

«УТВЕРЖДАЮ»

**Генеральный директор
ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии
имени А.А. Вишневого»**

**Минздрава России,
докт. мед. наук, проф., академик РАН
Ревишвили А.Ш.**



2025 г.

ОТЗЫВ ВЕДУЩЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.А. Вишневого» Министерства здравоохранения Российской Федерации о научно-практической ценности диссертации Чомаевой Аиды Асиреталыевны «Комплексное лечение больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей в стадии трофических расстройств», представленную на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности
3.1.15. Сердечно-сосудистая хирургия

Актуальность темы диссертации

В России хроническим заболеванием вен страдает 20—50% взрослого населения, а хроническая венозная недостаточность является основным фактором его прогрессирования, причем у 15% имеются трофические нарушения кожи разной степени выраженности, открытые или рецидивирующие язвы [Савельев В.С. 2012, Савинов И.С. 2017, Туркин П.Ю 2022, Главнов П.В. 2024,].

Хронические заболевания вен является одной из самых частых патологий, тяжелые формы ХВН в стадии трофических расстройств составляют 8,2%, а трофических венозных язв 1,1% [Кириенко А.И. 2015, Золотухин И.А. 2016, Богданов С.Б. 2020, Дибиров М.Д. 2021]. Во всем мире проблема лечения

больных с ХВН в стадии трофических расстройств и венозными язвами является чрезвычайно актуальной для современной медицины [Vuylsteke M.E. 2015, Kolluri R. 2022, Nadasy G. L.2024, Ivanov N. 2024].

Принцип лечения трофических венозных язв основан на комплексе взаимосвязанных, последовательных этапов лечения вплоть до эпителизации язвы [Дибиров М. Д., Шиманко А. И.2019]. Местное лечение трофических венозных язв с использованием интерактивных раневых покрытий и двухслойного компрессионного биндажа позволяют сократить до 2-х месяцев по сравнению с традиционной терапией [Шиманко А.И. 2017, Богданец Л.И. 2021].

Основным недостатком консервативного лечения является длительность лечения и большая частота рецидивов. При этом заживление трофической венозной язвы по данным различных авторов происходит в сроки от 45 суток до 6 месяцев [Чур С.Н. 2007 Шиманко А.И. 2017, Богданец Л.И. 2021].

В этом отношении методика Shave therapy, которая основана на хирургическом дебридменте язвы и одновременной аутодермоплатике позволяет ускорить заживление раны до двух недельного срока, что делает этот метод наиболее перспективным при ТВЯ [Малинин А.А. 2022, Главнов П.В. 2024].

Причиной развития ХВН при ПТБ является обструкция глубоких вен [Blebea J. 2023, Orrego A. 2021, Ortega M. A. 2021, Gore M. 2021, Markovic J. N. 2020]. Среди различных факторов существования и прогрессирования ХВН основными являются нарушение функции мышечно-венозной помпы, недостаточность клапанного аппарата глубоких и перфорантных вен, вторичное варикозное расширение поверхностных вен и венозных сплетений, что приводит к венозному застою в микроциркуляторном русле.

Основным пусковым механизмом ХВН является флебогипертензия, при которой происходит нарастание венозного застоя, усугубление нарушений микроциркуляции, что приводит к метаболическим нарушениям в тканях и язве (Passariello F. 2016, Ortega M. A. 2021, Kienzl P. 2024]. Исследования венозной гемодинамики при различных вариантах поражения венозной системы определяет возможности выбора объективной тактики, что приводит к улучшению

результатов лечения. Однако до настоящего времени недостаточно изучены процессы нарушения функции мышечно-венозной помпы при различных вариантах поражения поверхностной и глубокой венозной системы, что требует проведения более углубленных исследований.

Этой проблеме посвящена данная работа, которая позволяет на основании изучения флебодинамики, распределения статической и динамической флебогипертензии разработать и внедрить в практику методы хирургической декомпрессии флебогипертензии. Другим методом, позволяющим улучшить результаты лечения основано на использовании кожно-пластических операций, что позволяет ускорить добиться заживления язвы и значительно снизить частоту рецидивов.

