



Краткое сообщение / Short report

Ривароксабан в практике амбулаторного флеболога

Д.А. Борсук^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0003-1455-9916>, borsuk-angio@mail.ru

¹ Южно-Уральский государственный медицинский университет; 454141, Россия, Челябинск, ул. Воровского, д. 64

² Казахстанско-Российский медицинский университет; 050004, Республика Казахстан, Алматы, ул. Абылай Хана, д. 51/53

Резюме

На сегодняшний день отмечается стремительное развитие клинической флебологии. Рассматривая этот подъем на линии времени в разрезе интервала два-три десятилетия, качество диагностики и лечения венозной патологиикратно возросло. Кроме знакового перехода из стационара в амбулаторные условия при вмешательствах у пациентов с варикозной болезнью, огромные достижения наблюдаются при всех нозологиях и их осложнениях, где, так или иначе, вовлечен венозный компонент. Вместе с тем, кроме технико-организационных и гемодинамических успехов, прогресс в фармакологической сфере, в частности антикоагуляции, проходящей красной линией через всю флебологическую помощь, позволил упростить терапевтические стратегии и минимизировать побочные эффекты при назначении препаратов этой группы. Одним из таких лекарственных средств, получившим широкое распространение и в силу своего удобства активно используемым в клинической практике, стал пероральный антикоагулянт ривароксабан. На текущий момент его действие хорошо изучено, многочисленные исследования подтверждают эффективность и безопасность. В статье рассматриваются вопросы применения ривароксабана, а также уделяется значение качеству и контролю за его производством на примере доступного на российском рынке препарата Риваксаб®.

Ключевые слова: флебология, антикоагулянты, пероральные антикоагулянты, ривароксабан, Риваксаб

Для цитирования: Борсук ДА. Ривароксабан в практике амбулаторного флеболога. *Амбулаторная хирургия*. 2026;23(1):145–149. <https://doi.org/10.21518/akh2026-015>.

Конфликт интересов: статья подготовлена при поддержке компании Viatris. Это никак не повлияло на мнение автора.

Rivaroxaban in the outpatient phlebological practice

Denis A. Borsuk^{1,2}, <https://orcid.org/0000-0003-1455-9916>, borsuk-angio@mail.ru

¹ South Ural State Medical University; 64, Vorovskiy St., Chelyabinsk, 454092, Russia

² Kazakhstan-Russian Medical University; 51/53, Abylay Khan St., Almaty, 050004, Republic of Kazakhstan

Abstract

Nowadays, ambulatory phlebology is rapidly developing. Considering this progress over a period of two to three decades, the quality of diagnosis and treatment of venous disorders has increased exponentially. In addition to the significant shift from inpatient to outpatient settings for interventions on patients with varicose veins, significant advances are being observed across all conditions and their complications where the venous component is involved. Furthermore, in addition to technical, organizational, and hemodynamic advances, more simple therapeutic strategies and minimization of side effects are seen in anticoagulation which is a key component of phlebological care. Rivaroxaban is widely adopted and, due to its convenience, actively used in clinical practice. It has now been well investigated, with numerous studies confirming its efficacy and safety. The article considers the use of rivaroxaban and highlights the importance of quality and production control in example of the Rivaxab®, which is available on the Russian market.

Keywords: phlebology, anticoagulants, oral anticoagulants, rivaroxaban, Rivaxab

For citation: Borsuk DA. Rivaroxaban in the outpatient phlebological practice. *Ambulatornaya Khirurgiya*. 2026;23(1):145–149. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/akh2026-015>.

Conflict of interest: the article was prepared with support from Viatris. That didn't really affect the author's opinion one way or the other.

◆ ВВЕДЕНИЕ

Достижения медицинской науки последних лет значительно изменили рутинную клиническую практику, касающуюся помощи пациентам с заболеваниями сосудистой системы. Постоянно растущий объем новой информации и технических решений диктует необходимость кластеризации отрасли и подготовки все более узкопрофильных специалистов. В частности, накопленные знания и эволюция устройств выделили сегодня флебологию в особое направление, по абсолютно понятным причинам не имеющее статуса отдельной специальности, однако требующее комплексного и углубленного понимания патогенетических и лечебно-диагностических аспектов острых и хронических заболеваний вен (ХЗВ).

