

УДК 616.14

## ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА

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

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара

<sup>2</sup>ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница, Ульяновск

<sup>3</sup>ГБУЗ Самарской области «Самарская городская клиническая больница № 8», Самара

**Резюме.** В данной статье авторы пишут об основных моментах диагностики и лечения тромбоза поверхностных вен нижних конечностей, о тактике оперативного и консервативного лечения в условиях стационара и на амбулаторно-поликлиническом этапе у 38 пациентов. В предлагаемом способе лечения говорится о применении веноτονика Венарус, перорального фибринолитика Тромбовазим и прямых пероральных антикоагулянтов в сочетании с базовым лечением этой патологии. Подробно описывается предложенная методика и анализируются эффективность и безопасность данного лечения в сравнении со стандартной терапией.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Финансирование.** Исследование проводилось без спонсорской поддержки.

**Ключевые слова:** варикотромбоз, венотоник, фибринолитик, прямые пероральные антикоагулянты, оперативное лечение.

**Для цитирования:** Кривошеков Е.П., Посеряев А.В., Ельшин Е.Б., Романов В.Е., Казанцев А.В. Оптимизация тактики ведения острого варикотромбоза // Вестник медицинского института «Реавиз». – 2020. – № 4. – С. 105–113.

## OPTIMIZATION OF TACTICS FOR ACUTE VARICOTROMBOPHLEBITIS

<sup>1</sup>Krivoschekov E.P., <sup>2</sup>Poseryaev A.V., <sup>3</sup>Elshin E.B., <sup>1</sup>Romanov V.E., <sup>1</sup>Kazantsev A.V.

<sup>1</sup>Federal State Budgetary Institution of Higher Education «Samara State Medical University»

Ministry of Health of the Russian Federation, Samara

<sup>2</sup>GUZ Ulyanovsk Regional Clinical Hospital, Ulyanovsk

<sup>3</sup>GBUZ Samara Region "Samara City Clinical Hospital № 8", Samara

**Abstract.** In this article the authors write about the main points of diagnostics and treatment of thrombophlebitis of the lower limbs surface veins, about the tactics of operative and conservative treatment in the hospital and at the outpatient stage in 38 patients. The proposed treatment method refers to the use of venotonics Venarus, oral fibrinolytic Thrombovazim and direct oral anticoagulants in combination with the basic treatment of this pathology. The proposed method is described in detail and the efficacy and safety of this treatment is analyzed in comparison with the standard therapy.

**Conflict of interest.** The authors declare that there is no conflict of interest.

**Financing.** The research was conducted without sponsorship.

**Key words:** varicotrombophlebitis, venotonic, fibrinolytic, direct oral anticoagulants, surgical treatment.

**To cite:** Krivoschekov E.P., Poser'yaev A.V., Yel'shin E.B., Romanov V.E., Kazantsev A.V. Optimization of tactics of the acute varicotrombophlebitis conducting (in Russian) // Messenger of medical institute "Reaviz". – 2020. – № 4. – P. 105–113.



### Актуальность проблемы

Варикозная болезнь нижних конечностей – самое распространённое заболевание среди патологии периферического сосудистого русла [3, 7, 10, 17]. На долю различных осложнений этого заболевания приходится от 0,3 % до 8 % от общего количества больных [9, 14, 18]. Чаще всего эти осложнения возникают у лиц трудоспособного возраста, что делает проблему варикозной болезни наиболее актуальной в вопросе социальной и трудовой реабилитации. Возникновение хронической венозной недостаточности как следствие осложнённого течения варикозной болезни, происходит в РФ у 1/3 женщин и 1/10 мужчин. При этом чаще всего данное заболевание манифестирует в 30–40 летнем возрасте [15, 16, 27].

