

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

IV KVF

ҚАЗАҚСТАН ВЕНОЗДЫҚ ФОРУМЫ

КАЗАХСТАНСКИЙ ВЕНОЗНЫЙ ФОРУМ

KAZAKHSTAN VENOUS FORUM



9-10

august 2024 | августа | тамыз

Kazakhstan, Almaty



СОДЕРЖАНИЕ

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

1

ТУРСЫНБАЕВ С.Е., САПАРБАЕВ Р.А., КИРГИЗБАЕВ С.Ж., БАЛТАБАЙ Р.Е., БАЙҒҰЛОВ А.Б.

ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ПОСТТРОМБОФЛЕБИТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ И ТРОМБОЗЕ ГЛУБОКИХ ВЕН

5

СУЛТАНАЛИЕВ Т.А., САГАНДЫКОВ И.Н., САБЫРҰЛЫ Д., ЕРКИНОВ Е.Т.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ МАЛОГО ТАЗА В РЕГИОНЕ ЮЖНОГО КАЗАХСТАНА

8

ҚҰРМАНӘЛІҰЛЫ НУРҒАЗЫ, АШИРОВ Б.О, ШАПШАНБАЕВ Д.Т, САНСЫЗБАЕВ Қ.Б

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗНЫХ КАНАЛОВ ПРИВЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ ПАЦИЕНТОВ В МАРКЕТИНГЕ ЧАСТНОГО ФЛЕБОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

9

ГОЛОВЯТЕНКО АРТЁМ СЕРГЕЕВИЧ, MAZAISHVILI KONSTANTIN

ЛЕЧИТЬ ИЛИ НЕ ЛЕЧИТЬ? СУБЪЕКТИВНЫЙ И ДОКАЗАТЕЛЬНЫЙ ПОДХОДЫ К ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН.

11

РОСУХОВСКИЙ ДМИТРИЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ

АВТОМАТИЗИРОВАННЫЙ ПЕРСОНАЛЬНЫЙ ПОМОЩНИК ПОВЫШАЕТ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ ВРАЧА ФЛЕБОЛОГА

12

РОСУХОВСКИЙ ДМИТРИЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ РЕФЛЮКСА ПО ЛАТЕРАЛЬНОЙ ДОБАВОЧНОЙ МАЛОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЕ.

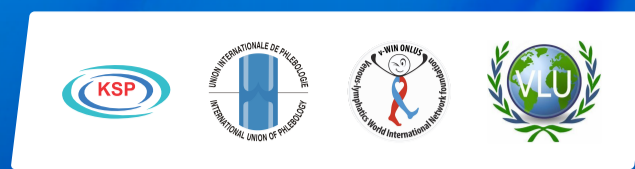
15

УМАРОВ Ф.Р., САЙИМОВ Ф.Я., ИСКАНДАРОВ М.Р.

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРОМБОЗАХ ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

16

КЕЛИМБЕТОВ РУСТАМБЕК МАМАШАРИФОВИЧ



СОДЕРЖАНИЕ

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ СКЛЕРОЭМБОЛИЗАЦИИ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН ПРИ ПОСТФЛЕБИТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ В КЛИНИКЕ МЕДИТЕРРА. 18

КОСПАНОВ Н.А. ТӨЛЕГЕН А.И. ЖОЛДАСОВ О.Е. ҚАЛЫМБЕТОВ Б.С.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ЦИЛОСТАЗОЛА НА СЕМЕЙСТВА ФОСФОДИЭСТЕРАЗ 3 И 5 КАК ПРИЧИНА СОСУДИСТЫХ ИЗМЕНЕНИЙ. МОЛЕКУЛЯРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. 20

КОРЕЙБА К.А., МИНАБУТДИНОВ А.Р., КРИВОЩЕКОВ Е.П., С.Ж. КИРГИЗБАЕВ

МОЛЕКУЛЯРНОЕ ОБОСНОВАНИЕ НОВОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЦИЛОСТАЗОЛА ПРИ ПАТОЛОГИИ ВЕНОЗНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 21

КОРЕЙБА К.А., МИНАБУТДИНОВ А.Р., КРИВОЩЕКОВ Е.П., С.Ж. КИРГИЗБАЕВ

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ 23

КРИВОЩЕКОВ Е.П., ЕЛЬШИН Е.Б., РОМАНОВ В.Е., С.Ж. КИРГИЗБАЕВ, ПОСЕРЯЕВ А.В.

СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 25

Е.П. КРИВОЩЕКОВ, Е.Б. ЕЛЬШИН, В.Е. РОМАНОВ, С.Ж. КИРГИЗБАЕВ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВЕНОТОНИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ 27

КРИВОЩЕКОВ Е.П., РОМАНОВ В.Е., ЕЛЬШИН Е.Б., ПОСЕРЯЕВ А.В., С.Ж. КИРГИЗБАЕВ

THE PELVIC VARICOSE VEINS QUESTIONNAIRE (PVVQ) SCORE AS A TOOL TO ASSESS SEVERITY OF PELVIC CONGESTION SYNDROME (PCS) AND EFFECTIVENESS OF EMBOLIZATION OF PELVIC VARICOSE VEINS. 29

FARKHAD ADYLKHANOV, YEVGENIY MUN

ОСЛОЖНЕНИЯ КРИОЛАЗЕРНОЙ СКЛЕРОТЕРАПИИ СО СКЛЕРОТЕРАПИЕЙ ЭТОКСИСКЛЕРОЛОМ 30

МИРОНОВА А.В., ИБРАГИМОВ Д.Р., ХАФИЗОВ А.Р., ОЛЕЙНИК Б.А., МИНИГАЛИЕВА Э.Р.



СОДЕРЖАНИЕ

ФАКТОРЫ РИСКА И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВТЭО У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ 32

БЕСПАЕВ А.Т., ТУРСЫНБАЕВ С.Е., САПАРБАЕВ Р.А., КЫРГЫЗБАЕВ С.Ж., ЖУНУСОВ

PELVIC VENOUS DISORDERS ULTRASOUND DIAGNOSIS 34

AIDASHOVA B.B., KOSPANOV N.A., EGEMBERDIYEV T.ZH., BILDEBEKOV YE.A., KIRGIZBAYEV S.ZH. 2

ПОВЕРХНОСТНЫЙ УПРАВЛЯЕМЫЙ МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ СОН ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 35

ЗОКИРХОНОВ Ш.Д., ТЕМИРОВ С.Н., МАХМУДОВ О.А., АНАРКУЛОВ О.А.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОСЛЕ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ АБЛЯЦИИ. 37

ЧИНАЛИЕВ А.М., СУЛТАНАЛИЕВ Т.А., ЧИНАЛИЕВА Г.Б., САГАНДЫКОВ И.Н., ХАСЕНОВ Д.Т., ДАУМЕН А.А., КЕНЖИН А.Т., КАСЫМОВ М.А., ШӘЙМЕРДЕН Е.М.

АНАЛИЗ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ТАЗОВОГО ПОЛНОКРОВИЯ 39

ЧИНАЛИЕВ А.М., СУЛТАНАЛИЕВ Т.А., ЧИНАЛИЕВА Г.Б., САГАНДЫКОВ И.Н., ХАСЕНОВ Д.Т., ДАУМЕН А.А., КЕНЖИН А.Т., КАСЫМОВ М.А., ШӘЙМЕРДЕН Е.М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПРЕССИОННОГО ТРИКОТАЖА ПОСЛЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕНАХ 40

ЧИНАЛИЕВ А.М., СУЛТАНАЛИЕВ Т.А., ЧИНАЛИЕВА Г.Б., САГАНДЫКОВ И.Н., ХАСЕНОВ Д.Т.

ВАЛЬВУЛОПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ 42

ТУРСЫНБАЕВ С.Е., САПАРБАЕВ Р.А., КИРГИЗБАЕВ С.Ж., МУХАМЕТОВА Н.Д.,

АВТОРЫ 49



АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ.

Республика Казахстан, город Алматы

Казахский Национальный медицинский университет С.Д.Асфендиарова

Турсынбаев С.Е., Сапарбаев Р.А., Киргизбаев С.Ж, Балтабай Р.Е, Байғұлов А.Б.

Актуальность

Венозный тромбоз – это серьезная проблема современного здравоохранения. Тромбоз и эмболия возникают в самых разнообразных клинических ситуациях и осложняют течение многих заболеваний [1].

Тромбоэмболические осложнения при тромбозе глубоких вен нижних конечностей являются одной из наиболее распространенных причин смерти больных. Массивная ТЭЛА, которая развивается у 32-45% больных с острым тромбозом глубоких вен, занимает третье место в общей структуре внезапной смертности [2]. Возникновения ТГВ в мире ежегодно составляет 100 - 160 случаев на 100 000 населения, при этом частота фатальных венозных тромбоэмболических осложнений, проявляющихся как тромбоз легочной артерии, составляет 60 на 100 000 населения [3].

Вопросам хирургической профилактики тромбоэмболических осложнений при тромбозе глубоких вен нижних конечностей в настоящее время уделяется значительное внимание [4,5,10]. Одним из наиболее востребованных методов является имплантация внутрисосудистых эмболоулавливающих устройств или кава – фильтров [6,8,9]. Значительное количество публикаций достоверно свидетельствуют о большом интересе к данному хирургическому катетерному методу профилактики [14]. А применение кава-фильтров, по мнению европейских экспертов, показало высокий риск рецидива тромбоза глубоких вен и других осложнений. [7,9,11]

До настоящего времени вопросы хирургической профилактики ТЭЛА и лечения тромбозов магистральных вен не теряет свою актуальность, что требует проведения дальнейших исследований для определения более оптимального метода лечения и предотвращения таких тяжелых осложнений, как тромбоз легочной артерий.

Цель работы:

Провести сравнительный анализ результатов консервативного лечения тромбоза магистральных вен и хирургического метода профилактики тромбоза легочной артерии.



Материалы и методы.

В отделении сосудистой хирургии Центральной Городской Клинической больницы г.Алматы с 2013г по 2024г на лечении находились 2723 пациента с флеботромбозами, среди которых 1545 было (56,7%) – мужчин, 1178 (43,3%) – женщин. Госпитализированные пациенты с флеботромбозами были классифицированы по локализации тромба на три категории. В категорию локализации флеботромбоза в системе нижней полой вены были отнесены 1344 пациента, что составило 49,3% из общего числа пациентов; в системе верхней полой вены - 21 пациента (0,9 %) и в категории локализации тромба в системе подкожных вен 1358 пациента (49,8%).

Локализация тромбоза	Количество пациентов	%
Подкожные вены нижних конечностей	1358	49,8%
В системе верхней полой вены	21	0,9%
В системе нижней полой вены	1344	49,3%
Итого	2723	100%

Показаниями для оперативного вмешательства у этих пациентов явились следующие состояния: угроза развития венозной гангрены нижних конечностей, наличие флотирующего тромба в магистральных венах, рецидивирующая ТЭЛА, непереносимость и неэффективность антикоагуляционной терапии. Из 2723 госпитализированных случаев, прооперировано 1852 (68,0%) больных. Из них, по поводу острого тромбофлебита подкожных вен, в экстренном порядке (под местной анестезией) были прооперированы 823 (60,7%) пациентов. Им была выполнена кроссэктомия. Показаниями для выполнения кроссэктомии были пациенты пожилого и старческого возраста, наличие тяжелой сопутствующей патологии высокого риска анестезиологического пособия, а так же восходящий тромбофлебит распространяющийся выше коленного сустава. Остальным 535 (39,3%) пациентам с тромбофлебитом подкожных вен после купирования воспалительного процесса в отсроченном порядке была произведена флебэктомия под перидуральной анестезией. Всем госпитализированным больным проводилась ультразвуковая доплерография с дуплексным сканированием вен конечностей. При этом из 2723 госпитализированных у 1358 (49,8%) больных по поводу тромбофлебита нижних конечностей обнаружен восходящий тромбофлебит до уровня сафено-бедренного соустья. А из 1344(49,3%) больных госпитализированных по поводу тромбоза глубоких вен нижних конечностей у 744 (55,3%) больных был выявлен флотирующий тромб в венах илеокавального, подвздошно-бедренного и бедренно-подколенного сегментов. У больных с флотирующим тромбом придерживались следующей тактике: при флотирующем тромбе в бедренно-подколенного сегменте 236 больных (31,7%) в экстренном порядке под МИА



доступом Кена была произведена шовная пликация поверхностно-бедренной вены атравматичным нехромированным кетгутом 3/0. А у 490 (65,3%) пациентов с локализацией тромбов в просвете общей бедренной вены была произведена рассасывающаяся шовная пликация наружной подвздошной вены параректальным доступом или доступом Пирагова. Илеокавальная локализация флотирующего тромба, была выявлена у 18 (3%) пациентов, которым был имплантирован постоянный кава-фильтр в нижнюю полую вену. Рецидивирующее течение ТЭЛА у 6-х пациентов так же послужило основанием для установки кава-фильтра.

Результаты и обсуждение.

В ближайшем послеоперационном периоде у 1358 пациентов, прооперированных по поводу тромбоза подкожных вен, после РЧА осложнений не было, после открытых операции, в 39 (2,87%) случаях был отмечен инфильтрат в области послеоперационной раны, а в 5 (0,36%) случаях — лимфоррея. В одном случае, при проведении кроссэктомии у онкологического пациента с восходящим тромбозом большой подкожной вены, произошла тромбоэмболия легочной артерии, закончившаяся летальным исходом. Среди пациентов, госпитализированных с флеботромбозами, у 21 пациента развилась ТЭЛА, из них в 16 случаях исход был летальным. У пациентов, которым были установлены кава-фильтры и произведена пликация вен, тромбоэмболических осложнений и прогрессирования нарушений венозного оттока не наблюдалось. У пациентов, которым была выполнена пликация вен с использованием рассасывающегося атравматического кетгута 3/0, через 1 месяц при ультразвуковом исследовании были выявлены следующие результаты: у 14 пациентов (42,42%) наблюдалось полное расправление вены в области пликации, что, вероятно, связано с полным рассасыванием шовного материала. У 10 пациентов (30,30%) был выявлен стеноз в области пликации. Остальные 9 пациентов (27,27%) не явились на контрольный осмотр.

