

1. Алферов С.В. Постоянный сосудистый доступ для гемодиализа: современные представления / С. В. Алферов, С. А. Карпов, К. М. Гринев, А. Н. Васильев // Нефрология. – 2013. – № 6. – С. 56-70.
2. Беляев, А. Ю. Обеспечение постоянного сосудистого доступа для гемодиализа: результат работы центра за последние 10 лет / А. Ю. Беляев // Нефрология и диализ. – 2012. – Т. 14. – № 3. – С. 164-169.
3. Бикбов Б.Т. Заместительная терапия больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998–2013 гг. Отчет по данным Российского регистра заместительной почечной терапии. / Б.Т. Бикбов, Н. А.Томилина. // Нефрология и диализ. -2015.- Часть 1.- 17 (3) (прилож.): 5-111
4. Бурлева Е.П. Введение в ангиологию и сосудистую хирургию / Е.П. Бурлева, А.А. Фокин, В.Л. Ермолаева, Е.В. Иванов // Учебное пособие для студентов вузов, интернов и ординаторов. – Екатеринбург, 2015 – 308 с.
5. Калинин Р.Е. Примеры нестандартных реконструкций постоянного сосудистого доступа у диализных пациентов / Р.Е. Калинин, И.А. Сучков, А.А. Егоров, О.В. Медведева // Новости хирургии. – 2017. – Т. 25. – № 1. – С. 87-90.
6. Котенко О.Н. Хроническая болезнь почек: проблемы и решения. / О.Н. Котенко *Московская медицин.* – 2018. – Т. 1. – № 22. – С. 22-23.

УДК 616.14-002

**Возжаев К.А.<sup>1</sup>, Каримов Р.А.<sup>1</sup>, Шульга А.В.,  
Кременевский О.М.<sup>2</sup>, Бурлева Е.П.<sup>1</sup>  
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С  
ПОВЕРХНОСТНЫМ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТОМ**

Кафедра хирургии, колопроктологии и эндоскопии

1. ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»  
Минздрава РФ, Екатеринбург, Россия
- 2 - ЧУЗ «Клиническая больница РЖД-Медицина» г. Екатеринбург

**Vozzhaev K.A., Karimov R.A., Shulga A.V.,  
Kremnevskiy O.M., Burleva E.P.  
ANALYSIS OF PATIENTS' THERAPY WITH THE SUPERFICIAL  
VENOUS THROMBOSIS**

Department of surgery, coloproctology and endoscopy  
Yekaterinburg, Russian Federation

Email: [mr.kirillvo@mail.ru](mailto:mr.kirillvo@mail.ru)

**Аннотация.** Представлены результаты анализа лечения пациентов с поверхностным варикотромбофлебитом. За основу были взяты истории болезни пациентов, лечившихся в 2019 году в сосудистых отделениях двух

клинических больниц г. Екатеринбурга: МАУ «Городская клиническая больница №40» и ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина». Проанализированы и сравнены результаты различных тактик по лечению поверхностного варикотромбофлебита (ВТФ):

оперативной и консервативной у 82 пациентов, средний возраст которых составил 55,5 лет. Полученные данные были сравнены с национальными рекомендациями по лечению ПВТФ. Оперативная тактика была принята у 69 пациентов (84,1% случаев), консервативная – у 13 пациентов (15,9% случаев). Из стационара с выздоровлением выписан 81 (98,7 %) пациент. Имеется 1 летальный случай вследствие массивной ТЭЛА в 1 сутки после поступления. По результатам контрольного осмотра зарегистрировано полное купирование воспалительного процесса в большинстве случаев – 76 (93,8%), частичное в 5 случаях (6,2%). Однако по регрессу тромботического процесса наблюдалась другая картина: полная реканализация зарегистрирована лишь у 7 (8,7%). Предложено дополнение к существующей тактике лечения ПВТФ.

**Annotation.** The results of the analysis of the treatment of patients with superficial subcutaneous venous thrombosis. The medical histories of patients that were treated in 2019 in the cardiovascular departments of two clinical hospitals of Ekaterinburg: MAI "City clinical hospital №40" PHI "Clinical hospital "Railways-Medicine". We analyzed and compared the results of various tactics for the treatment of superficial venous thrombosis (SVT): operative and conservative in 82 patients with an average age of 55.5 years. The obtained data was compared with the national recommendations for the treatment of SVT. Operative tactics were used in 69 patients (84.1% of cases), conservative – in 13 patients (15.9% of cases). 81 (98.7 %) patients were discharged from the hospital with recovery. There is 1 fatal case due to massive PE in 1 day after admission. According to the results of the control examination, complete relief of the inflammatory process was registered in most cases – 76 (93.8%), partial in 5 cases (6.2%). However, a different pattern was observed for the regression of the thrombotic process: complete recanalization was registered only in 7 (8.7%). An addition to the existing treatment strategy for HTP HAS been proposed.