Среди осложнений варикозной болезни наиболее опасным является развитие острого варикотромбофлебита, который возникает у 30–60 % пациентов с варикозной болезнью [10, 13, 23, 26]. Термин «тромбофлебит» впервые был предложен А. Ochsner и М. Debaquey в 1939 г. для указания на тромботический процесс в подкожных венах, который связан с воспалением в венозных стенках [24, 27]. Частота встречаемости острого варикотромбофлебита зависит от полового признака и возраста человека. Ежегодно варикотромбофлебит регистрируется у 30–60 человек на 100 тысяч населения в возрасте до 30 лет и у 70–180 человек на 100 тысяч населения в возрасте старше 60 лет. Среди мужчин в возрасте до 30 лет он диагностируется у 5 человек на 100 тысяч населения в год. У женщин эти цифры значительно выше. В возрасте до 30 лет появление острого варикотромбофлебита происходит у 31 из 100 тысяч женщин. С возрастом это количество возрастает до 220 на 100 тысяч женщин [2, 4, 8, 11].

**Цель работы:** улучшить результаты лечения острого варикотромбофлебита

нижних конечностей за счет оптимизации лечебной тактики.

### Материал и методы

Работа основана на результатах диагностики, лечения и динамического наблюдения 38 пациентов с острым варикотромбофлебитом нижних конечностей, проходивших лечение в отделении сосудистой хирургии ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница в период с 2018 по 2019 гг. Мужчин было 12 (31,6 %), женщин – 26 (68,4%). Возраст пациентов варьировал от 33 до 75 лет, в среднем составляя  $52,4 \pm 2,6$  года. Основной причиной заболевания (35 пациентов – 92,1 %) послужило наличие варикозного расширения вен нижних конечностей на протяжении длительного времени (более 5 лет). При изучении анамнеза жизни исследуемых выяснилось, что 29 (76,3 %) из них проживали в сельской местности и выполняли работу, связанную с тяжёлыми физическими нагрузками, которые в свою очередь явились одним из факторов формирования варикозной болезни и, как следствие, развития варикотромбофлебита. Длительность существования у пациентов варикозной болезни на догоспитальном этапе варьировала от 5 до 25 лет, в среднем составляя  $12 \pm 4,8$  года. В связи с незначительными клиническими проявлениями у них варикозной болезни (наличие варикозно-расширенных вен не сопровождалось болью, отеком, судорогами и т.п.), пациенты не обращались за медицинской помощью, игнорируя наличие у себя данной патологии. У 3 (7,9 %) больных (2 мужчин и 1 женщина) появление тромбофлебита было без явных признаков наличия варикозной болезни при поступлении в стационар. Срок поступления всех исследуемых от начала первых клинических симптомов варикотромбофлебита варьировал от 1 до 20 дней, в среднем составляя  $5,2 \pm 1,3$  суток. Согласно классификации F.Verrel et al. (1998 г.), по уровню тромботического поражения все пациенты распределились следующим образом:

I тип ( $n = 10$ , 26,3 %) – тромботические массы не достигали до остиального клапана большой или малой подкожных вен, и не распространялись на глубокие вены;

II тип ( $n = 16$ , 42,1%) – проксимальный конец тромба находился на уровне остиальных клапанов;

III тип ( $n = 7$ , 18,4 %) – имелось распространение тромбов на глубокие вены конечности через сафенофemorальное и(или) сафенопоплитеальное соустье;

IV тип ( $n = 5$ , 13,2 %) – имело место распространение тромбоза на глубокие вены конечности через недостаточные перфоранты.

Для постановки данного диагноза проводили клинический осмотр и ультразвуковую доплерографию и дуплексное сканирование. При опросе исследуемых обращали внимание на их возраст, анамнез и сроки заболевания, тяжесть его течения и наличие сопутствующей патологии, что напрямую могло влиять на длительность стационарного лечения и сам исход данного заболевания.

Диагностика варикотромбофлебита не вызывала затруднений и основывалась на клинических синдромах. При осмотре пораженной конечности акцентировали внимание на локализацию, распространенность и выраженность местной воспалительной реакции в области тромбированных варикозно-измененных вен. Наиболее значимыми симптомами данного заболевания были уплотнение и инфильтрация по ходу большой или (и) малой подкожных вен, гиперемия и гипертермия кожи над вовлеченными в патологический процесс участками венозной системы, болезненность при пальпации пораженных вен.