Основной стратегией лечения больных с тяжелыми формами ХВН является комплексный подход, который включает использование хирургических и малоинвазивных методов термокоагуляции для устранения патогенетических причин венозной гипертензии, а также использования всего арсенала консервативной терапии, местного лечения язв, использования раневых покрытий, физиотерапии и др.

Сложность лечения больных с посттромботической болезнью заключается в поражении глубоких вен, что определяет причину флебогипертензии. В данном направлении отсутствуют эффективные реконструктивные операции восстановление венозного оттока, которые возможно было внедрить в клиническую практику. В доступной литературе отсутствуют данные о лечебно-диагностическом алгоритме, который необходим для практических врачей для выбора оптимальной тактики лечения у больных с ХВН в стадии трофических расстройств и открытой венозной язвы.

Автор поставил целью улучшить результаты лечения больных с ХВН в стадии трофических расстройств при ПТБ и варикозной болезни путем разработки дифференцированного лечебно-диагностического алгоритма с использованием стратегии изучения динамической флебогипертензии, сравнительного анализа эффективности ближайших и отдаленных результатов

при использовании различных методов хирургического и консервативного лечения ХВН.

Всё выше сказанное определяет актуальность диссертации Чомаевой А.А.

Новизна исследования и полученных результатов, выводов и рекомендаций, сформулированных в диссертации

Диссертационное исследование проведено на большом клиническом материале (423 пациента) с заболеваниями поверхностной и глубокой венозной системы нижних конечностей с ХВН в стадии трофических расстройств. В работе представлен анализ результатов исследования венозной флебодинамики, оригинальный лечебно-диагностический алгоритм, а также сравнительный анализ ближайших и отдаленных результатов различных методов консервативного и хирургического лечения пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей и посттромботической болезнью. Для лечения больных с ХВН использовались методы комплексной консервативной терапии, классические методы флебэктомии для устранения вертикального и горизонтального рефлюкса, а также малоинвазивные способы термокоагуляции включая кожно-пластические методы лечения трофических язв. Разработанный лечебно-диагностический алгоритм больных с трофическими расстройствами и язвами основан на патофизиологических механизмах развития ХВН, предполагает дифференцированное использование диагностических методов для различных методов лечения и отражает все возможные варианты хирургического и консервативного лечения. Алгоритм подразделяется на несколько этапов, некоторые из которых в зависимости от результата лечения имеют прямую или обратную последовательность действий.

Результаты, полученные при анализе показателей постнагрузочного венозного давления, позволяют считать, что между степенью снижения дренажной функции мышечно-венозной помпы голени и тяжестью заболевания существует прямая корреляционная зависимость. Определяющим является нарушение дренажной функции помпы голени в области входа в нее, то есть в

нижней трети голени. Снижение индекса функции мышечно-венозной помпы голени более, чем 50% приводит к развитию тяжелых микроциркуляторных расстройств

По данным проведенного исследования определена стратегия лечения ХВН в стадии трофических расстройств, которая заключается в хирургическом и консервативном (в первую очередь компрессионном) лечении динамической флебогипертензии. Хирургические методы направлены на создание коллатерального венозного оттока для декомпрессии венозной гипертензии в венах голени, возникающей при ходьбе. В работе использовались различные варианты сафенного переключения венозного кровотока из голени с процессом унифокализации оттока методом разобщения патологических венозных кругов, которые возникают в результате стеноотического-окклюзионные поражений магистральных вен илиофemorального сегмента.

Операции, основанные на создании путей коллатерального венозного оттока при сафенном переключении, приводят к разобщению патологического венозного круга и тем самым к декомпрессии флебогипертензии голени. Одновременно создается единый путь венозного оттока крови из глубоких вен голени за счет сафенного переключения и в результате эффективность насосной функции мышечно-венозной помпы голени возрастает в 18,5 раза для поверхностных вен и в 5,4 раза для глубоких вен голени. Флеботометрические исследования показали, что операция по разобщению перфорантных вен при ПТБ приводит к увеличению показателей эффективности работы мышечно-венозной помпы голени для поверхностных вен в 3,1 раза, а для глубоких в 1,9 раза относительно показателей интактных конечностей.