◆ ПРОФИЛЬ СОВРЕМЕННОГО ФЛЕБОЛОГА

Вместе с переходом от открытых операций в условиях стационара к амбулаторным мини-инвазивным вмешательствам при варикозной болезни профиль современного флеболога подразумевает ориентацию в венозной гемодинамике, компетентность в вопросах илиофemorальной тромботической и нетромботической обструкции, а также других, в т. ч. периферических, компрессионных синдромов, тазового венозного полнокровия, заболеваний вен верхних конечностей [1–5]. Обязательно иметь представление о возможностях рентгенэндоваскулярной и открытой помощи при подобной патологии. Лечение трофических язв, включающее тонкости компрессии, в частности бандажирования и неэластических изделий, shave-терапии, пересадки кожных лоскутов, перевязочных средств и раневых покрытий, – еще один важный и обязательный аспект [6, 7]. В эстетическом направлении к классической микросклеротерапии стремительно добавились комбинированные методики, требующие комплексного понимания чрескожной лазерной коагуляции и не только [8].

Пациенты с венозными мальформациями – отдельная когорта больных, где теоретический и практический компоненты необходимы для достижения оптимальных результатов [9]. Лимфедема и липедема регулярно встречаются на амбулаторном приеме [10, 11]. Кроме того, ориентация в многообразии тактических подходов к лечению ХЗВ, знания артериальных, неврологических, дерматологических, ревматологических и многих других болезней, умение выполнять не только ультразвуковые исследования, но и оценивать методики 3D-визуализации, такие как компьютерная и магнитно-резонансная томографии, разбираться в наследственной и приобретенной тромбофилии – все это принципиально для качественной работы флеболога [12].

◆ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Вместе с тем как самостоятельная нозологическая единица, так и сопровождающая другие патологии и их лечебные процедуры венозный тромбоземболизм представляет отдельный и крайне важный раздел, распространяющийся на врачей любой специальности, однако наиболее актуальный для флебологического направления [13].

Говоря о профилактике венозных тромбоземболических осложнений (ВТЭО), выделяются немедикаментозные и медикаментозные звенья. Наиболее важным инструментом для их выбора сегодня заслуженно является шкала Каприни ввиду большого количества хорошо спланированных исследований валидации [14, 15]. К немедикаментозным средствам относятся ранняя активизация, эластическая компрессия, электромиостимуляция, перемежающаяся пневмокомпрессия. Основой медикаментозной профилактики выступают антикоагулянтные препараты.

Рассматривая лечение состоявшегося ВТЭО, необходимо выделить хирургическую, в т. ч. эндоваскулярную, помощь и тромболитис. Однако показания к ним достаточно ограниченные, во многих центрах отсутствуют технико-организационные возможности, поэтому основой терапии также являются лекарственные средства из группы антикоагулянтов, прием которых в т. ч. дополняет и активную хирургическую тактику [16].

Длительное время для этих целей применялся нефракционированный гепарин парентерально, на замену которому пришли низкомолекулярные гепарины, позволившие сократить количество инъекций. Однако, учитывая продолжительность лечения состоявшегося ВТЭО, пожизненную вторичную профилактику у многих больных, в частности с двумя неспровоцированными тромбозами, или длительную первичную профилактику у отдельной когорты пациентов, на амбулаторном этапе большое значение приобрели пероральные препараты.

Буквально недавно, всего около 15 лет назад, для этого были доступны только антагонисты витамина К (АВК). Хирурги средней возрастной группы и старше хорошо помнят ту практику с трудностями подбора дозы, регулярными оценками международного нормализованного отношения, его перепадами, передозировками, кровотечениями, гематомами и кожными некрозами. Все это прекратилось с появлением прямых оральных антикоагулянтов (ПОАК), называвшихся поначалу новыми оральными антикоагулянтами – НОАК, где ввиду удобства применения одним

из ключевых препаратов стал ривароксабан, не требовавший инициации парентеральными гепаринами при развившихся ВТЭО, в отличие от одновременно заходившего на рынок дабигатрана.

Примечательно, что при появлении ПОАК первое время сохранялись некоторые ограничения со стороны финансовых возможностей пациентов для их широкого распространения, постепенно сократившиеся до минимума. В результате сегодня назначение АВК начинает приобретать в некоторой степени исторический характер для больных ВТЭО и при их профилактике.