Заключение:

Тромбоэмболические осложнения, возникшие вследствие перенесенного флеботромбоза, зарегистрированы у 21 пациента (0,77%). Из них 16 случаев (0,58%) завершились летальным исходом. За исключением одного случая, все фатальные тромбоэмболии легочной артерии наблюдались у неоперированных пациентов. Показаниями для хирургического вмешательства при флеботромбозах являются восходящий тромбоз в системе подкожных магистральных вен, наличие флотирующего тромба в просвете глубоких магистральных вен и рецидивирующая ТЭЛА. Хирургическими показаниями для установки кава-фильтра являются локализация флотирующего тромба в илеокавальном сегменте и рецидивирующее течение ТЭЛА. Показанием для выполнения шовной пликации является локализация флотирующего тромба в просвете подвздошных и бедренных вен. Дифференцированная хирургическая тактика, направленная на профилактику тромбоэмболических осложнений, является



обязательным компонентом комплексного лечения венозного тромбоемболизма, что позволило снизить летальность от ТЭЛА до нулевого уровня.

Литература

- Кунгурцев Е.В, Михайлов И.П., Щербюк А.А., Ефименко П.М., Бандаренко А.Н., Гольдина И.М., Арустомян В.А., «Хирургическая профилактика тромбоемболии легочной артерии» // Материалы 23-й (XXVII) Международной конференции Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов Санкт-Петербург Том 18, 2/2012 С. 227-228
- Флебология., 2001, Тромбоемболия малого круга., 2003; Eftychiou V., 1996; Meignan M., Rosso J., Gauthier H. Et al., 2000.
- Эйхингер С., Вельтерманн А., Минар Э. и др. Симптоматическая легочная эмболия и риск рецидивирующей венозной тромбоемболии. Arch Intern Med . 12 января 2004 г.; 164(1): 92- 96. doi: 10.1001/archinte.164.1.92
- Эссъен Э.О., Рали П., Матай СК. Легочная эмболия. Мед Клин Норт Ам . Май 2019 г.;103(3):549-564. doi: 10.1016/j.mcna.2018.12.013
- Хейт Дж.А. Эпидемиология венозной тромбоемболии. Нат преподобный Кардиол . 12 августа 2015 г.: 464–74. doi: 10.1038/nrcardio.2015.83
- Малхотра А., Кишор С., Трост Д., Медофф Д.С., Винокур Р.С. Фильтры нижней кавы и профилактика рецидивирующей легочной эмболии. Семин Интервент Радиол. июнь 2018 г.; 35 (2):105-107.
- Бикдели Б., Чаттерджи С., Десаи Н.Р., Киртан А.Дж., Десаи М.М., Бракен М.Б., Спенсер Ф.А., Монреаль М., Гольдхабер С.З., Крумхольц Х. .М. Фильтры нижней кавы для профилактики легочной эмболии: систематический обзор и метаанализ. Дж Ам Колл Кардиол. 26 сентября 2017 г.; 70 (13): 1587–1597.
- Маррон Р.М., Рали П., Хунтрас П., Булл ТМ. Фильтры нижней кавы вены: прошлое, настоящее и будущее. Грудь . Декабрь 2020 г.;158(6):2579-2589. doi: 10.1016/j.chest.2020.08.002
- Миноча Дж., Смит А.М., Капур Б.С. и др. Критерии соответствия ACR ® Радиологическое лечение венозной тромбоемболии - фильтры нижней кавы. J Am Coll Radiol . Май 2019 г.;16(5S):S214-S226. doi: 10.1016/j.jacr.2019.02.010
- Кауфман Дж.А., Барнс Г.Д., Чаер Р.А. и др. Рекомендации Общества интервенционной радиологии по клинической практике использования фильтров нижней полой вены при лечении пациентов с венозными тромбоемболическими заболеваниями: разработаны в сотрудничестве с Американским колледжем кардиологов, Американским колледжем торакальных врачей, Комитетом по травмам Американского колледжа хирургов, Американской кардиологической ассоциацией, Обществом сосудистой хирургии и Обществом сосудистой медицины. J Vasc Interv Radiol . Октябрь 2020 г.;31(10):1529–1544. doi: 10.1016/j.jvir.2020.06.014
- Гревал С., Чамарти М.Р., Калва С.П. Осложнения фильтров нижней полой вены. Кардиоваскулярная диагностика Ther. 2016 декабрь; 6 (6): 632-641.
- MedElement [Электронный ресурс] / Венозные тромбозы и тромбофлебиты, посттромбофлебитический синдром. Клинические рекомендации, Казахстан, 2018 – Электрон. Дан. – MedElement, 2013-2024 - Режим доступа: <https://diseases.medelement.com/disease/венозные-тромбозы-и-тромбофлебиты-посттромбофлебитический-синдром-2018/16084>



- Олин Дж.В. Легочная эмболия. Преподобный Кардиоваск Мед. 2022г ;3 Приложение 2:S68-75.PMID: 12556745
- Авченко М.Т, Глебова Т.А Хирургическая профилактика тромбоэмболии легочной артерии. 2015г г.;16(5S):S214-S226

Лечение тромбоэмболии легочной артерии при посттромбофлебитическом синдроме и тромбозе глубоких вен

Султаналиев Т.А., Сагандыков И.Н., Сабырұлы Д., Еркинов Е.Т.

Национальный научный онкологический центр, центр сосудистой хирургии, г.Астана, Казахстан

Введение/Цель исследования:

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) является серьезным осложнением тромбоза глубоких вен (ТГВ), представляющая собой жизнеугрожающее состояние и требующая немедленной медицинской помощи. Зачастую неадекватная антикоагулянтная терапия ТГВ приводит хроническому заболеванию - различным стадиям посттромбофлебитического синдрома (ПТФС), приводящим к значительному снижению качества жизни. В последние годы использование ривароксабана, перорального антикоагулянта прямого действия, получило широкое признание в лечении этих состояний. В данной статье представлен клинический случай пациента с ТЭЛА на фоне ПТФС и тромбозе глубоких вен, подчеркивающий важность своевременной диагностики и эффективного лечения.

Материалы и методы:

Пациент Д. 44 лет, доставлен бригадой СМП с жалобами на общую слабость, одышку, чувство нехватки воздуха, боли и дискомфорт за грудиной, отечность левой нижней конечности, боли при ходьбе в ней. Последний месяц до экстренной госпитализации пациента беспокоила одышка при физической нагрузке. За медицинской помощью ранее не обращался, не лечился. В течении 2 недель отмечает усиление одышки с затрудненным вдохом и выдохом, одышка стала беспокоить даже в покое. Из анамнеза известно, что в детском возрасте была травма нижней конечности вследствие падения с велосипеда. После дообследования пациенту был выставлен диагноз тромбоз глубоких вен левой нижней конечности. При поступлении осмотрен кардиологом, контроль АД 100/70 мм.рт.ст.

ЭКГ:

синусовый ритм с ЧСС 96/мин. Отрицательный зубец Т V1-V3. ВЧ Тропонин I 0.05 нг/мл (отрицательный). Сатурация при поступлении - 84%, с подачей увлажненного кислорода - 95%.

УЗДГ вен нижних конечностей:

Тромбоз левой бедренной и подколенной вены. Наличие утолщения стенок глубоких вен Стенки проксимального сегмента левой бедренной и подколенной вены были утолщены. Поверхностная, подколенная и задняя большеберцовая вены были расширены. В просветах этих вен и пристеночно визуализировались гиперэхогенные уплощенные фиксированные образования - тромботические массы. Проподимость поверхностной бедренной вены составляла от 45% до 80% от диаметра просвета, створки клапанов были ригидными, компрессия датчиком была затруднена.

ЭхоКГ:

Аорта не расширена. Дилатация правых отделов сердце. Глобальная и локальная сократительная способность миокарда ЛЖ сохранена. Насосная функция не нарушена. Систолическая функция ПЖ снижена. Смещение МЖП справа в сторону ЛЖ с изменением формы ЛЖ в виде буквы D. Трикуспидальная регургитация 3 степени. Легочная гипертензия 3 ст. РСДЛА – 120 мм.рт.ст. Соотношение ПЖ к ЛЖ-1,0см. Перегрузка правого желудочка. Не исключается ТЭЛА.

КТ органов грудной клетки с контрастированием:

КТ картина тромбоэмболии крупных, средних и мелких ветвей легочной артерии с обеих сторон. Хронический бронхит. Единичный субсегментарный ателектаз X сегмента правого легкого. Единичный плотный очаг II сегмента правого лёгкого размером 5,0x3,6 мм. Невыраженный перикардит. Диагноз ТЭЛА был подтвержден КТ органов грудной клетки с контрастированием.



КТ органов грудной клетки при поступлении от 13.07

Лечение:

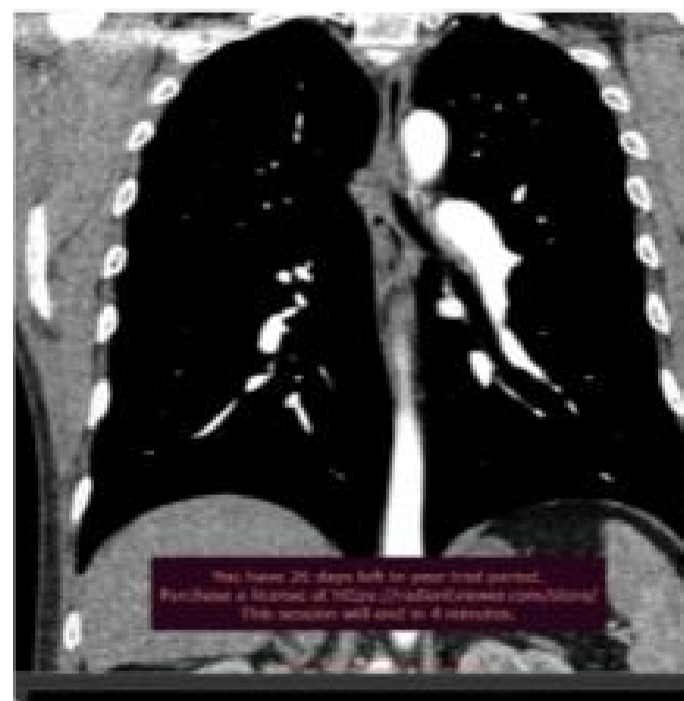
Пациент был немедленно госпитализирован. Назначено лечение:

- Гепарин 20000 Ед 1 мл/ч на перфузоре, в/в – 3 дня;
- Ривароксабан 15 мг. 1 таб х 2 р/день, во время еды – 14 дней;
- Кетотоп 2,0 мл. в/м при болях – 14 дней;
- Тромбопол 100 мг. 1 таб х 1 р/день, перед сном – 14 дней;
- Омез 20 мг. 1 таб х 2р/день, внутрь до еды – 14 дней;
- Цеф3 1,0 гр. на физ. р-ре 0,9% х 2 раза в сутки, в/в. – 14 дней;
- Диклофенак 75 мг. 1 р/сутки, в/в. – 5 дней;

Результаты лечения:

На фоне проведенного лечения состояние пациента постепенно улучшалось: одышка и боли в грудной клетке уменьшились, отек ног значительно снизился. Через две недели пациент был выписан из стационара с рекомендациями по дальнейшей антикоагулянтной терапии и регулярному наблюдению у флеболога.

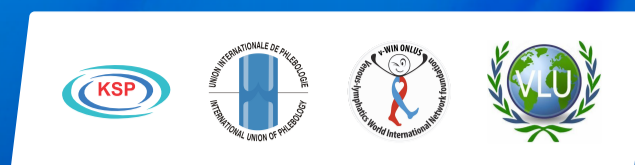
При контрольной компьютерной томографии органов грудной полости от 22.08 тромбомассы в легочной артерии с обеих сторон не визуализируются. Улучшилась проходимость сегментарных ветвей.



КТ органов грудной клетки после проведенного лечения от 22.08

Обсуждение:

Данный клинический случай подчеркивает необходимость тщательного мониторинга пациентов с ПТФС для своевременной диагностики и предотвращения ТЭЛА. Несмотря на проведение профилактических мероприятий, риск развития ТЭЛА остается высоким, что требует постоянного контроля и адаптации лечебных стратегий. Важно также учитывать индивидуальные особенности пациента и возможные осложнения при выборе антикоагулянтной терапии.



Заключение:

Тромбоэмболия легочной артерии является серьезным осложнением посттромботического синдрома, требующим быстрой диагностики и комплексного лечения.

1. Данный случай демонстрирует важность мультидисциплинарного подхода и индивидуализации терапии для улучшения исходов у пациентов с ПТФС и ТЭЛА.
2. Представленный клинический случай иллюстрирует необходимость комплексного подхода к лечению пациентов с ПТФС и предотвращению ТЭЛА.
3. Ривароксабан демонстрирует высокую эффективность и безопасность в лечении ТЭЛА при ПТФС и флеботромбозе глубоких вен. Он обеспечивает надежную антикоагулянтную терапию с меньшим риском кровотечений по сравнению с традиционными схемами лечения.
4. Применение ривароксабана позволяет улучшить качество жизни пациентов, страдающих этими серьезными заболеваниями.

Благодарности:

Авторы выражают благодарность всем медицинским работникам, участвовавшим в лечении и уходе за пациентом.

Особенности течения варикозной болезни малого таза в регионе Южного Казахстана

Құрманәліұлы Нургазы, Аширов Б.О, Шапшанбаев Д.Т, Сансызбаев Қ.Б

ТОО «Nurgazy Clinic», сеть клиник по лечению варикоза; Актау/Шымкент, Казахстан.

АНОТАЦИЯ

На примере Южного региона Казахстана и города Шымкент, нами были диагностировано варикозной болезни малого таза в условиях клиники «Nurgazy Clinic», города Шымкент изучена распространенность данной категории больных; разработано методы диагностики.