Всем пациентам проводилось ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗДАС), которое выполнялось с применением аппарата «Acussion S2000» фирмы «Siemens» (Германия), с линейными и конвексными датчиками – для оценки состояния кровотока по подкожным венам нижних конечностей и определения в них уровня

тромботического процесса и характера тромба (в том числе и для установления наличия флотации головки тромба, его локализации и протяженности) и для оценки состояния глубокой венозной сети. УЗ-исследование начиналось с паховой области в поперечном и продольном сечении по отношению к сосудистому руслу. Также проводили оценку кровотока рядом лежащей артерии [22–24].

Для уточнения признаков ТЭЛА всем исследуемым была проведена рентгенография грудной клетки и ЭКГ в стандартных 12-ти отведениях. А также, при необходимости, Эхо КГ и компьютерная томография органов грудной клетки с контрастным усилением на аппарате Toshiba «Aquilion Multi 64» (Япония). У 1 (2,6 %) пациента при обследовании была выявлена односторонняя тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), мелких ее ветвей, без значимого нарушения гемодинамики и без признаков легочной гипертензии.

Всем пациентам были также выполнены лабораторные исследования: общий анализ крови, оценка системы гемостаза – расширенная коагулограмма, биохимические показатели крови (глюкоза, мочевины, креатинин, билирубин, общий белок).

Больным по показаниям проведено оперативное лечение в объеме кроссэктомии (операции Троянова-Тренделенбурга), комбинированной венэктомии по Троянову-Тренделенбургу, Бебкоку, Нарату, Коккету. Всего прооперировано 29 пациентов (87,9 % пациентов с I-III типом распространения тромботического процесса по F.Verrel et al., из них 23 пациентам (79,3 % прооперированных пациентов) выполнена кроссэктомия большой подкожной вены, 2 пациентам (6,9 % прооперированных пациентов) выполнена кроссэктомия малой подкожной вены и 4 пациентам (13,8 % прооперированных пациентов) выполнена комбинированная венэктомия. Пациентам ( $n = 5$ , 13,2 %), у которых в ходе УЗДАС выявлено распространение тромбоза на глубокую венозную сеть через перфорантные

вены голени (IV тип по F.Verrel et al.), оперативное вмешательство не выполнялось в связи с высоким риском тромбоэмболических осложнений и последующей высокой вероятностью развития лимфедемы. Всем больным перед выпиской из стационара и на амбулаторном этапе наблюдения проведено УЗДАС для оценки гемодинамики в венах, для контроля за динамикой тромбоза в венозной системе (наличие или отсутствие фрагментации тромба, наличие флотации, уменьшение или нарастание «головки» тромба), для выявления тромботических изменений в области хирургического вмешательства и наличие тромбоза в венах контралатеральной конечности, а также для определения степени реканализации пораженного участка.

Всем пациентам назначалась системная базисная терапия: венотоник венарус, сулодексид (при отсутствии противопоказаний), антибактериальная терапия с целью профилактики раневых послеоперационных осложнений (цефотаксим или цефтриаксон), анальгетики (при болях), антигистаминные препараты. А также – парентеральные антикоагулянты (эноксипарин 1 мг/кг подкожно 2 раза в сутки на 5 суток) всем прооперированным пациентам и пациентам у которых в ходе УЗДАС выявлено распространение тромбоза на глубокую венозную сеть через перфорантные вены голени (IV тип по F.Verrel et al.) – с целью предупреждения прогрессирования тромботического процесса. При нахождении пациента в положении лежа, или сидя, пораженной конечности придавалось возвышенное положение. Также осуществлялась магнитотерапия. Венотоник Венарус назначался в дозе 1000 мг по 1 таблетке ежедневно утром. Общий курс лечения составил 3 месяца. Профилактические курсы для предупреждения и купирования признаков хронической венозной недостаточности проводили в дальнейшем по 3 месяца 2 раза в год. Сулодексид назначался по 600ЛЕ внутривенно капельно на 100 мл. физиологического раствора ежедневно. Курс лече-

ния составил 10 внутривенных систем. Затем сулодексид назначался по 1 капсуле (250ЛЕ) 2 раза в сутки, курсом – 60 дней. Всем пациентам осуществлялась обязательная компрессионная терапия, которая продолжалась в течение всего срока стационарного лечения постоянно, при помощи эластичного бинта длиной 10 метров и шириной 5 см на обе конечности, независимо от локализации патологического процесса. Затем, после выписки из стационара, его меняли на компрессионный трикотаж 2 класса компрессии (Sigvaris, Швейцария) с индивидуальной подборкой согласно существующей таблице размеров от производителя.