Доказано, что устранение тотального рефлюкса в поверхностной венозной системе приводит к восстановлению эффективности работы мышечно-венозной помпы голени в результате размыкания большого патологического круга через сафено-фemorальное соустье и устранения ортостатической и динамической нагрузки на глубокие вены голени и это является основным фактором эпителизации язвы.

Анализ эффективности консервативного лечения показал незначительное улучшение работы мышечно-венозной помпы голени для поверхностной системы 1,5, а для глубокой 1,6 раза, что связано с отсутствием механизмов прямого воздействия на венозный отток крови.

Выявлено, что все виды хирургического лечения, направленные на устранение патофизиологических причин ХВН (венозного рефлюкса и восстановление венозного оттока) приводят к увеличению эффективности работы МВП голени. Операции сафенного переключения одновременно улучшают венозный отток и устраняют рефлюкс крови, что приводит к повышению эффективности работы МВП голени в 18,5 раза для поверхностных вен и в 5,4 раза для глубоких вен.

Операции разобщения перфорантных вен и реканализации ОБВ имеют меньшую эффективность, т.к. устраняют отдельные причины ХВН.

Консервативное лечение менее всего влияет на функциональное состояние работы мышечно-венозной помпы голени.

Эффективность метода Shave Therapy при нормальном приживлении кожных лоскутов, по срокам заживления или эпителизации ТВЯ в 10 раз быстрее, чем при использовании комплексной консервативной терапии. Это связано с прямым кожно-пластическим эффектом операции Shave Therapy. Все остальные методы хирургического лечения не оказывают прямого воздействия на заживление ТВЯ, а только устраняют или уменьшают проявление патофизиологических процессов, приводящих к ХВН, трофическим расстройствам и язве. Во всех случаях заживление ТВЯ требует дополнительной комплексной консервативной терапии. В результате снижение сроков заживления трофических венозных язв относительно комплексного консервативного лечения после флебэктомии или РЧА БПВ у больных с ВБВНК составляет 2,7 раза, после пересечения или термокоагуляции перфорантных вен 1,5 раза и после реканализации общей бедренной вены или сафенного переключения у пациентов с ПТБ в 3,4 раза.

Научно-практическая значимость работы

При диагностике тяжести ХВН в стадии трофических расстройств следует проводить исследования функционального состояния мышечно-венозной помпы голени методом ультразвуковой флеботонометрии амбулаторного давления до и после операции.

Оригинальный лечебно-диагностический алгоритм больных с трофическими расстройствами и язвами основан на патофизиологических механизмах развития ХВН, предполагает дифференцированное использование диагностических методов для различных методов лечения и отражает все возможные варианты хирургического и консервативного лечения. Алгоритм подразделяется на несколько этапов, некоторые из которых в зависимости от результата лечения имеют прямую или обратную последовательность действий. Применение оригинального алгоритма в клинической практике дает возможность улучшить результаты лечения на основании выбора оптимальной тактики диагностики и лечения.

Хирургические методы лечения направлены на коррекцию флебогипертензии при ХВН, степень которой определяет тяжесть клинических проявлений. Кожно-пластические методы предназначены для прямого закрытия трофической язвы после её хирургического дебридмента. Использование Shave Therapy при ПТБ, возможно, как самостоятельного метода, когда осуществляется лечение только трофической язвы, как длительно существующей гранулирующей раны. При варикозной болезни метод Shave Therapy можно использовать в сочетании с одновременной РЧА БПВ, как основного патофизиологического фактора флебогипертензии при ХВН.

Для улучшения функции мышечно-венозной помпы рекомендуется использовать операции гемодинамической коррекции или сафенного переключения. Суть этих операций заключается в централизации венозного оттока из голени за счет унифокализации. Использование метода реканализации общей бедренной вены методом фибротромбэктомии позволяет улучшить

венозный отток из поверхностной и глубокой венозной системы нижней конечности.

Метод разобщения перфорантных вен позволяет устранить патологический ток крови и купировать местную флебогипертензию. Использование методов термокоагуляции перфорантных вен является доступным для клинического использования. Однако в условиях липодерматосклероза тканей при ПТБ имеются трудности по его использованию. Альтернативным методом разрушения перфорантной вены при ПТБ является способ с использованием специального инструмента «Перфатома», который позволяет провести операцию в фиброзных тканях и даже под язвой на от неё достаточном расстоянии.