Актуальность исследования.

Вопросам совершенствования диагностики варикозной болезни малого таза и ее осложнениям всегда уделялись пристальное внимание. Повышенный интерес к данной проблеме связано со значительным ростом числа больных варикозной болезни малого таза в Южном регионе Казахстана. По данным диагностики сотрудниками клиники

**Цель работы:**

Дополнительное определения четырех точек выхода варикозных притоков из малого таза.

Методы и материалы исследования:

Основой исследований являются варикозной болезни малого таза в клинике «Nurgazy Clinic», в период с 2023 по 2024 г. Заболеваемость населения варикозной болезни малого таза изучалась на основе диагностики обращаемых женщин в клинику. Всего за этот период в клинику обратились 848 женщин с варикозом нижних конечностей, из них выявлено 483 (57%) расширение вен малого таза.

Результаты:

Полученные нами данные свидетельствуют о наличии значительного повышение показателей расширение вен малого таза 483 (57%) который диагностировано четыре точки выхода варикозных притоков из малого таза с помощью УЗДГ вен нижних конечностей:

- 1.Паховая зона (ингвинальная)
- 2.Промежностная зона (Перинеальная)
- 3.Нижняя ягодичная зона
- 4.Латеральная часть подколенной области

Выводы:

Кроме стандартного УЗДГ исследования вен нижних конечностей, дополнительно производится диагностика 4 зон точек выхода варикозных притоков из малого таза.

Сравнительный анализ разных каналов привлечения первичных пациентов в маркетинге частного флебологического центра

Головятенко Артём Сергеевич¹, Mazaishvili Konstantin²

¹Клиника флебологии и лазерной медицины», Шымкент, Республика Казахстан

²Seh-ma College for Medical Doctors, Jerusalem, Israel



Введение.

Любая частная клиника стремится к привлечению как можно большего числа пациентов и расширению своей доли на рынке. В этой связи представляется важным изучить разные каналы коммуникации с потенциальными клиентами медицинского центра и выявить тот, который приносит наибольшую выручку в кассу клиники в конкретном регионе.

Цели и задачи исследования.

Целью исследования было сравнить каналы коммуникации с потенциальными клиентами клиники по критериям: количество пациентов с того или иного ресурса на первичный прием.

Методы исследования.

Исследование проводилось в г. Шымкент, в осенне-зимний период 2023–2024 годов, т.е. не включало период, для которого характерен сезонный спад обращаемости в клинику. Максимальный поток первичных больных в клинику обеспечивала сеть Instagram, что составило – 42% от общего количества обращений. Так называемое «сарафанное радио» во всех её проявлениях обеспечивало 33% от потока первичных больных. Обращение через чат-бот в мессенджере Telegram оказалось ещё меньше - 20% от общего количества обращений. К нашему удивлению, поток первичных больных через «золотой стандарт» маркетинга - Web-сайт клиники составил всего 8% от общего количества первичных пациентов. Реклама на местном телевидении показала ещё меньшую эффективность – 5% от общего количества обращений. Первичное обращение в клинику через рекламу в региональной газете оказался на грани окупаемости рекламы - 2% от общего количества больных на первичном приёме.

Выводы:

Основной поток первичных пациентов в отдельно взятую частную клинику флебологии пришёлся на Instagram. Эта социальная сеть обеспечила менее половины первичного потока больных. На втором месте было обращение через «сарафанное радио». Эти два канала в целом обеспечивают $\frac{3}{4}$ потока первичных пациентов в клинику. Эффективность работы данных каналов прямо пропорционально выделяемому бюджету. Для социальной сети Instagram – это таргетная реклама, для стимуляции «сарафанного радио» - почтовые рассылки, публикация промо-кодов, реферальная программа. Общий рекламный бюджет на все каналы маркетинга, составляет 10% от выручки клиники.



Лечить или не лечить? Субъективный и доказательный подходы к тактике лечения заболеваний вен.

Росуховский, Дмитрий, Александрович,

Клиника флебологии и лазерной медицины, Шымкент, Республика Казахстан

Введение

Принятие клинических решений в некоторых случаях спорно и субъективно. Цель: разобрать клинические формы хронических заболеваний вен (ХЗВ) и венозной тромбоземболии (ВТЭ), при которых тактика лечения неоднозначна (сила уровня доказательств клинических рекомендаций слабая или отсутствует).

Методы

Произведен поиск литературы в базах данных PubMed, MEDLINE и Cochrane Library. Критерии включения: рецензируемые статьи, клинические испытания, мета-анализы и обзорные статьи за последние 5 лет. Исключены статьи на других языках, отчеты о случаях, редакционные статьи, исследования с недостаточными данными или плохой методологией.

Основные разделы:

- Лечение варикозного расширения на фоне перенесенного ранее ТГВ. Расширенная подкожная вена может играть роль коллатерали. Рекомендации: нет доказательств преимущества того или иного подхода из-за разнородности пациентов. Решение лечить или нет - принимается индивидуально.

- Лечение БПВ ниже колена: Эндовенозная термическая абляция (ЭВТА) эффективна, но высокий риск осложнений. Рекомендации: ЭВТА для симптоматических пациентов, консервативное лечение для бессимптомных случаев.

- Лечение несостоятельных перфорантных вен (НПВ) голени: Нет данных об эффективности у пациентов без трофических нарушений. Рекомендации: Лечение НПВ у пациентов с активными венозными язвами или тяжелой ХВН, индивидуальный подход в других случаях.

- Сегментарный рефлюкс подкожной вены: выключение из кровотока несостоятельного сегмента облегчает симптомы и предотвращает прогрессирование заболевания.

Рекомендации: Консервативное лечение, минифлебэктомия или сегментарная абляция для симптоматических пациентов.



- Термическое лечение или минифлебэктомия эпифасциальных вен: (ЭВТА) эффективно с минимальными осложнениями.

Рекомендации: Термическая абляция наравне с минифлебэктомией может применяться для лечения варикозно-расширенных притоков.

- Клей для определенных категорий пациентов: Оклюзия сафенных вен цианоакрилатным клеем обеспечивает их эффективное закрытие без тумесцентной анестезии, но сопровождается риском специфических осложнений.

Рекомендации: Клей для пациентов с анатомически сложными венами и тех, кто предпочитает нетермические процедуры.

- Кроссэктомия при остром поверхностном тромбозе: Кроссэктомия может предотвратить распространение тромба, но сопровождается риском осложнений. Антикоагуляция показала не меньшую эффективность.

Рекомендации: Антикоагуляция при остром поверхностном тромбозе, кроссэктомия для случаев с высоким риском распространения тромба при невозможности эффективной антикоагуляции.

- Установка кава-фильтров при ТГВ и риске ТЭЛА: Фильтры НПВ предотвращают смертельную ТЭЛА у пациентов с противопоказаниями к антикоагуляции, но связаны с осложнениями.

Рекомендации: Установка фильтра НПВ только у пациентов, которые не могут получать антикоагулянтную терапию.

Заключение

Тактика лечения зависит от формы и тяжести заболевания вен, наличия симптомов, риска осложнений данного метода и предпочтений пациента. Текущие доказательства поддерживают персонализированный подход к лечению но в рамках доказательной медицины. Необходимы дальнейшие исследования для установления оптимальных стратегий лечения в перечисленных случаях.

Росуховский Дмитрий Александрович, rosukhovski@gmail.com +792174476410

Автоматизированный персональный помощник повышает эффективность работы врача флеболога



Росуховский, Дмитрий, Александрович,
Клиника флебологии и лазерной медицины, Шымкент, Республика Казахстан

Введение

Современные вызовы медицины требуют новых подходов к взаимодействию между врачами и пациентами. Часто врач, предоставляя пациентам свой контакт для связи через мессенджеры, испытывает стресс из-за потока однотипных вопросов. В условиях конкуренции, когда задержка ответа может привести к потере пациента, эффективное управление коммуникациями становится критически важным.

Цель работы

Повышение эффективности работы врачей и улучшение качества медицинских услуг за счёт внедрения автоматизированного персонального помощника.

Методы

PAPA (Personal Automated Physician Assistant) представляет собой инновационное решение, которое автоматизирует процессы записи на приём и общения с пациентами. Это позволяет врачам значительно снизить административную нагрузку и сосредоточиться на медицинских процедурах. PAPA работает 24/7, предоставляя услуги записи на приём эффективнее и дешевле, чем наёмный секретарь, и исключает проблему кадровых изменений.

Представлены результаты анализа административных процессов и влияние на них внедрения PAPA.

Результаты

Изучены механизмы повышения эффективности работы врача:

- аналитика по качеству и количеству лидов – обратная связь в отдел маркетинга
- автонапоминания пациентам и врачу о подготовке и времени приема
- повышение эффективности рекламы за счет быстрых автоматических ответов (бот)
- повышение конверсии за счёт переписки до первой консультации с использованием ИИ
- оптимизация расписания - создание плотной записи без окон и записи сразу на необходимую процедуру, сокращение длительности приёмов и отказ от ненужных очных консультаций
- разгрузка врача от онлайн общения с пациентами на 80-90%, и в то же время его участие в решении врачебных задач – автоматизированное формирование по мере необходимости



- получение обратной связи от пациентов, повышение лояльности, бесплатное онлайн сопровождение

1. Максимальный результат внедрения PAPA:

- Повышение эффективности рекламы за счет обратной связи на 10%
- Повышение конверсии с 20% до 60% то есть в три раза (на 200%)
- Повышение лояльности пациентов в 2 раза, повышение частоты повторных обращений и потока по рекомендациям на 100%
- повышение эффективности работы врача на 50%
- Увеличение прибыли до 990% то есть в 10 раз!

2. Минимальный сценарий

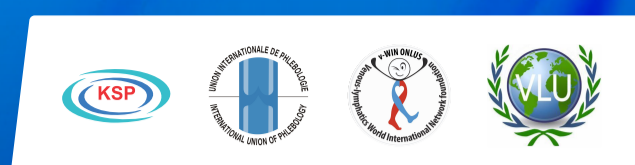
- Повышение эффективности рекламы за счет обратной связи на 5%
- Повышение конверсии с 40% до 65% (на 62,5%)
- Повышение лояльности пациентов, повышение частоты повторных обращений и потока по рекомендациям на 30%
- повышение эффективности работы врача на 15%
- Увеличение прибыли до 255% от исходного уровня, то есть в 2,5 раза

PAPA также играет важную роль в повышении доступности квалифицированной медицинской помощи в сельских и отдалённых регионах. Пациенты могут получать необходимые онлайн-консультации, не зная, к кому обратиться, благодаря автоматизированной системе общения и триажа.

Выводы

Автоматизация коммуникаций с пациентами с помощью PAPA способствует повышению эффективности работы врачей, улучшению лояльности пациентов и увеличению доходов клиник. Значительное снижение административной нагрузки на врачей, увеличение конверсии в процедуру и рост прибыли.

Росуховский Дмитрий Александрович, rosukhovski@gmail.com +972536656101



Особенности клинического течения и лечения рефлюкса по латеральной добавочной мало й подкожной вене.

Клиника современной флебологии

Умаров Ф.Р., Сайимов Ф.Я., Искандаров М.Р. «Varikozoff» г.Ташкент, Узбекистан

Добавочная латеральная малая подкожная вена (ДЛМПВ) по данным литературы является одной из форм эмбриональной вены и представляет собой одну из форм ангиодисплазии. Анатомически вена расположена в расщеплении мышечной фасции латерально от фасциального футляра малой подкожной вены. В отличие от Добавочной поверхностной малой подкожной вены (вена Тьери) на протяжении 10-20 см имеет прямой ствол и проходит внутри фасции.

Цель исследования:

Оценить клинические особенности течения хронической венозной недостаточности обусловленной рефлюксом по ДЛМПВ. Сравнить методы устранения рефлюкса по ДЛМПВ, оценить возможности применения цианокрилатной облитерации с целью улучшения результатов лечения заболевания.

Материал и методы:

За период 2022 -2023гг были проанализированы результаты лечения 77 пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей, обусловленной рефлюксом по ЛДМПВ. Все пациенты были женского пола. Средний возраст составил 34,6 лет. Всем пациентам кроме рутинных методов обследования проведено УЗТС венозной системы нижних конечностей. При ультразвуковом исследовании больных выявлен продолжительный рефлюкс более 0,5 сек по стволу ЛДМПВ. Средний диаметр ствола ЛДМПВ составил 0,65 см, длина вены 12,6 см. По CEAP пациенты распределены: C1S - 11%, C2S - 45% C3S – 28% C4S - 14%.

14 пациентов обратились к нам с рецидивом варикозной болезни источником и причиной рецидива во всех случаях стал не диагностированный при первичном обращении рефлюкс по ДЛМПВ. С целью устранения рефлюкса по ДЛМПВ 32 пациентам было выполнено ЭВЛО ДЛМПВ, 20 пациентам выполнена клеевая облитерация (CAC), 25 пациентам эхо контролируемая микро пенная склеро облитерация (UGFS). Все пациенты были осмотрены на 7-е сутки, 30 дней, 6 и 12 мес - после операции. Во время осмотра оценивалась купирование симптомов ХЗВНК и облитерация целевой вены по данным УЗТС.



Результаты

На 30е сутки у всех пациентов отмечалось купирование симптомов ХЗВНК без применения флеботоников, окклюзия целевой вены составило 100%. В 52% случаев у пациентов которым была выполнена эхо склеротерапия отмечалась полная реканализация целевой вены с возобновлением клиники ХЗВНК. Пациентам, которым была выполнена ЭВЛО ЛДМПВ на 6 мес. в 100% случаев отмечалась облитерация и на 12й мес. полная абляция целевой вены, симптомов ХВН не отмечалось. Пациентам, у которых была выполнена клеевая облитерация ЛДМПВ клинически и анатомический успех отмечался в 95% случаев. Пост процедурная боль обусловленная флебитоподобной реакцией больше отмечались у пациентов, которым была выполнены NTNT методы облитерации, парестезий встречались у пациентов после ЭВЛО.