Для уменьшения воспалительной реакции в венозной стенке и окружающих тканях, всем больным в качестве местного лечения назначали мазевые повязки, содержащие гепарин (Гепариновая мазь, Лиотон 1000).

Пациентов разделили на 2 сходные группы, которые были схожи по уровню распространения тромбов, возрасту, полу и сопутствующей соматической патологии. В первой группе (n = 21 больных) – базисная терапия сочеталась с переводом пациентов на прямые пероральные антикоагулянты с 6 дня лечения на срок 3 месяцев, независимо от локализации тромботического процесса, его распространения. Во второй группе (n = 17 больных) – кроме базисного лечения, пациентов также переводили на прямые пероральные антикоагулянты на срок 3 месяца. Но кроме этого, к лечению добавляли пероральный фибринолитик Тромбовазим. Который назначался по 800ЕД 2 раза в сутки, внутрь за 30–40 минут до еды, курсом 20 дней [12, 14, 20]. В первой группе исследования прооперировано 15 пациентов, из них 12 пациентам выполнена кроссэктомия большой подкожной вены, 1 пациенту выполнена кроссэктомия малой подкожной вены и 2 пациентам выполнена комбинированная венэктомия. Во второй группе исследования прооперировано 14 пациентов, из них 11 паци-

ентам выполнена кроссэктомия большой подкожной вены, 1 пациенту выполнена кроссэктомия малой подкожной вены и 2 пациентам выполнена комбинированная венэктомия.

Статистическая обработка получаемых данных осуществлялась по общепринятым принципам статистического анализа с определением средних величин (М), стандартного отклонения, стандартной ошибки среднего (m), возможной ошибки, коэффициента вариации. При статобработке получаемых результатов применялись программы для ПК Excel 2003 и Statistica 6.0.

### Результаты

Как показали результаты УЗ-сканирования, распространенность покраснения кожи и пальпаторно выявляемого размера инфильтрата по ходу подкожных вен, как правило, не соответствовали распространенности самого тромбоза. «Верхушка» тромба, при УЗ-сканировании, располагалась проксимальнее (на 7 до 10 см) от границы пальпируемого инфильтрата (пальпаторно и визуально определяемого тромботического процесса).

Распространение венозного тромбоза до сафено-фemorального соустья с переходом на общую бедренную вену, или распространение венозного тромбоза на глубокую сеть через перфорантные вены – выявлено у 38 % (12 пациентов III и IV групп по F.Verrel et al.) больных.

Вертикальный рефлюкс по большой или малой подкожным венам, при локализации варикотромбоза на голени, отмечен у 35 (92,1 %) человек, а горизонтальный рефлюкс через несостоятельные перфоранты при варикотромбозе большой подкожной вены в области бедра – у 5 (13,2 %) пациентов. У 3 (7,9 %) больных патологических рефлюксов по большой и малой подкожной вене не выявлено, но имелись признаки тромбофлебита.

УЗ-ангиосканирование позволило во всех случаях определить точную локализацию и протяженность тромбоза, а также

выявить флотацию «головки» тромба, что являлось главным в выборе метода проводимого лечения и объема хирургической операции. 29 (87,9 %) пациентов прооперированы в экстренном порядке с использованием местной анестезии или спинального обезболивания. 20 пациентам (79,3 % прооперированных пациентов) выполнена кроссэктомия большой либо малой подкожной вены, при этом проксимальная граница тромба располагалась на уровне в/3 бедра либо верхней трети голени, была выполнена профилактическая кроссэктомия в области сафено-фemorального соустья, с последующей консервативной терапией.

Кроссэктомия и аспирационная тромбэктомия из общей бедренной вены были выполнены 3 пациентам (10,3 % от числа всех прооперированных пациентов), у которых наблюдалось распространение тромбоза в общую бедренную вену через сафено-фemorальное соустье.