**Ключевые слова:** поверхностный варикотромбофлебит, тактика, хирургическое лечение, парнапарин натрия.

**Keywords:** venous system, superficial venous thrombosis, surgery, low-molecular-weight heparin.

### **Введение**

Поверхностный варикотромбофлебит (ПВТФ) – наиболее распространенная форма поверхностного тромбофлебита (ПТФ), встречающаяся в 10 раз чаще чем тромбофлебит неварикозных вен, в большинстве наблюдений у пациентов длительно болеющих варикозной болезнью нижних конечностей

(ВБНК)[1]. В европейском популяционном исследовании, проведенном Rabe E. et al. (2003), ПВТФ выявлен у 10 - 20% пациентов, страдающих ВБНК [1]. Зарубежная литература указывает о 123 тыс. случаях варикотромбофлебита в США ежегодно, что составляет около 3-11% всего населения [2]. Частота встречаемости поверхностного варикотромбофлебита в Европе составляет 0,64 на 1000 человек.

Значимость ПВТФ для реальной клинической практики продиктована серьезной угрозой жизни и здоровью пациентов, что связано с распространением тромбоза из подкожных вен в глубокие и возможностью тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). Наиболее частый путь распространения тромба в системе БПВ через сафено-фemorальное соустье (СФС) в общую бедренную вену (до 44% случаев), реже – из МПВ в подколенную вену (0,2 – 1% случаев) [3]. По данным ряда авторов, тромбоз глубоких вен (ТГВ) при ПВТФ развивается у 3-20% больных. [4], а частота развития симптомной ТЭЛА при ПВТФ колеблется в пределах 1,9—13,3% [3].

Несмотря на кажущуюся простоту проблемы ПВТФ, тактика ведения таких пациентов остается спорной. В Российских рекомендациях по лечению хронических заболеваний вен (ХЗВ) от 2013 года указывается, что при варикотромбофлебите показана более активная хирургическая тактика. Она в зависимости от распространения тромботического процесса по венозному руслу и уровня проксимальной границы включает в себя сочетания кроссэктомии, тромбэктомии, стволовой или нестволовой флебэктомии. В послеоперационном периоде у этих пациентов назначаются низкомолекулярные гепарины (НМГ) в профилактических дозировках не менее, чем на 7 суток [3].

Новейшие же рекомендации Ассоциации Флебологов России по ПТФ (2019 г.) обозначают ПВТФ с локализацией головки тромба в пределах 3 см от соустья как ситуацию высокого риска перехода тромбоза на глубокие вены, при этом рассматриваются как равнозначные хирургическая тактика и консервативная антикоагулянтная терапия (АКТ) с пролонгированным применением лечебных доз НМГ. Экстренное оперативное вмешательство может быть выполнено с целью снижения риска ТЭЛА. Рекомендованный объем оперативного пособия – кроссэктомия или РСПС, возможно дополненные тромбэктомией из глубоких вен при распространении тромба за пределы соустья [13].

Все перечисленные документы указывают на отсутствие в научной литературе убедительных данных о преимуществах хирургического лечения в отношении профилактики ТЭЛА, о характере течения тромботического процесса после кроссэктомии.

**Цель исследования** - изучение эффективности результатов лечения пациентов с поверхностным варикотромбофлебитом в реальной клинической практике.

**Материалы и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с ПВТФ, лечившихся в 2019 году в сосудистых отделениях двух клинических больниц г. Екатеринбурга: МАУ «Городская клиническая больница №40» (n=54) и ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» (n=28). Использован метод случайной выборки медицинской документации. Всего было пролечено 82 пациента, средний возраст которых составил 55,5 лет. Женщин было несколько больше, чем мужчин - 49 (59,7%) и 33 (40,3%) соответственно. В стационаре при экстренном поступлении всем пациентам выполнено стандартное клиническое и лабораторное обследование, а также ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС). Для каждого случая были проанализированы следующие данные:

- локализация тромбофлебита (бассейн подкожной вены);
- уровень проксимальной границы тромба (расстояние от соустья с глубокой веной);
- переход/отсутствие перехода тромботического процесса на глубокие вены;
- характер проксимальной границы тромба (окклюзионный, пристеночный, флотирующий);
- класс хронических заболеваний вен (ХЗВ) для характеристики варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК);
- средний койко-день пребывания пациента в стационаре.