Выводы

При наличии рефлюкса по стволу ЛДМПВ у пациентов отмечается выраженная симптоматика ХВН, которая купируется на период использования компрессионной и флеботропной терапии. Рецидив варикозной болезни часто бывает связан с недостаточно полным первичным обследованием пациента и следует всегда помнить о наличии перфорантных вен подколенной ямки и атипичного варикоза. Клеевая облитерация может быть предложена как метод выбора лечения ХВН обусловленной рефлюксом по ДЛМПВ в связи с относительно простотой выполнения, меньшим количеством парестезии в послеоперационном периоде и надежной облитерацией целевой вены.

Комбинированный метод оперативного лечения при тромбозах подкожных вен нижних конечностей

Келимбетов Рустамбек Мамашарифович

«Клиника флебологии и лазерной медицины» Шымкент, Республика Казахстан.

Цель:

тромбозы подкожных вен нижних конечностей – проблема, сохраняющая свою актуальность даже в медицине 21 века. Всегда остро возникающее заболевание, осложняющее течение любого другого заболевания или начавшееся самостоятельно, в результате – высокий риск для жизни пациента. Хирургическое лечение позволяет не только устранить тромб и соответственно риск для жизни пациента, но и предотвратить



развитие осложнений

Методы:

Сочетание различных хирургических методик позволяет достичь максимального положительного эффекта за сравнительно короткое время и обеспечить быструю реабилитацию пациента.

Применяемые методы:

- перевязка устья вены (кроссэктомия)
- перевязка устья вены с тромбэктомией
- тромбэктомия с пластикой магистральной вены и перевязкой устья вены
- тромбэктомия с эндоваскулярной лазерной облитерацией подкожной вены и девульсией тромбомасс из тромбированных притоков.

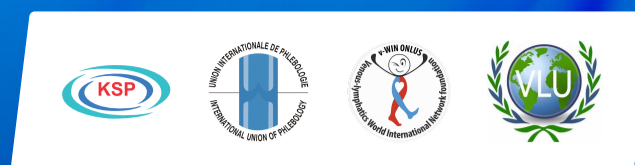
Операция проводится под местной инфильтрационной и туменесцентной анестезией сосудистым хирургом. Выполняется тромбэктомия из устья подкожной вены (большой или малой) соответствующим доступом. Затем производится лигирование и перевязка проксимального конца вены, либо пластика магистральной вены с ушиванием венотомического отверстия. Затем производится тромбэктомия из ствола подкожной вены, с последующей эндоваскулярной лазерной облитерацией ствола. Следующим этапом выполняется минифлебэктомия по Варади с девульсией тромбов из варикозно деформированных притоков подкожных вен.

В послеоперационном периоде пациент активизируется с обязательным применением компрессионного трикотажа 2 класса компрессии, амбулаторным назначением антикоагулянтов по стандартной схеме профилактики после лазерной облитерации и назначением антибактериальной терапии в профилактических дозах.

Результаты:

Применение комбинированных методик позволяет:

- удалить полностью тромб
- предотвратить рецидив заболевания
- улучшить венозный кровоток в нижних конечностях
- снизить риск развития осложнений
- обеспечить быструю реабилитацию пациента и возвращение его к обычному ритму жизни
- обеспечить короткий период антикоагулянтной терапии

**Выводы:**

Комбинированный метод лечения пациентов с острыми тромбозами и тромбофлебитами подкожных вен нижних конечностей является эффективным методом лечения, позволяющим – одновременно предотвратить риск развития серьезных осложнений, радикальное лечение и быструю реабилитацию пациентам. Применение комбинированных методик должно выполняться квалифицированным сосудистым хирургом в условиях специализированного медицинского учреждения.

Келимбетов Рустамбек Мамашарифович, +77023828371 rust-kel@mail.ru

Опыт проведения склерозэмболизации перфорантных вен при постфлебитическом синдроме в клинике Медитерра.

Коспанов Н.А.¹ Төлеген А.И.¹ Жолдасов О.Е.¹ Қалымбетов Б.С.²

¹ TOO ERENSAU hospital, «MEDITERRA».

² Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова

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 склерозэмболизации перфорантных вен нижних конечностей при постфлебитическом синдроме с обширной язвой.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ результатов оперативного лечения при постфлебитическом синдроме с обширной язвой в нашей клинике: было отобрано 28 пациентов с постфлебитическим синдромом с обширной венозной язвой с 1 января 2020 года по 31 мая 2024 года. Среди них женщин – 17 (60,7%), мужчин – 11 (39,2%), венозная язва левой голени слева у 10 случаев (35,7%), у 11 случаев – справа (39,2%); с обеих сторон

7 случаев - (25%); средний возраст пациентов составил 54,7 лет, во всех случаях была взята биопсия из язв, злокачественный характер образования не подтвердился не в одном случае (0%). А так же 9 пациентам проведено поэтапное хирургическое лечение (32,1%). 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 склероэмболизация перфорантных вен голени со склерозантом «Лауромакрогол 400 (полидоканол)».

Результаты

Во всех 28 случаях осложнения не наблюдались. Полное заживление язв наблюдается у 11 пациентов (39,2%), у 15 пациентов язвы уменьшились на 50-70 % (53,5%). При ежемесячном ультразвуковом исследовании (1-2-3 месяцев) у 16 случаев (57,1%) была необходимость повторной склероэмболизации при котором было выполнено второй, третий этап склероэмболизации.

Выводы

Проведение склероэмболизации перфорантных вен при постфлебитическом синдроме с язвой является высокоэффективной процедурой.

Коспанов Нурсултан Айдарханович – к.м.н. руководитель отделения ангиохирургии в клинике Медитерра, ангиохирург, флеболог, лимфолог.

Телеген Алимير Исақанұлы – PhD докторант, ангиохирург, флеболог, лимфолог клиники Медитерра. alimirt@mail.ru

Жолдасов Олжас Ералиевич – врач ангиохирург, флеболог, лимфолог клиники Медитерра. olzhas_medic@mail.ru +7747-865-93-12

Қалымбетов Бақытжан Саитбұрханұлы - резидент ангиохирург, флеболог, лимфолог КазНМУ имени С.Д.Асфендиярова, 4 курса. bakitjankz@mail.ru +7775-378-23-83



Воздействие цилостазола на семейства фосфодиэстераз 3 и 5 как причина сосудистых изменений. Молекулярное исследование.

Корейба К.А.¹, Минабутдинов А.Р.², Кривошеков Е.П.³, С.Ж. Киргизбаев⁴

¹ ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» МЗ РФ, г. Казань, Россия.

² ЧУЗ КБ «РЖД-МЕДИЦИНА», г. Казань, Россия

³ ФГБОУ ВО «Самарский ГМУ» МЗ РФ, г. Самара, Россия

³ Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г.Алматы, Казахстан

Селективные ингибиторы ФДЭ 3 широко применяются в клинической практике и являются наиболее перспективными среди ингибиторов всех других форм фосфодиэстераз в лечении таких осложнений диабета, как синдром диабетической стопы, перемежающаяся хромота, полинейро-остео-артропатия и др. ФДЭ 5 напрямую влияет на расширение сетчатки, сосудов хориоидеи (гладкие мышцы и эндотелиальные клетки) и во многих других органах, таких как легочные и коронарные сосуды.

Цель

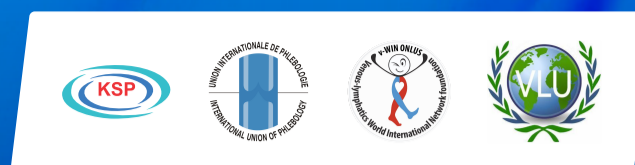
На основании молекулярной модели изучить действие цилостазола на изоформы мишеней фосфодиэстеразы 3 и фосфодиэстеразу 5.

Материал и методы:

Исследование ингибирования фосфодиэстераз выполнялись с помощью методов молекулярного докинга. Докинг выполнялся с использованием программного обеспечения Maestro Schrodinger Inc. Структура всех указанных белков была взята из PDB (Protein Data Bank): 7L27-ФДЭ3А, 1JOS-ФДЭ3В, 4MD6-ФДЭ5. Каждая молекула ФДЭ была подготовлена перед докингом с использованием модуля Protein Preparation Wizard. Визуализация результатов была выполнена с помощью функции Ligand Interaction в модуле Maestro. Константа ингибирования (K_i) была получена из энергии связи (ΔG) по формуле: $K_i = \exp(\Delta G / RT)$, где R - универсальная газовая постоянная ($1,985 \times 10^{-3}$ ккал · моль⁻¹ · К⁻¹) и T - температура (298,15 К).

Результаты исследования

После проведения оценки энергии связывания, нами были проанализированы ключевые нековалентные взаимодействия цилостазола, варденафила с ФДЭ5, а также цилостазола с ФДЭ3А и ФДЭ3В соответственно. Согласно полученным нами данным, цилостазол ингибирует изоформу ФДЭ 3А в значительной степени сильнее ($K_i=54$ нМ), чем ФДЭ 3В ($K_i=1,13$ μМ). Ингибирование ФДЭ 3В предотвращает активацию инфламмасом



за счет снижения экспрессии различных провоспалительных генов, таких как NLRP3, каспазы-1, ASC, AIM2, TNF α , IL1 β и других. Поэтому способность цилостазола, как монопрепарата, ингибировать не только ФДЭ 3А, но ФДЭ 3В обеспечивает мультифакторное воздействие на различные пути патогенеза, связанные с семейством ФДЭ 3 при метаболическом синдроме, сахарном диабете, ОЗАНК, ожирении. Цилостазол также ингибирует в лечебных дозах ФДЭ 5 ($K_i=10 \mu\text{M}$). Цилостазол таким образом не является строгим ингибитором только семейства ФДЭ 3. Ингибирование цилостазолом ФДЭ 5 заметно увеличивало местный кровоток и плотность функциональных сосудов одновременно с увеличением плотности внутриэпидермальных нервных волокон. Это способствует дополнительному эффекту при лечении перемежающейся хромоты, сахарного диабета и его осложнений.

Выводы

1. Цилостазол обладает большей аффинностью к изоформе ФДЭ3А по сравнению с ФДЭ3В, 2. Цилостазол способен ингибировать ФДЭ5 в лечебных дозах.

Корейба Константин Александрович, +79274128703, korejba_k@mail.ru

Минабутдинов Айдар Рамилевич, +79655898891, aidocor@mail.ru

Кривошеков Евгений Петрович, +79276884289, walker02@mail.ru

Молекулярное обоснование нового применения цилостазола при патологии венозного русла у больных сахарным диабетом

Корейба К.А.¹, Минабутдинов А.Р.², Кривошеков Е.П.³, С.Ж. Киргизбаев⁴

¹ ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» МЗ РФ, г. Казань, Россия.

² ЧУЗ КБ «РЖД-МЕДИЦИНА», г. Казань, Россия

³ ФГБОУ ВО «Самарский ГМУ» МЗ РФ, г. Самара, Россия

⁴ Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

Введение

Пациенты с сахарным диабетом (СД) предрасположены к заболеваниям вен. В среднем у 64-70,7% пациентов с диабетом присутствует недостаточность глубоких вен нижних конечностей. В то время как в общей популяции эта частота составляет 42- 49%.



Изменения в эндотелии сосудов у пациентов также предрасполагают к развитию венозной недостаточности: при СД в эндотелии снижается синтез NO, расширяющего сосуды, и повышается синтез сосудосуживающих простаноидов и эндотелинов. Поскольку хроническая венозная недостаточность является иницирующим фактором, приводящим к высокому венозному давлению, застою в венозном русле и нарушению трофики мягких тканей стопы. Ингибиторы фосфодиэстеразы 3 (PDE3) способны воздействовать на факторы риска: снижая скорость развития метаболического синдрома и повышая уровень инсулина в крови при ингибировании изоформы PDE3B, поскольку рецепторы PDE3B располагаются на адипоцитах белой жировой ткани и клетках поджелудочной железы. Рецепторы изоформы PDE3A расположены на тромбоцитах, кардиомиоцитах и гладкомышечных миоцитах сосудов. Ингибирование данных рецепторов предотвращает агрегацию тромбоцитов, увеличивая венозный возврат, а также вызывает расслабление гладких мышц сосудов.

Цель

На основании молекулярной модели изучить действие цилостазола на изоформы фосфодиэстеразы PDE3A и PDE3B в эндотелии вен, полученные данные использовать для прогнозирования потенциальных клинических эффектов при применении цилостазола.

Методы

В качестве метода молекулярного моделирования использовался метод молекулярного докинга. Для докинга использовали AutoDock Vina, затем выполнялся редокинг в модуле Glide V 6.3 программного обеспечения Maestro Schrodinger. Структура цилостазола была взята с базы данных PubChem. Режим Glide Docking SP использовали для определения наилучшей позы лиганда в супрамолекулярном комплексе ФДЭ-лиганд с функцией оценки минимальной энергии. Структура каталитического центра фосфодиэстераз PDE3B и PDE3A была взята из PDB (Protein Data Bank) No 5SYF. Константа ингибирования (K_i) была получена из энергии связи (ΔG) по формуле: $K_i = \exp(\Delta G / RT)$, где R - универсальная газовая постоянная и T - температура (298,15 K).

Результаты

В эндотелии венозного русла цилостазол способен ингибировать обе изоформы PDE3, при этом препарат обладает большей аффинностью к изоформе PDE3A ($K_i=54$ nM) по сравнению с PDE3B ($K_i = 1,13$ μ M) на основе данных проведенного молекулярного докинга.