У 4 пациентов (13,8 % прооперированных пациентов) купированным воспалительным процессом, обратившимся в стационар позднее 14 суток с момента начала заболевания, кроссэктомию сочетали с радикальным иссечением тромбированных венозных стволов и конгломератов (радикальная флебэктомия по Троянову-Тренделенбургу – Бебкоку – Нарату – Коккету).

При сочетанном поражении тромбофлебитом подкожных и глубоких вен 5 (13,2 %) больным выполнялся полный курс стандартной консервативной терапии в стационарных условиях в течение 10 дней, аналогично терапии при тромбозе глубоких вен в рамках Клинических рекомендаций по профилактике ВТЭО [21].

В раннем послеоперационном периоде раневые осложнения (лимфоррея, нагноение) отмечались у 2 (5,9 %) пациентов (по одному пациенту из первой и второй групп исследования), что не оказало влияния на сроки и результаты госпитализации. Тромбоземболических осложнений и летальных случаев среди оперированных больных в

раннем послеоперационном периоде не отмечали.

*На момент выписки* в первой группе ( $n = 21$ ) человек, получавших базисное лечение, включавшую в себя венотоник Венарус, сулодексид, компрессионную терапию, местное лечение и антикоагулянтную терапию прогрессирования тромбоза не отмечено. Однако у большинства больных (19 человек – 89 %) этой группы отмечено сохранение болей и воспалительных признаков по ходу пораженных варикотромбофлебитом подкожных вен в виде пальпаторно определяемого инфильтрата-тяжа, приносящих значимый дискомфорт пациентам. У всех пациентов первой группы исследования не отмечено значимых изменений в коагулограмме на момент выписки при терапии прямыми пероральными антикоагулянтами. По данным контрольного УЗДС на момент выписки значимой реканализации в пораженных тромботическим процессом венах отмечено не было.

Во второй группе исследования ( $n = 17$ ), получавших пероральный фибринолитик, помимо базисной терапии, флеботоника и прямых пероральных антикоагулянтов – прогрессирование тромбоза к моменту выписки – также не выявлено. По данным контрольного УЗДАС реканализация за этот период времени произошла у 5 (30 %) пациентов. При этом сохранение болей и воспалительных признаков по ходу пораженных варикотромбофлебитом подкожных вен, приносящие значимый дискомфорт – были отмечены лишь у 3 (18 %) пациентов. У всех пациентов первой группы исследования не отмечено значимых изменений в коагулограмме на момент выписки при терапии прямыми пероральными антикоагулянтами. По данным контрольного УЗДС на момент выписки начальные признаки реканализации в пораженных тромботическим процессом венах отмечены у 8 (47 %) пациентов.

*Отдалённые результаты* изучены у 38 (100 %) исследуемых в сроках от 3 до 12 месяцев. При каждом повторном осмотре в

обязательном порядке также выполнялось УЗ-сканирование вен нижних конечностей, оценивалась динамика тромботического процесса, состояние венозной гемодинамики и степень реканализации в венозной системе.

*Через 3 месяца лечения* в первой группе больных ( $n = 21$ ), получавших базисное лечение, флеботоник и прямые пероральные антикоагулянты – реканализация в подкожных венах была отмечена у 15 (71,4 %) человек и составляла  $1/3$  от первоначального размера просвета вены по данным УЗ-ангиосканирования. В этой же группе, у 3 (14,3 %) пациентов, которым оперативное лечение не было выполнено в связи с распространением тромботических масс через перфоранты, реканализация наступила только у 1 (4,8 %) человека. А у 1 (4,8 %) пациента первой группы, наоборот, выявлен тромбоз глубоких вен. 20 пациентов (95 %) переведены с терапии прямыми пероральными антикоагулянтами на дезагреганты (Аспирин 100 мг 1 раз в сутки) в связи с отсутствием прогрессирования процесса и начавшимися процессами реканализации. Только 1 (4,8 %) пациент продолжил прием антикоагулянтов в связи с выявленным тромбозом глубоких вен.