После выписки из стационара все пациенты проходили амбулаторное лечение у хирурга в поликлинике. Выполнен ретроспективный анализ амбулаторных карт у 81 пациента.

Для каждого случая были проанализированы следующие данные:

- полнота купирования воспалительного процесса и сроки стихания воспаления;
- характер реканализации вены и полнота купирования тромботического процесса;
- средние сроки пребывания пациента на больничном листе.

Обобщение результатов проведено с применением методов стандартной статистики, и все полученные данные в ходе исследования подвергали обработке на ПК в программе MS Excel 2016.

**Результаты и обсуждение.** При клиническом исследовании и после УЗДС установлено, что ПВТФ чаще локализовался в бассейне большой подкожной вены (БПВ) – 68 пациентов (82,9%), при этом из них один пациент имел двухстороннее поражение БПВ. В системе малой подкожной вены (МПВ) процесс локализовался у 8 пациентов (9,8%). У 6 (7,3%) ПВТФ был выявлен в

обеих системах. Таким образом, всего пролечено 89 случаев ПВТФ. Все пациенты имели острый характер течения ПВТФ.

Локализация верхушки тромба на расстоянии 20-80 мм от сафено-фemorального/сафено-поплитеального соустьи наблюдалась в 60 (67,5 %) случае, переход на глубокие вены зафиксирован в 12 (13,4%) случаях. Распространение тромба до уровня средней трети бедра в стволе БПВ было найдено в 8 случаях (9,0%), в притоках и стволе БПВ/МПВ на голени - 9 (10,1%).

Окклюзионный характер проксимальной части тромба наблюдался в 61 (68,5%) случае, флотирующий - в 22 (24,7%), неокклюзионный - в 6 (6,7%).

У всех пациентов фоновым заболеванием была ВБНК с распределением классов ХЗВ таким образом: С2 – 39 (47,6 %), С3 – 31 (37,8%), С4 – 12 (14,6%).

В стационаре применена консервативная тактика у тех пациентов, где ПВТФ локализовался в притоках и стволе БПВ на голени или в стволе БПВ до средней трети бедра, а также в средней трети голени в системе МПВ. Это 20 (22,5%) случаев. У остальных пациентов выполнена неотложная хирургическая профилактика ТЭЛА. Оперативные вмешательства по объему распределились следующим образом: кроссэктомия – 49 (55,1%), включая одну двухстороннюю кроссэктомию, разобщение сафено-поплитеального соустья – 8 (9,0%), кроссэктомия + тромбэктомия – 12 (13,4%).

У всех пациентов в послеоперационном периоде, а также у пациентов группы консервативной терапии были назначены антикоагулянты в профилактических дозах: нефракционированный гепарин (НФГ) 10-15 тыс.ед/сут или низкомолекулярный гепарин (НМГ), как правило, эноксапарин натрия – 20мг/сут. Кроме того, использована круглосуточная эластическая компрессия нижних конечностей бинтами – 66 (75,3%) или чулками 2 класса компрессии - 23 ( 24,7%). Средний койко-день в стационаре составил - 6,6 (от 4 до 10).

Из стационара с выздоровлением (купированием болевого синдрома и началом стихания воспалительного синдрома) выписан 81 (98,7 %) пациент. Один пациент скончался от массивной ТЭЛА в 1 сутки после поступления в отделение при явлениях перехода тромба через СФС, после экстренной тромбэктомии из бедренной вены и кроссэктомии.

В амбулаторном периоде пациентам было предписано дневное ношение эластического компрессионного трикотажа 2 класса стандарта RAL GZ 387, пероральный прием НПВС, флеботропного препарата микронизированной очищенной флавоноидной фракции (Детралекс) в дозировке 1000 мг в сутки, а также применение топических средств, в основном геля «Лиотон». Средний срок пребывания на больничном листе составил 29,7 дней (от 15 до 32). Контрольная явка с клиническим осмотром и УЗДС была проведена через 1 месяц.