Выводы

Применение цилостазола в комбинированной терапии СД как ингибитора PDE3A снижает активацию/агрегацию тромбоцитов, увеличивает базальную сократимость мышечного слоя вен, а также тормозит ремоделирование гладких мышц. Более того ингибирование преимущественно PDE3A минимизирует побочные эффекты, связанные с ингибированием PDE3B – повышение инсулинорезистентности за счет усиления



секреции инсулина бета-клетками поджелудочной железы. Обобщая вышесказанное, цилостазол оказывает терапевтический эффект не только на состояние кровотока в периферических артериях, но и венах. Применения цилостазола как антиагреганта при терапии СД и синдрома диабетической стопы профилактирует нарушения со стороны венозного русла, снижая риск тромбоза вен и прогрессии ХВН.

Корейба Константин Александрович, +79274128703, korejba_k@mail.ru

Минабутдинов Айдар Рамилевич, +79655898891, aidocor@mail.ru

Кривощеков Евгений Петрович, +79276884289, walker02@mail.ru

Длительность медикаментозной профилактики венозных тромбоэмболических осложнений у пациентов с новой коронавирусной инфекцией

Кривощеков Е.П.¹, Ельшин Е.Б.², Романов В.Е.^{1,3}, С.Ж. Киргизбаев⁴, Посеряев А.В.⁵

¹. ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»

². ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница №8»

³. ЧУОО ВО «Медицинский университет «Реавиз» Самара, Россия

⁴. Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г.Алматы, Казахстан

⁵. ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» Ульяновск, Россия

Течение COVID-19 осложняется большим количеством острых тромбозов, и особенно часто - венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО). Это является очень большой проблемой в лечении данных пациентов, увеличивая их летальность.

Цель

Снижение ВТЭО у пациентов с COVID-19 на последующем амбулаторном этапе.

Методы

В исследование 2020-2022гг. вошли 130 человек с тяжелым течением COVID-19. Мужчин 52(40%), женщин 78(60%). Возраст 45-75 лет. У всех была вирусная пневмония с поражением 30-63% легких. Стационарное лечение 14-28 суток. Всем началось комплексное лечение, антикоагулянтная терапия - гепарины или фондапаринукс (5000ЕД 2-3 раза в сутки). По антикоагулянтной терапии на амбулаторном этапе лечения пациенты были разделены на 4 аналогичные группы.



1 группа – 32 человека - получали новый оральный антикоагулянт апиксабан - по 2,5 мг. 2 раза в сутки, курсом 1 месяц. 2 группа - 32 человека- также получали апиксабан, но в течение 6 месяцев. 3 группа – 32 человека - получали сулодексид по 1 капс. (250ЛЕ) 2 раза в сутки и АСК по 100 мг. 1 раз в сутки, курсом 1 месяц. 4 группа – 34 человека - также получали сулодексид и АСК, но в течение 6 месяцев.

Результаты

Обследование больных проводилось через 1,3,6 месяцев после госпитализации. У 18 (13,8%) пациентов были выявлены венозные тромбозы. Нижние конечности– 14(77,8%) больных: поверхностные тромбозы– 11(78,6%), глубокие– 3(21,4%). Верхние конечности – 4 (22,2%) пациента (все 100%– поверхностные вены). ТЭЛА– ни одного случая. Период возникновения и количество тромбозов по группам выглядело так. 1 группа: в течение 1-го месяца - 1, от 1 до 3 месяцев- 4, от 3 до 6 месяцев- 3, всего-8. 2 группа: 1,0,0,8 - соответственно. 3 группа: 1,5,2,8. 4 группа: 1,0,0,1. Итого, в течение 1-го месяца- 4 (22,2%) случая. В период от 1 до 6 месяцев - 14(77,8%) случаев - в группах, прекративших получать антикоагулянты. Т.о., во всех группах тромбозы развивались в основном в первые 3 месяца после стационарного лечения- 13(72,2%) случаев. При развитии тромбозов в течение 6 месяцев- значимой разницы в группах, получивших апиксабан, или сулодексид+АСК -не отмечено, но есть различия между группами, получившими лечение, различное по длительности.

Геморрагические осложнения диагностированы у 1(3,1%) больного - в 1 группе и у 3(9,7%) больных - во 2 группе. Причем, в течение 1-го месяца амбулаторного лечения они зафиксированы по 1(3,1%) случаю- в 1 группе, и 1(3,1%) случаю- во 2 группе. А в период от 1 до 6 месяцев после стационара- 2 (6,2%) случая - во 2 группе. У всех 4 (100%) пациентов- зарегистрированы только малые геморрагические осложнения: умеренная кровоточивость десен и небольшие подкожные гематомы. При появлении этих осложнений, апиксабан заменялся кратковременно на АСК, а потом терапия продолжалась в прежнем объеме. Больших и значимых геморрагических осложнений- не было.

Выводы

Возможность развития ВТЭО у пациентов с тяжелым течением COVID-19, сохраняется до 6 месяцев. Следовательно, у них необходим длительный прием антикоагулянтов.

Кривошеков Евгений Петрович - доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры хирургии с курсом сердечно-сосудистой хирургии ИПО ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России. Тел.: 8-927-688-42-89. E-mail: walker02@mail.ru.



Ельшин Евгений Борисович - кандидат медицинских наук, заведующий приемным отделением стационара, врач-хирург ГБУЗ Самарской области "Самарская городская клиническая больница №8" Тел.: 8-9277-3333-75. E-mail: ebels@mail.ru.

Романов Владислав Евгеньевич – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры хирургических болезней ЧУОО ВО «Медицинский университет «Реавиз». Тел. 8-917-146-88-72. E-mail: romanov@samtfoms.ru.

Киргизбаев Серик Жузбаевич - кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии Школы общей медицины - 2 КазНМУ имени С. Д. Асфендиярова

Посеряев Александр Валентинович – врач-сосудистый хирург отделения сосудистой хирургии ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница». Тел. 8-904-18-82-414 E-mail: 530-doc@mail.ru.

Современный метод лечения венозных трофических язв нижних конечностей

Е.П. Кривощеков¹, Е.Б. Ельшин², В.Е. Романов^{1,3}, С.Ж. Киргизбаев⁴

¹ ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет», Самара, Россия

² ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница №8», Самара, Россия

³ ЧУОО ВО «Медицинский университет «Реавиз», Самара, Россия

⁴ Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г.Алматы, Казахстан

Цель

повышение эффективности лечения больных с венозными трофическими язвами нижних конечностей.

Методы

в проспективное исследование вошло 66 пациентов с венозными трофическими язвами (ВТЯ) нижних конечностей на фоне ХВН, пролеченных в отделениях сосудистой и гнойной хирургии г. Самара в 2022-2023 гг. Женщин- 56 (84,8%), мужчин- 10 (15,2%). Возраст: 50-65 лет. Всем проводили ультразвуковое цветное триплексное сканирование артерий и вен нижних конечностей.

Пациентов разделили на 2 аналогичные группы: 1 группа (сравнения)- 30 (45,5%) больных, 2 (основная) группа– 36 (54,5%).



В 1 группе: назначалось базисное лечение: венотоник (венарус по 1000 мг 1раз в день, курсом 3 месяца), сулодексид (по 600 ЛЕ в сутки в/в, курсом 5-10 суток, а затем в капсулах по 250 ЛЕ 2 раза в сутки, курсом 2месяца), антибиотики, антигистамины, анальгетики, компрессионная терапия 2 класса компрессии, ГБО, физиотерапия (магнит). Местное лечение ВТЯ проводили водорастворимыми мазями.

Во 2 группе: с 1-х суток плюсом назначали тромбовазим по 800 ЕД 2 раза в сутки, курсом 3 недели. А для местного лечения ВТЯ применяли повязки “ВоскоПран” с периодичностью 1 раз в 2-3 суток.

Результаты

Баллы по шкале VCSS (выраженность болевого синдрома): вначале лечения в обеих группах - на одном уровне 28 ± 2 . На 7 сутки: в 1 группе 23 ± 1 балла, во 2 группе 18 ± 1 . На 14 сутки: в 1 группе 18 ± 1 баллов, во 2 группе $9 \pm 0,5$.

Вторая фаза раневого процесса в области ВТЯ: в 1 группе отмечена на 16 ± 2 день, во 2 группе на 10 ± 2 день.

Типы цитогрaмм ВТЯ: вначале лечения в обеих группах- воспалительный $43 \pm 3\%$ и воспалительно-дегенеративный $57 \pm 3\%$. На 14 сутки: в 1 группе- воспалительно-дегенеративный тип $33,8\%$, воспалительный $56,2\%$, регенераторный 10% ; во 2 группе- воспалительно-дегенеративный тип $4,6\%$, воспалительный $21,2\%$, регенераторный $74,2\%$.

Микробный спектр ВТЯ: на 1 сутки в обеих группах -сходный: Staphylococc. aureus $39,3 \pm 3,0\%$, Staphylococc. epidermidis $25,4 \pm 2,2\%$, Enterococcus faecalis $16,1 \pm 1,1\%$, Proteus vulgaris $8,2 \pm 0,6\%$, Proteus mirabilis $5,8 \pm 0,3\%$, Staphylococc. gallinarum $5,2 \pm 0,2\%$. На 14 сутки: в 1 группе- Staphylococc. aureus $25,3\%$, Staphylococc. epidermidis $18,3\%$, Proteus vulgaris $6,2\%$, роста флоры нет $50,2\%$, во 2 группе- Staphylococc. aureus $3,2\%$, Staphylococc. epidermidis $2,6\%$, флоры нет $94,2\%$.

Площадь кожного дефекта ВТЯ: в обеих группах в начале лечения была равной 52 ± 6 см². На 14 сутки: в 1 группе - 34 ± 5 см², во 2 группе - 18 ± 4 см². Продолжительность госпитализации в 1 группе - 18 ± 3 суток, во 2 группе - 12 ± 2 суток.

Выводы

Добавление тромболитика и современных перевязочных материалов к базисной терапии ВТЯ нижних конечностей улучшает клиническую картину достоверно раньше (снижает субъективные симптомы, очищает язву, создает оптимальные условия для ее регенерации) и уменьшает сроки лечения.

Кривощекоев Евгений Петрович - доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры хирургии с курсом сердечно-сосудистой хирургии ИПО ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России. Тел.: 8-927-688-42-89. E-mail: walker02@mail.ru.



Ельшин Евгений Борисович - кандидат медицинских наук, заведующий приемным отделением стационара, врач-хирург ГБУЗ Самарской области "Самарская городская клиническая больница №8" Тел.: 8-9277-3333-75. E-mail: ebels@mail.ru.

Романов Владислав Евгеньевич – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры хирургических болезней ЧУОО ВО «Медицинский университет «Реавиз». Тел. 8-917-146-88-72. E-mail: romanov@samtfoms.ru.

Киргизбаев Серик Жузбаевич - кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии Школы общей медицины - 2 КазНМУ имени С. Д. Асфендиярова

Эффективность различных венотоников в лечении венозных трофических язв

Кривошеков Е.П.¹, Романов В.Е.¹, Ельшин Е.Б.², Посеряев А.В.³, С.Ж. Киргизбаев⁴

¹. ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Самара, Россия

². ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница №8» Самара, Россия

³. ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» Ульяновск, Россия

⁴. Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г.Алматы, Казахстан

Цель

Выбор оптимального метода консервативного лечения трофических язв нижних конечностей.

Методы

В исследование вошли 66 пациентов с венозными трофическими язвами (ВТЯ) нижних конечностей. Женщин- 60 (90,9%), мужчин- 6 (9,1%). Возраст 62±10 лет. Всем было проведено ультразвуковое ангиосканирование артерий и вен нижних конечностей. Все осмотрены ангиохирургом. Принципы современного лечения венозных трофических язв предполагают раннее хирургическое лечение - коррекцию венозной гемодинамики. Однако, данные пациенты отказались от проведения хирургического вмешательства. Поэтому всем проводилось амбулаторное консервативное лечение. Всем пациентам назначалась базисное комплексное лечение, которое включало: венотоник, антибактериальную терапию, Тромбовазим (по 800 мг 2 раза в сутки в течение 21 дня), сеансы ГБО, компрессионную терапию 2 класса компрессии, местную терапию (интерактивные повязки), магнитотерапию. По виду назначаемого венотоника исследуемых разделили на три схожие группы. В 1 группе (n=22) – назначался диосмин



(Вазокет) по 600 мг. в сутки в течение 3-х месяцев. *Во 2 группе (n=22)* - назначался диосмин (Флебодиа 600) по 600 мг. в сутки курсом 3 месяца. *В 3 группе (n=22)* - назначался диосмин (Флебофа) по 600 мг. в сутки курсом 3 месяца.

Результаты

Пациенты осматривались через 2 недели, 4 недели, 2, 3 и 6 месяцев. Динамика тяжести хронической венозной недостаточности определялась у пациентов по шкале VCSS. Изначально у пациентов каждой группы было по 28 ± 2 баллов. *В 1 группе* - боль, чувство тяжести в ногах, гиперемия и отек вокруг трофической язвы купировались через 2 недели у 19(86,4%) пациентов. *Во 2 группе* – через 2 недели уменьшились эти симптомы у 15 человек (68,2%). *В 3 группе* - до 4-х недель сохранялись боли, чувство тяжести в ногах, гиперемия и отек вокруг язвы у 12 человек (54,5%).

Полная эпителизация ВТЯ к концу 1-го месяца в *1 группе* произошла у 9(40,9%) пациентов, значительное уменьшение размеров язвы к концу 2 месяца у 10(45,5%) человек, к концу 3 месяца полная эпителизация – имеется у всех больных. *Во 2 группе* эпителизация язвы к концу 1 месяца произошла у 5(22,7%) пациентов, значительное уменьшение размеров язвы к концу 2 месяца у 8(36,4%) человек, к концу 3 месяца отсутствие полной эпителизации ВТЯ зафиксирована - у 6(27,3%) больных. *В 3 группе* полная эпителизация ВТЯ к концу 1 месяца - отсутствует, значительное уменьшение размеров язвы к концу 2 месяца - у 4(18,2%) человек, к концу 3 месяца отсутствие полной эпителизации ВТЯ зафиксирована - у 17(77,3%) больных.