Во второй группе исследования ( $n = 17$ ), получавших, помимо базисного лечения с флеботоником и прямыми пероральными антикоагулянтами, пероральный фибринолитик тромбовазим – реканализация в подкожных венах через 3 месяца лечения была зафиксирована у 14 (82,35 %) человек и составляла от  $1/2$  до  $2/3$  от первоначального размера просвета вены по данным УЗ-ангиосканирования. В этой группе у 2 (11,75 %) пациентов, которым хирургическое вмешательство не было выполнено в связи с распространением тромба через перфоранты – реканализация наступила в 100 % случаев. Рецидива, а также тромбоза глубоких вен во второй группе отмечено не было. Все пациенты переведены на прием дезагрегантов (Аспирин 100 мг 1 раз в сутки).

Через 6 месяцев лечения в первой группе больных ( $n = 21$ ), получавших базисное лечение, флеботоник и прямые пероральные антикоагулянты – реканализация в подкожных венах была отмечена у 21 (100 %) человек и составляла 1/3 до 4/5 от первоначального размера просвета вены по данным УЗ-ангиосканирования, в т.ч. и у пациентов, которым оперативное лечение не было выполнено в связи с распространением тромботических масс через перфоранты. У 1 пациента с выявленным тромбозом глубоких вен по данным УЗДС признаков его не наблюдалось, он также переведен на прием дезагрегантов (Аспирин 100 мг 1 раз в сутки).

Во второй группе исследования ( $n = 17$ ), получавших, помимо базисного лечения с флеботоником и прямыми пероральными антикоагулянтами, пероральный фибринолитик тромбовазим – реканализация в подкожных венах через 3 месяца лечения была зафиксирована у 17 (100 %) человек и составляла от 2/3 до 4/5 от первоначального размера просвета вены по данным УЗ-ангиосканирования. Рецидива, а также тромбоза глубоких вен во второй группе отмечено не было.

Через 12 месяцев наблюдения осмотрено 38 (100 %) больных. Выполнялось УЗ-ангиосканирование и клинический осмотр.

В первой группе исследуемых ( $n = 21$ ), получавших базисное лечение и прямые пероральные антикоагулянты на начальном этапе лечения – полная реканализация в подкожных венах через 12 месяцев наблюдения была отмечена у 15 (83,3 %) человек по данным УЗ-ангиосканирования. Рецидива, а также тромбоза глубоких вен в первой группе отмечено не было. У 6 пациентов (28,6 %) полной реканализации отмечено не было, выявлены признаки развития посттромбофлебитической болезни в виде лимфедемы. Полностью трудоспособность без каких-либо субъективных симптомов и ограничений восстановили 14 (77,8 %) пациентов данной группы. Прекратили трудовую деятельность либо сменили профес-

сию на физически более легкую – 3 (16,7 %) пациента. 1 (5,5 %) пациент утратил трудоспособность полностью, т.к. в ходе обследования была выявлена более тяжелая патология и оформлена группа инвалидности.

Во второй группе исследования ( $n = 17$ ), получавших, помимо базисного лечения и прямых пероральных антикоагулянтов на начальном этапе лечения, пероральный фибринолитик тромбовазим – полная реканализация в подкожных венах через 12 месяцев была отмечена у 14 (93,3 %) человек. Рецидива тромбоза глубоких вен отмечено не было. Субъективное улучшение на амбулаторном этапе лечения отмечали пациенты и первой и второй групп исследования. Однако стоит отметить, что во второй группе полный регресс симптоматики в виде локальной болезненности, гиперемии, уплотнения по ходу пораженных тромботическим процессом вен у данного заболевания отмечен у 13 (86,7 %) пациентов; тогда как в первой группе это произошло только у 11 (61,1 %) пациентов. Полностью трудоспособность без каких-либо субъективных симптомов, таких как чувство дискомфорта по ходу пораженных вен, чувство наличия тяжа, парестезии, восстановили 16 (100 %) пациентов второй группы, прекратили трудовую деятельность либо сменили профессию на более легкую физически – 1 (5,8 %) пациент.

Таким образом, следует отметить, что добавление перорального тромболитика тромбовазима в схему лечения больных с тромбофлебитом подкожных вен – достоверно улучшает результаты данного лечения. При этом снижаются сроки утраты трудоспособности пациентов и улучшается качество жизни за счет более быстрого купирования воспалительных изменений и субъективных симптомов заболевания.