Хирургическое пересечение перфорантных вен при проведении комбинированной флебэктомии проводится после их ультразвукового картирования, что повышает её прецизионность и снижает травматичность.

Комплексная терапия должна включать различные методы, которые воздействуют на различные патогенетические механизмы ХВН. Применение современных раневых покрытий, адаптированных к стадии раневого процесса, в сочетании с адекватной активной и пассивной компрессией, а также различных физиотерапевтических методов стимуляции репаративных процессов и венозного кровотока являются современным комплексным подходом, позволяющим оптимизировать процесс заживления венозных язв.

Использование комплекса реабилитационных мероприятий и адекватного компрессионного лечения после заживления язвенного дефекта служит надежным средством профилактики рецидива заболевания. Одной из причин рецидива язвы является неадекватное местное лечение, нарушение регламента компрессионной терапии и необоснованно поздние сроки хирургического лечения.

По теме диссертации опубликовано 16 печатных работ, **RSCI** – 10, в журналах, рекомендованных **ВАК РФ** - 5(Q1, Q2, Q3,), в других журналах – 1, получен патент на изобретение- 1.

Автореферат диссертации дает полное представление об объёме и значимости проведенного исследования, хорошо отражает основные положения

работы, сформулированные в выводах и практических рекомендациях. Все результаты и выводы данного исследования логичны, аргументированы и обоснованы. Практические рекомендации имеют существенное значение в хирургической практике.

Результаты проведенного исследования целесообразно рекомендовать к внедрению в практику хирургических сосудистых отделений, проводящих лечение пациентов с посттромботической болезнью и варикозной болезнью вен нижних конечностей. Материалы диссертационной работы могут быть использованы в учебных курсах для подготовки специалистов по хирургии, ангиологии и сосудистой хирургии, а также в практических руководствах по хирургии.

Заключение

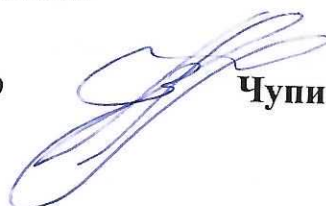
Диссертационная работа «Комплексное лечение больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей в стадии трофических расстройств», представленная к защите на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.15. Сердечно-сосудистая хирургия является завершенной научно-квалификационной работой, которая содержит новое решение актуальной проблемы по улучшению результатов хирургического лечения пациентов посттромботической и варикозной болезнью вен нижних конечностей и имеет существенное значение для хирургии.

Диссертационная работа Чомаевой Аиды Асиреталыевны соответствует требованиям, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени доктора медицинских наук, согласно п.2.1. раздела II Положения о присуждении ученых степеней в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», утвержденного ученым советом РУДН протокол « УС-1 от 22.01.2024 г., а ее автор, Чомаева Аида Асиреталыевна, заслуживает присуждения ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.15. Сердечно-сосудистая хирургия.

Проект отзыва подготовлен заведующим отделением сосудистой хирургии
ФГБУ «НМИЦ хирургии имени А.В. Вишневского» Минздрава России, доктором
медицинских наук, профессором Чупиным Андреем Валерьевичем.

Отзыв заслушан, обсужден и одобрен на заседании отделения сосудистой
хирургии Института хирургии им. А.В. Вишневского протокол № 10, от 25
декабря 2025 года.

Заведующий отделением сосудистой хирургии
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский
центр хирургии имени А.В. Вишневского»
Министерства здравоохранения РФ
доктор медицинских наук, профессор



Чупин Андрей Валерьевич

115093, г. Москва, ул. Большая Серпуховская, д. 27,
Телефон: 8(499)237-88-28; E-mail: Chupin@ixv.ru

Подпись д.м.н., профессора Чупина Андрея Валерьевича
«заверяю»:

Ученый секретарь ФГБУ «Национальный
медицинский исследовательский
центр хирургии имени А.В. Вишневского»
Министерства здравоохранения РФ,
доктор медицинских наук



Зеленова Ольга Владимировна

115093, г. Москва, ул. Большая Серпуховская, д.27, тел. 8(499)236-60-94

«26» декабря 2025 г.