Рецидив ВТЯ в *1 группе* возник у 1(4,5%) пациента, *во 2 группе* - у 4(18,2%) человек, *в 3 группе* – 7(31,2%) больных. Следует отметить, что рецидивы ВТЯ возникали во всех группах в период 5-6 месяцев от начала лечения.

Выводы

Рациональная фармакотерапия в сочетании с эластической компрессией и местным лечением позволяют повысить эффективность патогенетического и симптоматического лечения ВТЯ нижних конечностей и снизить количество их рецидивов.

Кривощечков Евгений Петрович - доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры хирургии с курсом сердечно-сосудистой хирургии ИПО ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России. Тел.: 8-927-688-42-89. E-mail: walker02@mail.ru.

Романов Владислав Евгеньевич – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры хирургических болезней ЧУОО ВО «Медицинский университет «Реавиз». Тел. 8-917-146-88-72. E-mail: romanov@samtfoms.ru.



Ельшин Евгений Борисович - кандидат медицинских наук, заведующий приемным отделением стационара, врач-хирург ГБУЗ Самарской области «Самарская городская клиническая больница №8»; Тел.: 8-9277-3333-75. E-mail: ebels@mail.ru.

Посеряев Александр Валентинович – врач-сосудистый хирург отделения сосудистой хирургии ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница». Тел. 8-904-18-82-414 E- mail: 530-doc@mail.ru.

Киргизбаев Серик Жузбаевич - кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии Школы общей медицины - 2 КазНМУ имени С. Д. Асфендиярова

The Pelvic Varicose Veins Questionnaire (PVVQ) Score as a Tool to Assess Severity of Pelvic Congestion Syndrome (PCS) and Effectiveness of Embolization of pelvic varicose veins.

Farkhad Adylkhanov ¹, Yevgeniy Mun ²

¹ Astana Medical University, Astana, Kazakhstan

² Multidisciplinary regional hospital 2, Astana, Kazakhstan.

Introduction:

Pelvic Congestion Syndrome (PCS) is a condition characterized by chronic pelvic pain attributed to varicose veins in the pelvis. The lack of standardized tools for assessing the severity of PCS and evaluating treatment outcomes necessitates a reliable and valid measure.

Objective:

To evaluate the effectiveness of the pelvic varicose veins questionnaire (PVVQ) as a tool to assess the severity of PCS and effectiveness of embolization of pelvic varicose veins.

Methods:

From 2020 to 2024, 388 female participants diagnosed with PCS were enrolled. The diagnosis was confirmed using duplex sonography and CT phlebography and selective phlebography of pelvic veins.

Results:

The average PVVQ score significantly decreased from 52 points pre- surgery to 35 points post-surgery ($p < 0.01$). Statistical analysis was done to evaluate the significance of changes. A



paired t-test confirmed the statistical significance of the score reduction ($p < 0.01$). Among the 74 patients who underwent surgery, 71 (96.95%) showed significant improvement. However, 3 patients (4.05%) exhibited no change, with a mean post-surgery score of 49. Among those 3 cases, in 1 case we found recurrence of varicose veins in pelvic area, however in 2 other cases the reason of high score was not clear.

Conclusion:

The PVVQ score is an effective tool for assessing the severity of PCS and evaluating the outcome of pelvic varicose vein embolization. The significant reduction in PVVQ scores post-surgery indicates the efficacy of the procedure, although a subset of patients may require additional check-up to establish the cause of the pain in pelvic area.

1. *Адылханов Фархад Тасболатович (автор ответственный за корреспонденцию),
aft.astana@gmail.com: 87784757052*

2. *Мун Евгений Васильевич, doctor.mun@gmail.com*

ОСЛОЖНЕНИЯ КРИОЛАЗЕРНОЙ СКЛЕРОТЕРАПИИ СО СКЛЕРОТЕРАПИЕЙ ЭТОКСИСКЛЕРОЛОМ

Миронова А.В.¹, Ибрагимов Д.Р.^{1,2}, Хафизов А.Р.¹, Олейник Б.А.^{1,2}, Минигалиева Э.Р.¹

¹ Клиника современной флебологии, Уфа, Россия

² ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

Актуальность.

Методика CLACS является одной из наиболее безопасных методов лечения неэстетичных вен. Растущее количество подобных процедур и отсутствие единого протокола в условиях ограниченного доступа к ряду лекарственных препаратов в Российской Федерации актуализируют проблему разработки аналогичных методов изучения их эффективности.

Цель.

Провести анализ эффективности, безопасности и возможных осложнений криолазерной склеротерапии этоксисклеролом 0,5%.



Материалы и методы.

За 2019–2023 года выполнено 1435 различных процедур на длинноимпульсном неодимовом лазере Cutera XEO. Включено 320 пациентов с жалобами на телеангиоэктазии и неэстетичные ретикулярные вены нижних конечностях (C1 по классификации CEAP). Пациентам выполнена процедура криолазерная склеротерапия этоксисклеролом 0,5% с помощью длинноимпульсного неодимового лазера Cutera XEO 1064 нм по протоколу: чрескожная лазерная коагуляция (Nd:YAG 1064 нм, 5-7 мм, 15 мс, 70 Дж/см²), склеротерапия этоксисклеролом 0,5% с раствором глюкозы 40% и охлаждением криокулером. Производилась фотодокументация до и после процедуры. Расстояние между последовательным воздействием луча 0,3–0,5 см. В 200 случаях процедура проводилась впервые. Контрольные осмотры через 1–3 месяца.

Результаты.

После проведения криолазерной склеротерапии этоксисклеролом мы получили положительный клинический эффект с первой же процедуры. Через месяц после процедуры на осмотре 120 пациентам проводилась повторная процедура криолазерной склеротерапии. Гиперпигментация была выявлена у 3-х пациентов на бедре и в подколенной области у 2х пациентов. Метинг через 1 месяц был выявлен в 51 случае.

В 1,6% случаев возникло осложнение – поверхностный некроз. Пять пациентов обратились на повторный осмотр на 2–3 неделю с жалобами на локальное покраснение и боль в зоне воздействия. Единичная локальная область с образованием поверхностного некроза. У 4-х пациентов поверхностный некроз образовался на поверхности нижней трети лодыжки, у одного пациента в подколенной области. В 3-х случаях пациентам выполнялась процедура с криолазерной обработкой ретикулярной вены с использованием неодимового луча пятном 7мм. Кожный дефект ко 2-й неделе после процедуры в диаметре составляли 5–12 мм, с неровными контурами, некротическим венцом, отёчностью и гиперемией в диаметре 10–20 мм, грануляционной тканью в центре.

Всем пациентам с образовавшимся поверхностным некрозом назначалась местная консервативная терапия и контрольные осмотры каждую неделю до полного заживления кожного дефекта. Через 2–3 месяца консервативной терапии участки некроза разрешались полностью, рубцы не образовывались.

Выводы

Метод криолазерной склеротерапии этоксисклеролом в большинстве случаев не сопровождается серьезными осложнениями и показала себя как высокоэффективное средство в удалении телеангиоэктазий и неэстетичных ретикулярных вен нижних конечностей. К причинам возникших осложнений можно отнести работа в области ретикулярных вен на кольце лазера размером 7мм, возможно двойное воздействие лазером по одной области за один сеанс, коагуляция в областях с меньшим количеством



подкожно жировой клетчатки (подколенная область, область голени), а также использование этоксисклерола 0,5% после обработки методом криолазерной коагуляции. Для недопущения возможных осложнений необходимо соблюсти основные условия методики (точные параметры, охлаждение и визуализация).

Миронова Анна Васильевна 89026460802 annashestakova1994@mail.ru

Ибрагимов Денис Радикович 89174151795 ezikkk@icloud.com

Хафизов Азата Рафитович

Олейник Богдан Александрович

Минигалиева Эльвира Рашитовна 89270835325 elvirenka@yandex.ru

ФАКТОРЫ РИСКА И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВТЭО У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Беспаев А.Т., Турсынбаев С.Е., Сапарбаев Р.А., Кыргызбаев С.Ж., Жунусов Т.Ш., Алдакешов Д.Ж., Шокаев А., Адильбек А.А.
(КРМУ, КазНМУ, ЦГКБ г. Алматы Казахстан)

Тромбоз глубоких вен нижних конечностей и связанная с ним тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) представляют серьезную проблему современного здравоохранения. Массивная ТЭЛА является одной из частых причин смертности. У выживших больных развивается тяжелая гипертензия малого круга кровообращения с прогрессирующей сердечно-легочной недостаточностью. Распространенный тромбоз глубоких вен нижних конечностей и таза приводит к развитию посттромбофлебитической болезни, вплоть до развития трофических язв, что существенно снижает трудоспособность и качество жизни пациентов. Более 25% случаев тромбоз глубоких вен и ТЭЛА непосредственно связаны с различными хирургическими вмешательствами.

Степень риска увеличивается с возрастом, при ожирении, злокачественных новообразованиях, тромбоз глубоких вен и ТЭЛА в анамнезе. Также имеют значение характер лечебных мероприятий (продолжительность операции, тип анестезии), сопутствующая патология – при нарушении мозгового кровообращения тромбоз глубоких вен возникает в 56% случаев.



Цель работы

Профилактика развития опасных для жизни пациента и функции конечности осложнений.

Материалы и методы

За 2016-24 годы в отделении сосудистой хирургии ЦГКБ находились на стационарном лечении 3092 больных с тромбозами венозных сосудов в системе верхней полую и нижней полую вены. Из них у 128 (4,2%) беременных женщин выявлены острые тромбозы подвздошно-бедренного сегмента и варикотромбофлебиты нижних конечностей. Сроки от начала заболевания до госпитализации составляли от 2 до 7 дней.

Возраст больных от 28 до 74 лет. Из них илеофemorальный венозный тромбоз - 1236(39,9%), тромбоз глубоких вен верхних конечностей – 24(0,8%), варикотромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей - 1832 (59,2%).

Все больные имели в той или иной степени выраженные сопутствующие патологии. Артериальная гипертензия - 390(12,6%), ИБС - 355(11,4%), Сахарный диабет - 165(5,3%), НМК в анамнезе - 66(2,2%). При наличии флотирующего тромба глубоких вен и при восходящем варикотромбофлебите поверхностных вен нижних конечностей применялись оперативное лечение по экстренным показаниям. Выполнены следующие виды оперативных вмешательств: Кроссэктомия выполнено 595(19,2%) больным. Установка кава-фильтра в нижнюю полую вену – 20(0,6%), внутрисосудистый тромболизис – 2(0,06%), пликация вены – 376(12,16%). Флебэктомия выполнено – 982(31,75%). Консервативное лечение проведено у – 1115 (36,06%) пациентов. Летальность среди больных поступивших с диагнозом тромбоз глубоких вен - 2(0,06%). В настоящее время средства для проведения профилактики выбирают в зависимости от степени риска развития ВТЭО и опасности кровотечения. В каждом лечебном учреждении целесообразно иметь протокол профилактики, основанный на международных рекомендациях и рекомендациях Казахстанского консенсуса от 2006 г.

Профилактику развития тромбоза начинают с простейших мер как ранние движения после операции, использования так называемого «компрессионного трикотажа». Медикаментозные меры профилактики включают в себя введение в предоперационном периоде антикоагулянтов прямого действия и непрямого действия в сроки и в зависимости от степени тяжести оперативного вмешательства.

Выводы

Профилактика ВТЭО должна носить индивидуальный и комплексный характер. Основным неинвазивным методом диагностики при бессимптомном течении тромбоза глубоких вен является дуплексное сканирование позволяющее выявить тромбоз в венозной системе на этапе предоперационного обследования и послеоперационном периоде. Ранняя диагностика ВТЭО позволяет своевременно осуществлять комплексную



ангиохирургическую профилактику ТЭЛА. При эмболоопасном тромбозе глубоких вен необходимы меры профилактики как пликация вен и имплантация временного кава-фильтра.

PELVIC VENOUS DISORDERS ULTRASOUND DIAGNOSIS

Aidashova B.B. ¹, Kospanov N.A. ², Egemberdiyev T.Zh. ², Bildebekov Ye.A. ³, Kirgizbayev S.Zh. ²

¹ - al-Farabi Kazakh National University

² - Asfendiyarov Kazakh National Medical University

³ - Sema Almaty Hospital

Objective.

is to study the capabilities of ultrasound in diagnosing incompetence of the ovarian and iliac veins among women.

Methods.

We observed 130 women aged from 18 to 50 years (average age - 34.7 years) who were suspected to have pelvic vein disorders. We didn't include women in general severe condition, those with pelvic cancer, severe chronic heart and lung diseases, a history of deep vein thrombosis, high VTE risk (9 points by the Caprini scale), pregnancy and a period of 6 months after delivery, obvious another cause of pain (severe endometriosis, severe pelvic inflammatory diseases, urological diseases, gastrointestinal diseases, etc). Patients were questioned to identify symptoms of chronic pelvic pain (CPP), consulted by a gynecologist, phlebologist and examined by routine ultrasound of the pelvic organs, pelvic vein duplex ultrasound by Holdstock-Harrison protocol (PevDUS), routine lower limb duplex ultrasound (LLDUS).

PevDUS was performed transabdominally, transvaginally and translabially, in a semi-sitting position, at an angle of 45 degrees, or standing. The direction of blood flow and functional tests were assessed.

Results.

Ninety-two (71%) women had PeVD symptoms, and 38 (29%) were asymptomatic. The most common manifestations of PevD were: atypical varicose veins of the lower extremities (in 96 cases), CPP (in 56 cases) and postcoital pain (in 50 women). Other symptoms included: dyspareunia (31), dysmenorrhea (31), hemorrhoids (27), varicose veins and venous pain in the vulva and perineum (25). Recurrent pain in the left side occurred in only 2 women. According



to the results of PevDUS, the patients were distributed as follows: compression of the left renal vein was detected in 4 (3.1%), incompetence of the left ovarian vein - in 61 (46.9%), incompetence of the right ovarian vein - in 11 (8.5%), incompetence of both ovarian veins - in 7 (5.4%), incompetence of the internal iliac veins (IIV) - in 8 (6.2%), a combination of ovarian vein incompetence and IIV – in 5 (3.8%) women. No iliac vein compression syndrome was observed. X-ray venography was performed in 41 women with CPP. PevDUS data were confirmed in 39 (95.1%) cases. In 2 patients phlebography revealed May-Turner syndrome.