### Выводы

Стандартное консервативное лечение варикотромбофлебита неоднократно доказывало свою эффективность, однако длительность течения этого заболевания в со-

четании с наличием выраженных клинических симптомов и значительным ухудшением качества жизни бесспорно снижают комплаенс лечения у этих пациентов. Четкое соблюдение принципов патогенетического лечения в виде добавления в обязательный комплекс лечения варикотромбофлебита комплекса современных антикоа-

гулянтных препаратов и дезагрегантов приводит к более быстрой реканализации пораженных вен при наблюдении до 12 месяцев, быстрому купированию клинических синдромов, улучшению качества жизни пациентов, ускорению сроков реабилитации с сохранением привычного образа жизни и вида трудовой деятельности.

## Литература / References

- 1 Finazzi G., Ageno W. Direct oral anticoagulants in rare venous thrombosis // Intern. Emerg. Med. – 2016. – Vol. 11 (2). – P. 167–170.
- 2 Galanaud J, Genty C, Sevestre M et al. Predictive factors for concurrent deep-vein thrombosis and symptomatic venous thromboembolic recurrence in case of superficial venous thrombosis: The OPTIMEV study. // Thromb Haemost. – 2011 – Vol. 105 (1). – P. 31–39.
- 3 Hamdan A. Management of varicose veins and venous insufficiency / A. Hamdan // JAMA. – 2012. – Vol. 308. – P. 2612–2621.
- 4 Jorgensen G. O. The incidence of deep venous thrombosis inpatients with superficial thrombophlebitis of the lower limbs // J. Vasc. Surg. – 1993. – Vol. 18. – P. 7073.
- 5 Murgia A. P. Surgical management of ascending saphenous thrombophlebitis / A. P. Murgia [et al.] // Int. Angiol. – 1999. – Vol. 18, N 4. – P. 343–347.
- 6 Titon J. P. Therapeutic management of superficial venous thrombosis with calcium nadroparin / J. P. Titon, D. Auger // Ann. Cardiol. – 1994. – Vol. 32. – P. 397–401.
- 7 Wichers I. M Treatment of superficial vein thrombosis to prevent deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a systematic review // Haematologica. – 2005. – Vol. 90, N 5. – P. 672–677.
- 8 Buldyshkin V.V. Problemy varikotromboflebita nizhnih konechnostej // Tavricheskij medikobiologicheskij vestnik. – 2012. – T. 15, № 2. – Ch. 3 (58). – S. 47–49.
- 9 El'shin E.B. Sovremennye podhody k lecheniyu gnojno-nekroticheskikh porazhenij stop pri saharnom diabete // Aspirantskij vestnik Povolzh'ya. Hirurgiya. – 2014. – № 5–6. – S. 88–91.
- 10 Kalinin R.E., Narizhnyj M.V., Suchkov I.A. Embolopasnost' ostrogo voskhodyashchego tromboflebita poverhnostnykh ven nizhnih konechnostej // Rossijskij mediko-biologicheskij vestnik im. akad. I.P. Pavlova. – 2011. – № 2. – S. 126–130.
- 11 Kirienco A.I., Matyushenko A.A., Andriyashkin V.V. Ostryj tromboflebit. – M.: Lit-terra, 2006. – 108 с.
- 12 Ostrye venoznye trombozy: diagnostika, lechenie i profilaktika: uchebnoe posobie / E.P. Krivoshchekov, E.A. Korymasov, N.A. Lysov, S.E. Katorkin. – M., 2020 – 242 s.
- 13 Puti uluchsheniya rekanalizacii ostrogo tromboza glubokih ven nizhnih konechnostej / E.P. Krivoshchekov, S.E. Katorkin, E.B. El'shin, V.E. Romanov // Aktual'nye vo-prosy flebologii. 12-j Sankt-Peterburgskij venoznyj forum (Rozhdestvenskie vstrechi). – SPb., 2019. – S. 75–76.
- 14 Sovremennoe lechenie tromboza glubokih ven nizhnih konechnostej kompleksom peroral'nykh antikoagulyantov i fibrinolitikov / E.P. Krivoshchekov, E.B. El'shin, V.E. Romanov // Sovremennaya medicina. – 2019. – № 2 (14). – S. 113–115.
- 15 Sovremennoe lechenie troficheskikh yazv venoznoj etiologii sochetaniem peroral'nogo fibrinolitika i bioplasticheskikh materialov / E.P. Krivoshchekov, E.B. El'shin, V.E. Romanov, G.S. Alyapyshev // Sovremennaya medicina. – 2019. – № 2 (14). – S. 109–112.
- 16 Obshchaya zabolevaemost' vzroslogo naseleniya Rossii v 2016 godu. Statisticheskie materialy. – M., 2016.
- 17 Pokrovskij A.B. Klinicheskaya angiologiya. Rukovodstvo dlya vrachej. – M.: Medici-na, 2004. – T. 2. – S. 788–809.
- 18 Pokrovskij A.V., Gradusov A.V., Bredihin R.A. Diagnostika i lechenie varikoznoj bolezni. – M.: RMAPO, 2013. – 125 s.
- 19 Pustovojt A. A. Taktika lecheniya ostrogo voskhodyashchego tromboflebita / A. A. Pustovojt, S. G. Gavrilov, I. A. Zolotuhin // Flebologiya. – 2011. – № 3. – S. 46–52.

