ж.А., Махатаев М.А., Мухамедқали Е.Б. <b>Стентирование плечеголового ствола при ее окклюзии у больной, находящейся на программном гемодиализе</b>	26
Керимов М.М., Рашидова С.М., Бабаева В.Р. <b>Термальная и нетермальная абляция вен в хирургии варикозной болезни нижних конечностей</b>	27
Кобилбеков Б.И., Солиев О.Ф. <b>Первый опыт использования многокольцевых радиальных световодов с широкой зоной эмиссии при эндовазальной лазерной коагуляции.</b>	31
Коспанов Н.А., Төлеген А.И., Жолдасов О.Е., Қалымбетов Б.С., Мухамедқали Е.Б. <b>Опыт проведения склероземболизации перфорантных вен при постфлебитическом синдроме в клинике Медитерра</b>	32
Кривощевков Е.П., Посеряев А.В., Ельшин Е.Б. <b>Прием перорального тромболитика с целью лечения острого тромбоза поверхностных вен нижних конечностей</b>	33
Небылицин Ю.С. <b>Ведение пациентов с осложнёнными формами варикозной болезни в условиях отделения краткосрочного пребывания</b>	34
Неъматзода О., Султанов Д.Д., Гаибов А.Д., Муминзода Б.Г., Солиев О.Ф., Юнусов Х.А. <b>Некоторые аспекты распространённости и факторов риска варикозной болезни в Таджикистане (на примере двух пилотных регионов)</b>	35
Неъматзода О., Эхсонов А.С., Юнусов Х.А., Курбанов С.Х., Солиев О.Ф., Тошпулотов Х.А. <b>Результаты комбинированной миниинвазивной флебэктомии и PRP-терапии при сочетании варикозной болезни с артрозом коленных суставов</b>	36
Роговой Н.А., Калинин С.С., Хрыщанович В.Я., Климчук И.П. <b>Использование локального катетерного тромболитика при лечении илиофemorального флеботромбоза</b>	37
Сайимов Ф.Я.. Умаров Ф.Р.	

Тактика лечение варикозно-расширенных притоков после устранения рефлюкса по магистральным подкожным венам	40
Салимов Ф.М., Юнусов Х.А., Солиев О.Ф. <b>Лечение венозно-кавернозных гемангиом сложной анатомической локализации у детей раннего возраста</b>	41
Скобелева Н.Я., Хрыщанович В.Я., Роговой Н.А., Красько О.В. <b>Влияние инфекции SARS-CoV-2 на течение варикозной болезни у беременных</b>	42
Скобелева Н.Я., Хрыщанович В.Я., Роговой Н.А., Красько О.В. <b>Клиническая эффективность эластического компрессионного трикотажа при варикозной болезни у беременных</b>	43
Султаналиев Т.А., Сагандыков И.Н., Чиналиев А.М., Даумен А.А., Акжигитова М.Т., Кенесаров А.С. <b>Комбинированное лечение синдрома тазового венозного полнокровия</b>	44
Султанов Д.Д., Неъматзода О., Тухтаев Ф.М., Юнусов Х.А., Солиев О.Ф. <b>Активная хирургическая тактика в лечении венозной трофической язвы</b>	45
Усманов Б.С, Насритдинов Ж.А. <b>Случай перекрута и узлообразования проводника при катетеризации подключичной вены</b>	46
Усманов Б.С., Усманов А.К., Насритдинов Ж.А. <b>Осложнения катетеризации подключичной вены и методы их лечения</b>	49
Усманов А.К. Насритдинов Ж.А. Камолиддинов О.А. Шириева Ж.Ф. <b>Термическая абляция и лечении тромбофлебита поверхностных вен</b>	50
Фокин А.А., Борсук Д.А. <b>Достижения XXI-го века в лечении венозной патологии: результаты и перспективы</b>	51
Хамдамов У.Р. <b>Сравнительный анализ результатов минифлебэктомии и флебосклерооблитерации у пациентов с притоковой формой варикозной болезни</b>	52
Хошимов Б.О., Ж.Т., Хошимова С.Н., Хошимов Д.Б. <b>Опыт применения эндовенозной лазерной облитерации у пациентов с варикозной болезнью, осложненной трофической язвой</b>	53
Хрыщанович В.Я., Скобелева Н.Я. <b>Малоинвазивное лечение COVID-19-ассоциированного гестационного варикотромбофлебита</b>	57
Чиналиев А.М., Султаналиев Т.А., Сагандыков И.Н., Касымов М.А., Хасенов Д.Т., Даумен А.А., Кенжин А.Т. <b>Опыт эндоваскулярной эмболизации артериовенозной мальформации гортаноглотки с переходом на трахею и бронхи</b>	58

Чиналиев А.М., Султаналиев Т.А., Хасенов Д.Т., Сагандыков И.Н., Даумен А.А., Кенжин А.Т., Касымов М.А. <b>Описание клинического случая эндоваскулярной эмболизации артериовенозной мальформации скальпа с переходом на твердую мозговую оболочку мозга</b>	59
Шестак Н.Г., Рогов Ю.И., Хрыщанович В.Я., Климчук И.П. <b>Морфологические изменения в стенке большой подкожной вены под влиянием пены полидоканола различной температуры</b>	60
Шестак Н.Г., Хрыщанович В.Я., Климчук И.П., Роговой Н.А. <b>Сравнительный анализ результатов эндовенозной механохимической облитерации большой подкожной вены с использованием пены полидоканола комнатной температуры и охлажденной</b>	61
Шириева Ж.Ф., Усманов А.К., Насритдинов Ж.А., Камолиддинов О.А. <b>Консервативная терапия при варикозной болезни вен малого таза у женщин</b>	62
Эргашев Б.С. Умаров Ф.Р. <b>Цианокрилатная клеевая облитерация при рецидиве варикозной болезни вен нижних конечностей. Двухлетний результат лечения</b>	63
Яриев А.А., Юлдошев М.С., Муминов Ш.М., Ким Д.Л., Абдуллаев Ш.М., Бобоев А.Т. <b>Влияние ассоциации полиморфизмов rs1799750 гена MMP1и rs2276109 гена MMP-12 на развитие варикозной болезни нижних конечностей и ее тромботических осложнений</b>	64

## Генеральные спонсоры



## Главные спонсоры



## Спонсоры





[venousforum.uz](http://venousforum.uz)