Conclusions.

The PeVDUS is an inexpensive, safe, sensitive method for PeVD diagnosing.

Поверхностный управляемый медикаментозный сон при хирургическом лечении варикозной болезни нижних конечностей

Зокирхонов Ш.Д., Темиров С.Н., Махмудов О.А., Анаркулов О.А.

Клиника современной флебологии Phlebolife, Ташкент, Узбекистан

Во время эндовенозных термических операций при варикозной болезни вен обычно применяется тумесцентная анестезия с использованием раствора Кляйна без внутривенной седации. В большинстве случаев анестезия переносится без каких-либо проблем, но бывают случаи, когда пациенты страдают фобией на инъекции или испытывают сильный стресс перед медицинскими вмешательствами. В таких случаях использование седации помогает облегчить стрессовые ситуации у пациентов и с легкостью провести процедуру.

Целью данного исследования, является использование современных анестетиков для медикаментозного сна (седации) во время эндовенозных термических операциях при варикозной болезни нижних конечностей.

Материалы:

За период с 2020 по 2023 годы 12 пациентам с варикозной болезнью при выполнении эндовенозных лазерных операций (ЭВЛО) применялся поверхностный управляемый медикаментозный сон с использованием препарата пропофол, основным показанием был сильный стресс перед медицинским вмешательством. Из 12 больных, 10 пациентам ЭВЛО с минифлебэктомией выполнено на одной нижней конечности, 2-м пациентам на двух, среднее время процедуры занимало около 30 минут. Возраст пациентов варьировал



от 35 до 55 лет, из них 4 были женщины, 8 – мужчин. Седация проводилась опытным анестезиологом, который обеспечивал седативное состояние пациента с сохранением его сознания. Анестетик вводился внутривенно медленно капельно, не болюсно, с расчетом мг/кг веса пациента и учета его возраста, согласно инструкции препарата. Седация проводилась под контролем АД, ЧСС и дыхания, с использованием кардиомонитора и наличием кислорода в операционной.

Результаты

В период проведения операции на фоне седации с сохранением сознания пациента, наблюдали полное исчезновение стрессового состояния, отмечалась не большая спутанность сознания, но пациент был адекватный, входил в контакт и беседу. При сохранении болевой и тактильной чувствительности больные особо физически и эмоционально не реагировали на боль. Все 12 процедур прошли успешно, каких-либо гемодинамических или дыхательных изменений не наблюдалось, кислород не использовался. После окончания операции и надевания компрессионного чулка, все пациенты сразу же самостоятельно вставали со стола и выходили из операционной комнаты и в течение 30 минут находились под наблюдением в клинике, в положении активной ходьбы.

Выводы

Сильный стресс перед медицинскими вмешательствами иногда является серьезным препятствием для проведения операций и процедур, использование седации с сохранением сознания является безопасным и позволяет вывести пациента из стрессового состояния, с легкостью провести операцию и быстро активизировать пациента, что очень важно во флебологии для избежания тромбоэмболических осложнений после ЭВЛО.

Зокирхонов Шахзод Дилшод угли, +998 90 174 17 90, angio.shahzod@gmail.com

Темиров Суръат Нематиллаевич, +998 90 805 14 40, temirovs@gmail.com

Махмудов Омонулла Асаттуллаевич, +998 94 644 58 05, phlebolife@gmail.com

Анаркулов Отабек Ачилович +998 90 186 50 22, anarkulovya@gmail.com



Анализ клинической эффективности консервативного лечения трофических язв у больных с хронической венозной недостаточностью после эндовенозной лазерной абляции.

Чиналиев А.М.¹, Султаналиев Т.А.¹, Чиналиева Г.Б.², Сагандыков И.Н.¹, Хасенов Д.Т.¹, Даумен А.А.¹, Кенжин А.Т.¹, Касымов М.А.¹, Шэймерден Е.М.¹

¹ ТОО «Национальный Научный Онкологический Центр», центр интервенционной рентгенхирургии г. Астана, Казахстан;

² Клиника эстетической хирургии TulipMedicine

Актуальность

Согласно Национальной венозной программе скрининга (National Venous Screening Program), около 2% населения мира страдают венозными трофическими язвами (ВТЯ), в 70% случаев локализуясь на нижних конечностях. В 50% случаев в качестве этиологического фактора в образовании трофических язв выступает хроническая венозная недостаточность, в 10% случаев — артериальная недостаточность, в 20% — случаев венозная и артериальная недостаточность одновременно, в 20% случаев — другие этиологические факторы.

Согласно данным Европейского форума дерматологов, около 50% пролеченных трофических язв заживают в течение 4 мес, около 20% в течение 2 лет не поддаются заживлению, а 8% не эпителизируются в течение 5 лет, в 3—15% случаев возникают рецидивы.

Лечение венозных трофических язв — крайне сложный процесс как для пациента, так и для практикующего врача, требующий огромных финансовых и трудовых затрат и нередко заканчивающийся отрицательным результатом. С учетом вышесказанного необходимо обобщить имеющиеся данные о венозных трофических язвах, что поможет улучшить результаты лечения.

Цель

Анализ клинической эффективности консервативного лечения трофических язв после эндовенозной лазерной коагуляцией и соблюдения схемы лечения больных ХВН.

Материалы и методы:

Проведен анализ результатов лечения 75 пациентов ХВН за 2021-2023 года. Мужчин – 24, женщин – 51, что соответствует соотношению 1:2 по мировой статистике. Возраст



колебался от 40 до 78 лет, средний возраст составил 59 лет. В исследование были включены пациенты с клиническими классами C5-C6 CEAP: C5 - 76% (n=57), C6 – 24 % (n=18) после эндовенозной лазерной коагуляцией (ЭВЛК), с продолженной консервативной терапией, которая продолжалась в среднем 90 ± 4 дня. Пациенты посещали врача 24 раза: 2 раза в неделю. При первом посещении были собраны клинические данные и результаты обследования, назначена консервативная терапия, даны рекомендации по дальнейшему лечению раны. Компрессионная терапия проводилась всем 75 (100%) пациентам. При последующих визитах клинические данные оценивались с течением времени и проводилось анкетирование по приверженности к лечению.

Результаты

По данным анализа: ежедневное ношение компрессионного белья: при втором посещении V2 - только у 67 пациентов (90,0%), V3 - у 52 пациентов (70%); ношение компрессионного белья с утра до вечера: V2 - 60 пациентов (80,0%), V3 - 36 пациентов (48%). Респонденты отметили, что стали реже носить компрессионное белье на фоне облегчения состояния и регресса субъективной симптоматики. Многие мужчины предпочитали носить гольфы вместо чулок. Уменьшение субъективных и объективных симптомов наблюдалось у всех пациентов. В группе, где соблюдались правила ношения трикотажа, практически отсутствовал болевой синдром, ощущение тяжести и отечности, а также отмечалось быстрое заживление трофической язвы. У больных, не соблюдавших рекомендованную схему компрессионного лечения, пропускавших перевязки, отмечалось уменьшение чувства тяжести и дискомфорта, однако отек регрессировал незначительно, а заживление ран продолжалось более 3 месяцев.

Заключение:

Пациенты с ХВН после эндовенозной лазерной коагуляцией не соблюдают указанные режимы ношения медицинского компрессионного белья, нарушают перевязочный режим и обращаются к врачу, что причиняет некоторый дискомфорт самим пациентам и приводит к минимальной эффективности терапии. Нарушение режима лечения должно находиться в зоне особого внимания лечащих врачей. Для улучшения результатов лечения важно обучать пациентов на всех этапах лечения, обсуждать варианты лечения при каждом посещении.

Чиналиев Азат Мырзабаевич – магистр медицины, докторант PhD, руководитель центра интервенционной рентгенхирургии, orcid.org/0000-0002-7142-6194;

e-mail: medicinaastana@gmail.com Телефон: +77057113694



Анализ эндоваскулярного лечения синдрома тазового полнокровия

Чиналиев А.М.¹, Султаналиев Т.А.¹, Чиналиева Г.Б.², Сагандыков И.Н.¹, Хасенов Д.Т.¹.

¹ ТОО «Национальный Научный Онкологический Центр», центр интервенционной рентгенхирургии г. Астана, Казахстан;

² Клиника эстетической хирургии TulipMedicine

Введение:

Тазовая венозная недостаточность (ТВН), также известная как синдром тазового полнокровия, представляет собой широко распространенное состояние среди женщин, встречаемое, согласно литературным данным, у 20–43% пациенток. Этот гемодинамический феномен обычно обусловлен нарушением оттока венозной крови или избыточным расширением основных венозных притоков в пределах малого таза. В результате данного патофизиологического процесса происходит перегрузка емкостных венозных сосудов малого таза, в основном параметрических и перивагинальных венозных сплетений, что вызывает так называемые венозные утечки из малого таза и вульво-промежностный варикоз.

Цель:

анализ клинической эффективности транскатетерной эмболизации у женщин, страдающих хронической тазовой болью и варикозным расширением вен малого таза, обусловленными синдромом тазового полнокровия.

Материалы и методы:

Исследуемая популяция включала 97 женщин (средний возраст 38 ± 11 лет), пролеченных в условиях интервенционной радиологии с марта 2020г. по апрель 2024г. с синдромом тазового полнокровия (60; 61,8%) или сочетанием обоих симптомов (37; 38,1%). Всем пациенткам до операции проведено УЗИ органов малого таза, трансвагинальная доплерография и МРТ на основании которых выявили варикозную трансформацию и несостоятельность тазовых вен у 81 (83,5%) пациенток. У всех пациенток при селективной катетеризации выявлено полнокровие маточных вен, полнокровие яичникового сплетения или наполнение тазовых вен. Пациенты наблюдались через 1, 6 и 12 месяцев, систематически посещая кабинет ангиохирурга и интервенционного радиолога центра.

Всем пациентам была проведена эмболизация с использованием эмболизирующего агента Lauromacrogolum 400 - 3% и спиралей (PC400, Azur).

Результаты:



Исходный технический успех составил 100% при эмболизации патологических вен малого таза. В целом 65(67,1%) пациентов посетили контрольные визиты через 12 месяцев, а 32 (32,9%) пациентов завершили опрос по телефону. Основная тазовая боль значительно уменьшилась с 6,9 ($\pm 2,4$) до эмболизации до 2,0 ($\pm 2,4$) после эмболизации ($p < 0,001$), как и специфические симптомы в каждой категории. Улучшение или исчезновение болевого синдрома достигнуто у 90/97 (92,78%) больных, улучшение качества жизни у 95/97 (97,93%) пациентов. В ходе наблюдения было зарегистрировано 22 незначительных и 4 серьезных нежелательных явления.

Заключение:

эндоваскулярная эмболизация тазовых вен доказала свою эффективность и безопасность, значительно улучшая клинические результаты и качество жизни пациентов. Тем не менее, для более полного понимания долгосрочных результатов данной процедуры необходимо проведение дальнейших многоцентровых исследований.

*Чиналиев Азат Мырзабаевич – руководитель эндоваскулярной рентгенхирургии
ТОО «Национального Научного Онкологического Центра» г. Астана, Казахстан*

телефон: +7 705 711 36 94 email: medicina-astana@mail.ru

Эффективность применения компрессионного трикотажа после вмешательств на поверхностных венах

Чиналиев А.М.¹, Султаналиев Т.А.¹, Чиналиева Г.Б.², Сагандыков И.Н.¹, Хасенов Д.Т.¹, Даумен А.А.¹, Кенжин А.Т.¹, Касымов М.А.¹, Шэймерден Е.М.¹

¹ ТОО «Национальный Научный Онкологический Центр», центр интервенционной рентгенхирургии г. Астана, Казахстан;

² Клиника эстетической хирургии TulipMedicine

Актуальность:

Медицинские компрессионные изделия (МКИ) являются основным элементом лечения в послеоперационном периоде после вмешательств на поверхностных венах, таких как склеротерапия, эндовенозная лазерная абляция и хирургическое удаление варикозных вен. Это помогает уменьшить отек, улучшить кровоток и снизить риск тромбообразования в послеоперационном периоде.



Цель:

Оценка клинической эффективности применения МКИ после вмешательств на поверхностных венах и оценка соблюдения режима лечения пациентами с ХВН в условиях одного стационара (ННОЦ).

Материалы и методы:

Проанализированы результаты лечения 180 пациентов с ХВН перенесших вмешательства на поверхностных венах за 2023 г. Консервативное лечение трикотажем продолжалось в среднем $90,2 \pm 3$ дня. Пациенты посещали врача 3 раза: 1-ый исходный визит (V1) в день вмешательства, 2-ой визит (V2) через 1 месяц, 3-ий визит (V3) через 3 месяца. На V1 производился сбор клинических данных и результатов обследований, назначалось МКИ и проводился инструктаж по правилам ношения и ухода. На V2 и V3 оценивались клинические данные в динамике и проводилось анкетирование о соблюдении режима лечения и ношение МКИ.

Респонденты отмечали, что стали носить МКИ реже на фоне облегчения состояния и регрессирования субъективной симптоматики. Снижение субъективной и объективной симптоматики наблюдалось у всех пациентов. В группе, где соблюдались правила ношения трикотажа (137 пациентов), болевой синдром, чувство тяжести и отеки практически отсутствовали. Пациенты, не соблюдавшие рекомендуемый режим компрессионного лечения (43 пациента) отмечали уменьшение чувства тяжести и дискомфорта, но боли и отеки регрессировали незначительно.