- 20 Romanov V.E., Madonov P.G., Ershov K.I., Shilova M.A. Farmakologicheskie svoystva i klinicheskoe primeneniye trombovazima // Flebologiya. – 2014. – Т. 8. – № 2. – С. 90–91.
- 21 Rossijskie klinicheskie rekomendacii po diagnostike, lecheniyu i profilaktike ve-noznyh tromboembolicheskikh oslozhnenij (VTEO) // Flebologiya. – 2015. – Т. 9. – № 4. – С. 157.
- 22 Savel'ev V.S., Gologorskij V.A., Kirienko A.I. i dr. Flebologiya. Rukovodstvo dlya vrachej / pod red. V.S. Savel'eva. – М.: Medicina, 2001. – 664 с.
- 23 Savel'ev V.S., Kirieko A.I., Zolotuhin I.A., Andriyashkin A.I. Profilaktika po-sleoperacionnyh venoznyh tromboembolicheskikh oslozhnenij v rossijskikh staciona-rah (predvaritel'nye rezul'taty proekta «Territoriya bezopasnosti») // Flebolo-giya. – 2010. – № 3. – С. 3–8.
- 24 Savel'ev V.S., Kirienko A.I. Klinicheskaya hirurgiya: nacional'noe rukovodstvo: v 3 t. – М.: GEOTAR-Media, 2010. – Т. 3. – 1008 с.
- 25 Shatalov A.V. Gemodinamicheskij mekhanizm razvitiya ostrogo varikotromboflebita goleni v bassejnebol'shoj podkozhnoj veny // Flebologiya. – 2010. – № 3. – С. 34–38.
- 26 Shval'b P.G., Biryukov S.A., Suchkov I.A., Kalinin R.E. Specializirovannaya profi-laktika tromboembolii legochnoj arterii. – Ryazan': Uzoroch'e, 2010. – 118 с.
- 27 Shevchenko Yu.L., Stojko Yu.M. Osnovy klinicheskoy flebologii. – М.: Shiko, 2013. – 336 с.

### **Авторская справка**

**Кривошеков Евгений Петрович**

доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии, ИПО ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара, Россия

**Посеряев Александр Валентинович**

врач-сосудистый хирург, ГБУЗ «Ульяновская областная клиническая больница», Ульяновск, Россия  
e-mail: 530-doc@mail.ru

**Ельшин Евгений Борисович**

врач-хирург, заведующий приемным отделением, ГБУЗ СО «Городская клиническая больница № 8», Самара, Россия  
e-mail: ebels@mail.ru

**Романов Владислав Евгеньевич**

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой медицинского страхования ИПО, ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара, Россия

**Казанцев Александр Викторович**

доктор медицинских наук, доцент, доцент кафедры хирургии, ИПО ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара, Россия  
врач сердечно-сосудистый хирург отделения сосудистой хирургии ГБУЗ СОКБ им. В. Д. Середавина, Самара, Россия  
e-mail: dockazantsev@mail.ru