По результатам контрольного осмотра зарегистрировано полное купирование воспалительного процесса в большинстве случаев – 76 (93,8%), частичное в 5 случаях (6,2%). Однако по регрессу тромботического процесса наблюдалась другая картина: полная реканализация зарегистрирована лишь у 7 (8,7%) пациентов, в то время как частичная реканализация либо отсутствие реканализации у 74 (91,3%). В течение этого месяца ни один из пациентов не был направлен за хирургической помощью для оперативного лечения ВБНК.

#### **Выводы:**

1. Тактика врачей – сосудистых хирургов соответствует современным клиническим рекомендациям по лечению ПВТФ. Исходя их результатов можно сказать, что реальная клиническая практика демонстрирует активную хирургическую тактику лечения ПВТФ, что позволяет достаточно эффективно предупреждать развитие венозных тромбоэмболических осложнений. При этом, использование профилактических доз гепаринов при лечении ПВТФ сопровождается неудовлетворительными в течение 1 месяца результатами по реканализации тромботических масс в варикозных венах нижних конечностей - всего 8,7% случаев.

2. Возможно изменение тактики лечения пациентов для постановки задачи реканализации тромба при лечении ПВТФ с применением современных технологий а именно: пролонгации воздействия антикоагулянтами в лечебной дозе в течение месяца и последующей лазерной коагуляцией, что решает задачи по предотвращению рецидива патологического процесса, профилактики ТЭЛА, и повторного развития варикозной болезни и, более того, улучшит качество жизни пациента вследствие отсутствия постоперационных рубцов возникающих в ходе операции Маделунга применяемой в том случае, если пациент не проходил предложенную антикоагулянтную терапию, что привело к прогрессированию варикозной болезни.

#### **Список литературы:**

1. Стойко Ю.М. Диагностика и лечение тромбозов поверхностных вен конечностей. Рекомендации Ассоциации флебологов России. / Кириенко А.И., Илюхин Е.А., Лобастов К.В. // Флебология. 2019;13(2):78-97.

2. Gloviczki P, Dalsing MC, Eklöf B, et al. Handbook of Venous and Lymphatic Disorders: Guidelines of the American Venous Forum. CRC Press. 2016.

3. Marcelo J. de A. Guidelines for superficial venous thrombosis Diretrizes de conceito, diagnóstico e tratamento da trombose venosa superficial / Marcelo J. de A., A.T. Guillaumon, D. Miquelin, Edwaldo Ed. J. // Jornal Vascular Brasileiro. – 2019. – V. 18

4. Rabe E, Pannier-Fischer F, Bromen K. Epidemiological study to investigate the prevalence and severity of chronic venous disorders in the urban and rural

residential populations. / Rabe E, Pannier-Fischer F, Bromen K// Phlebologie 2003;32 (1):1-14.

УДК 617.3

**Дерябина А.М., Огнёв С.И., Пупышев Н.Н.  
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ КОСТЕЙ У  
ДЕТЕЙ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

Кафедра детской хирургии  
Уральский Государственный Медицинский Университет  
Екатеринбург, Российская федерация

**Deryabina A.M., Ognev S.I., Pupyshev N.N.  
BENIGN BONE NEOPLASM IN CHILDREN  
IN THE SVERDLOVSK REGION**

Department of pediatric surgery  
Ural State Medical University  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: deryabina.alena2013@yandex.ru

**Аннотация.** Представлен ретроспективный анализ детей, пролеченных в травматолого-ортопедическом отделении ГАУЗ СО «Областной детской клинической больницы» с доброкачественными образованиями костей за последние пять лет, в частности: остеохондромы, остеоид-остеома, хондромы и опухоли с интраоссальным ростом. В статье приведены варианты лечебно-тактических решений, различные варианты пластики костной ткани у 446 пациентов, а также отдаленные результаты проведенного лечения.

**Annotation.** The article presents a retrospective analysis of patients (children) with benign bone tumors who have received treatment in the Traumatology and Orthopaedics Department of the SAIH "Regional Children's Clinical Hospital" for the last five years, in particular: osteochondroma, osteoid-osteoma, chondroma and tumors with intraossal growth. The article presents the options for therapeutic and tactical decisions, various options for bone grafting in 446 patients as well as the long-term results of the treatment.

**Ключевые слова:** доброкачественные новообразования костей, остеохондрома, хондрома, остеоид-остеома, опухоли с интраоссальным ростом, дети.

**Key words:** benign neoplasms bones, osteochondroma, chondroma, osteoid-osteoma, tumors with intraossal growth, children.

**Введение**