Выводы:

Пациенты склонны снижать частоту использования МКИ на фоне облегчения состояния и регрессии симптомов. Это подчеркивает важность постоянного мониторинга и мотивации пациентов к соблюдению рекомендуемого режима лечения даже при улучшении состояния. Необходимо уделить внимание образованию пациентов о важности регулярного использования МКИ для поддержания достигнутых результатов и предотвращения рецидивов. Данный анализ подтверждает эффективность компрессионного трикотажа в лечении ХВН после вмешательств на поверхностных венах и подчеркивает значимость соблюдения рекомендуемого режима лечения для достижения наилучших результатов.

*Чиналиев Азат Мырзабаевич – руководитель эндоваскулярной рентгенхирургии
ТОО «Национального Научного Онкологического Центра» г. Астана, Казахстан*

телефон: +7 705 711 36 94 email: medicina-astana@mail.ru



Вальвулопластические операции в лечении декомпенсированной варикозной болезни

Республика Казахстан, город Алматы

Казахский Национальный медицинский университет С.Д.Асфендиарова

Турсынбаев С.Е., Сапарбаев Р.А., Киргизбаев С.Ж, Мухаметова Н.Д.,

Ключевые слова:

варикозная болезнь, декомпенсация, хроническая венозная недостаточность

Актуальность:

Актуальность проблемы варикозной болезни (ВБ) обусловлена увеличением ее частоты до 40,0%, стабильно высоким уровнем рецидивов и большим количеством осложненных форм заболевания [1,2] Как установлено, факторами риска приводящие к рецидиву и к декомпенсации варикозной болезни по данным некоторых исследователей являются преклонный возраст. В 55 лет заболевание встречается в 6-10 раз чаще, чем в возрасте 30 лет. Повышение индекса массы тела ($\geq 30 \text{ кг / м}^2$), длительные ортостатические нагрузки, связанные с условиями работы. Однако в последнее время проявление варикозной болезни нередко наблюдаются и у молодых людей, даже у подростков [1,3,5,7]. Доказано, что нарушение оттока крови при варикозной болезни развиваются по тем сосудистым руслам, где имеются функциональная или анатомическая неполноценность венозных клапанов [1.2.3.6.8].

Многие исследователи считают, что нарушение оттока крови по глубокой венозной системе развивающаяся в следствии функциональной недостаточности венозных клапанов, часто становятся причиной прогрессирования и рецидива варикозной болезни. В связи с этим, во многих клиниках стран начали разрабатывать и внедрят различные методы вальвулопластических операции.

В начале 90-х годов, и в нашей многопрофильной клинике г.Алматы под руководством профессора Султаналиева Т.А. были разработаны и внедрены два метода вальвулопластических операции с применением твердой мозговой оболочки (ТМО) и по разработанными методами были прооперированы более 120 больных. Спустя 25-30 лет нами было решено проанализировать отдаленные результаты клапан-восстанавливающих операций в хирургическом лечении варикозной болезни в клинической стадии С4-С6.

Цель работы:

изучить отдаленные результаты вальвулопластических операций у пациентов с функциональной недостаточностью клапанов глубоких магистральных вен в хирургическом лечении декомпенсированной С4-С6 клинической стадии варикозной



болезни

Материалы и методы исследования:

нами проведен ретроспективный анализ 123 историй болезней пациентов, получивших лечение в отделении сосудистой хирургии ЦГКБ г.Алматы. Все пациенты госпитализированы в плановом порядке в декомпенсированной С4-С6 клинических стадиях варикозной болезни и по данным УЗИ у всех пациентов были подозрения на функциональную недостаточность клапанов глубоких магистральных вен. Всем госпитализированным больным как, окончательная предоперационная диагностика, проведены флебографические исследования. Из них, 78 больным ретроградная бедренная флебография, 30 больным дополнительно выполнено ретроградная подколенная флебография и в 15 случаях- восходящая флебография методом катетеризации вены стопы.

Всем 123 госпитализированным больным выполнены 127 вальвулопластических операций. Кроме вальвулопластических операций, 125 больным одновременно производились операции на поверхностной венозной системе и при необходимости выполнялись операции на перфорантных венах. Из 127 вальвулопластических операций, в 103 случаях произведена коррекция несостоятельных клапанов глубоких вен бедренно-подколенного сегмента. В 99 случаях была произведена коррекция только клапанов бедренной вены, а в 4 х случаях коррекция клапанов бедренной вены в сочетании с коррекцией клапанов подколенной вены. Одному пациенту произведена одновременная коррекция клапана бедренной вены и остиального клапана большой подкожной вены. Из всех оперированных больных в 9 случаях выполнена коррекция двух рядом лежащих клапанов бедренной вены с применением лоскута ТМО по отдельности. В 3- случаях первым этапом выполнена коррекция клапана бедренной вены и вторым этапом коррекция клапана подколенной вены.

Обсуждение и результаты.

Отдаленные результаты изучены через 25-30 лет после хирургического лечения. Из всех прооперированных пациентов, смогли провести контрольный осмотр и анкетирование всего 46 (37,4%) больным из 123 (100%) прооперированных больных, так как с остальными пациентами связаться не удалось по разным причинам (смерть, отъезд в другой город, страну). Основным критерием оценки являлся клинический метод определения тяжести проявлений болезни. Как показали наши исследования и по сообщениям других исследователей при рефлюксе крови по глубоким венам, степень тяжести клинического проявления варикозной болезни, сопоставимы с тяжестью посттромбофлебетической болезни. С учетом этого, в качестве оценки эффективности послеоперационного лечения использовали шкалу Villalta и систему оценки тяжести заболевания вен (VSS), состоящая из трех шкал: шкалы оценки нетрудоспособности (VDS), шкалу патологии венозных сегментов (VSDS) и шкалу клинической тяжести заболевания



(VCSS) которая была предложена специальным комитетом Американского Венозного Форума в 2000 году, Согласно клинической шкале тяжести заболевания улучшение отмечено у 44 пациентах (95,65%) оперированных больных, у 2 (4,35%)больных с анатомической не полноценностью клапанов, проведенная операция не дало положительного эффекта.

Послеоперационная эффективность и функциональное состояние коррегированных клапанов оценивали на основании данных ультразвукового дуплексного ангиосканирования.

Из 123 пациентов обследовано 46 пациентов, перенесших экстравазальную коррекцию несостоятельных клапанов глубоких вен бедра и голени твердой мозговой оболочкой провели контрольную УЗАС вен с зоной оперативного вмешательства. Независимо от срока выполнения операции, из всех обследованных, помимо больных с анатомической не полноценностью клапанов, ни в одном случае картины рефлюкса крови тем самым и недостаточности функции корригированных клапанов не выявлено.

Выводы: 1. По данным УЗИ и флебографии, у всех пациентов, планово госпитализированных в 90-х годах с С4-С6 клинической стадией варикозной болезни выявлен вертикальный рефлюкс по глубоким венам нижних конечностей. Из них, функциональная несостоятельность клапанов выявлена в 121 случаях, а анатомическая - в 2-х случаях.

2. В отдаленном периоде, Из 46 больных обследованных по УЗИ, помимо 2 больных с анатомической не полноценностью клапанов, ни в одном случае рефлюкс венозной крови и рецидив недостаточности функции корригированных клапанов не выявлено.

3. Строго при С4-С6 клинических стадиях варикозной болезни с вертикальным рефлюксом крови по глубоким венам, связанная с функциональной несостоятельностью клапанов, выполнение вальвулопластических операций считаем оправданными.

4. Согласно клинической шкале улучшение тяжести заболевания отмечено у 44 (95,65%) больных оперированных по поводу функционального нарушения клапанов, а у 2 (4,35%)больных с анатомической не полноценностью клапанов, проведенная операция не дало положительного эффекта.

1- Сосудистая хирургия. Национальное руководство. Савельев В.С., Кириенко А.И., 1996

2- Веденский А.Н. Особенности кровотока и функции венозных клапанов в нижних конечностях // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. -№6.- 1989.- с.40-43.

3- Султаналиев Т.А., Турсынбаев С.Е Этиопатогенетические аспекты хирургического лечения декомпенсированной формы варикозной болезни. Клиницист, 1995, № 2, с.71-73

4- <https://cyberleninka.ru/article/n/miniflebektomiya-v-hirurgicheskom-lechenii-varikoznoy-bolezni-nizhnih-konechnostey/viewer>



5- Таенгсакул Н. Факторы риска и лечение хронических заболеваний вен у тайских пациентов. Управление рисками для здоровья Vasc. 30 августа 2022 г.;18:667-676. doi: 10.2147/VHRM.S382726. PMID: 36065282; PMCID: PMC9440698.

6- Паппас Пи Джей, Лал Б.К., Сервейра Джей Джей, Падберг ФУТ младший, Дюран ВН. Причины тяжелой хронической венозной недостаточности. Semin Vasc Surg. 2005, март;18(1):30-5. doi: 10.1053/j.semvascsurg.2004.12.009. Идентификационный номер: 15791551.

7- Бонкемейер Миллан С., Ган Р., Таунсенд П.Э. Венозные язвы: диагностика и лечение. Я семейный врач. 1 сентября 2019 г.;100(5):298-305. Идентификационный номер: 31478635.

8- Гоэль Р.Р., Харди С.К., Браун Т. Хирургия глубокой венозной недостаточности. Система базы данных Кокрейна обновлена 30 сентября 2021 года;9(9):CD001097. doi: 10.1002/14651858.CD001097.pub4. PMID: 34591328; PMCID: PMC8483065.

9- Сосудистая хирургия. Национальное руководство. Савельев В.С., Кириенко А.И., 1996

10- Веденский А.Н. Особенности кровотока и функции венозных клапанов в нижних конечностях // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. -№6.- 1989.- с.40-43.

11- Султаналиев Т.А., Турсынбаев С.Е Этиопатогенетические аспекты хирургического лечения декомпенсированной формы варикозной болезни. Клиницист, 1995, № 2, с.71-73

12- <https://cyberleninka.ru/article/n/miniflebektomiya-v-hirurgicheskom-lechenii-varikoznoy-bolezni-nizhnih-konechnostey/viewer>

13- Таенгсакул Н. Факторы риска и лечение хронических заболеваний вен у тайских пациентов. Управление рисками для здоровья Vasc. 30 августа 2022 г.;18:667-676. doi: 10.2147/VHRM.S382726. PMID: 36065282; PMCID: PMC9440698.

14- Паппас Пи Джей, Лал Б.К., Сервейра Джей Джей, Падберг ФУТ младший, Дюран ВН. Причины тяжелой хронической венозной недостаточности. Semin Vasc Surg. 2005, март;18(1):30-5. doi: 10.1053/j.semvascsurg.2004.12.009. Идентификационный номер: 15791551.

15- Бонкемейер Миллан С., Ган Р., Таунсенд П.Э. Венозные язвы: диагностика и лечение. Я семейный врач. 1 сентября 2019 г.;100(5):298-305. Идентификационный номер: 31478635.

16- Гоэль Р.Р., Харди С.К., Браун Т. Хирургия глубокой венозной недостаточности. Система базы данных Кокрейна обновлена 30 сентября 2021 года;9(9):CD001097. doi: 10.1002/14651858.CD001097.pub4. PMID: 34591328; PMCID: PMC8483065.



АВТОРЫ

Турсынбаев С.Е., Сапарбаев Р.А., Киргизбаев С.Ж., Балтабай Р.Е., Байғұлов А.Б.

Султаналиев Т.А., Сагандыков И.Н., Сабырұлы Д., Еркинов Е.Т.

Құрманәліұлы Нургазы, Аширов Б.О., Шапшанбаев Д.Т., Сансызбаев Қ.Б.

Головятенко Артём Сергеевич, Mazaishvili Konstantin

Росуховский, Дмитрий, Александрович

Умаров Ф.Р., Сайимов Ф.Я., Искандаров М.Р.

Келимбетов Рустамбек Мамашарифович

Коспанов Н.А., Төлеген А.И., Жолдасов О.Е., Қалымбетов Б.С.

Келимбетов Рустамбек Мамашарифович

Корейба К.А., Минабутдинов А.Р., Кривощеков Е.П., С.Ж. Киргизбаев

Кривощеков Е.П., Ельшин Е.Б., Романов В.Е., С.Ж. Киргизбаев, Посеряев А.В.

Farkhad Adylkhanov, Yevgeniy Mun

Миронова А.В., Ибрагимов Д.Р., Хафизов А.Р., Олейник Б.А., Минигалиева Э.Р.

Беспаяев А.Т., Турсынбаев С.Е., Сапарбаев Р.А., Кыргызбаев С.Ж., Жунусов Т.Ш., Алдакешов Д.Ж., Шокаев А., Адильбек А.А.

Aidashova B.B., Kospanov N.A., Egemberdiyev T.Zh., Bildebekov Ye.A., Kirgizbayev S.Zh.

Зокирхонов Ш.Д., Темиров С.Н., Махмудов О.А., Анаркулов О.А.

Чиналиев А.М., Султаналиев Т.А., Чиналиева Г.Б., Сагандыков И.Н., Хасенов Д.Т., Даумен А.А., Кенжин А.Т., Касымов М.А., Шэймерден Е.М.

Турсынбаев С.Е., Сапарбаев Р.А., Киргизбаев С.Ж., Мухаметова Н.Д.,

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Организатор



IV КВФ

ҚАЗАҚСТАН ВЕНОЗДЫҚ ФОРУМЫ

КАЗАХСТАНСКИЙ ВЕНОЗНЫЙ ФОРУМ

KAZAKHSTAN VENOUS FORUM

НАША МИССИЯ

Миссией Казахского Общества Флебологии является медицинская, научно-исследовательская, научно-образовательная, просветительская деятельность в сфере флебологии, развития флебологической науки, медицины, совершенствование методов диагностики и лечения заболеваний вен, профилактики заболеваний вен среди населения, координация, представление и защита прав и профессиональных интересов специалистов, занимающихся изучением венозной системы, диагностикой и лечением заболеваний вен, научных медицинских работников, практикующих врачей и молодых ученых в области флебологии.

9-10

august 2024 | августа | тамыз

Kazakhstan, Almaty