Возвращаясь к амбулаторной флебологии, а именно к ее основному компоненту – мини-инвазивным вмешательствам при варикозной болезни, представляет интерес относительно редкое (1–2%), но в силу большого числа операций их регулярное осложнение – термоиндуцированный тромбоз (ТИТ) [17]. Нашей группой авторов еще в 2016 г. было опубликовано исследование о возможности и хороших результатах лечения ТИТ ривароксабаном [18, 19]. Отметим, что если I класс по L.S. Kavnick является по факту эндоваскулярной кроссэктомией, к которой ряд врачей стремятся целенаправленно, и данное состояние не требует терапии, то при II–IV классах тромботические массы пролабируют в глубокие вены, формируя тромбоз глубоких вен, что является показанием к назначению ривароксабана согласно инструкции¹.

Широкое распространение ПОАК получили для терапии и вторичной профилактики тромбозов глубоких вен (ТГВ) и тромбоемболии легочной артерии (ТЭЛА)². Данные показания внесены в инструкцию по медицинскому применению к ривароксабану и находят отражение в КР Минздрава РФ «Тромбоз глубоких вен» 2025 г. [16]. Для инициальной терапии ривароксабан используется в дозе 15 мг 2 раза в сутки в течение 21 дня, далее для длительной – 20 мг 1 раз в сутки, для продленной – 20 мг 1 раз в сутки. При решении в пользу продленной антикоагуляции у пациента с ТГВ

без высокого риска рецидива ВТЭО через 6 мес. рекомендуется отдавать предпочтение редуцированным дозам ривароксабана – 10 мг 1 раз в сутки.

◆ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, сегодня амбулаторная флебология шагнула далеко вперед. Вместе с тем лечение практически каждой нозологии сопровождается применением или потенциальным назначением антикоагулянтов, среди которых достаточно удобным и с высокой доказанной эффективностью является ривароксабан, имеющий широкий ряд представленных дозировок. Нечто подобное было на восходе артериальной сосудистой хирургии, когда нефракционированный гепарин позволил начать новую эру ее развития.

В то же время, кроме самого действующего вещества, большое значение имеет качество лекарственного средства и контроль за его производством. В связи с этим представляет интерес препарат ривароксабана Риваксаб® от компании Viatris, одобренный не только Министерством здравоохранения РФ, но и Администрацией по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов США (FDA – Food and Drug Administration). Кроме того, Риваксаб® одобрен Европейским агентством по лекарственным препаратам (European Medicines Agency – EMA) для применения в странах Европейского союза. Согласно заключению этого агентства, Риваксаб® имеет сопоставимое качество и биоэквивалентен референтному препарату, т.е. имеет одинаковую эффективность и переносимость, что не требует дополнительного подтверждения. Отдельного внимания заслуживает то, что Риваксаб® зарегистрирован для лечения и профилактики ТГВ и ТЭЛА у детей и подростков (до 18 лет), что является дополнительным подтверждением его высокой безопасности. Наш собственный опыт использования данного препарата на сегодняшний день позволяет положительно характеризовать результаты его применения в клинической практике.

¹Общая характеристика лекарственного препарата Риваксаб® ЛП-№(004861)-(РГ-РУ), ЛП-№(004814)-(РГ-РУ), ЛП-№(003349)-(РГ-РУ). Режим доступа: https://lk.regmed.ru/Register/EAEU_SmPC.

²Там же.

Поступила / Received 15.03.2026

Поступила после рецензирования / Revised 31.03.2026

Принята в печать / Accepted 05.04.2026

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Tauraginskii RA, Lurie F, Agalarov R, Simakov S, Borsuk D. Blood flow from competent tributaries is likely contributor to distally increasing reflux volume in incompetent great saphenous vein. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2022;10(1):69–74. <https://doi.org/10.1016/j.jvsv.2021.04.010>.
2. Лобастов КВ, Бондарчук ДВ, Борсук ДА, Бредихин РА, Букина ОВ, Панков АС и др. Диагностика и лечение хронической венозной обструкции: согласованное мнение российских экспертов (часть 1). *Хирург.* 2020;(5-6):5–37. <https://doi.org/10.33920/med-15-2003-01>. Lobastov KV, Bondarchuk DV, Borsuk DA, Bredikhin RA, Bukina OV, Pankov AS et al. Diagnosis and treatment of chronic venous obstruction: consensus statement of the Russian experts (Part 1). *Khirurg.* 2020;(5-6):5–37. (In Russ.) <https://doi.org/10.33920/med-15-2003-01>.

3. Лобастов КВ, Бондарчук ДВ, Борсук ДА, Бредихин РА, Букина ОВ, Панков АС и др. Диагностика и лечение хронической венозной обструкции: согласованное мнение российских экспертов (часть 2). *Хирург.* 2020;(7-8):22–55. <https://doi.org/10.33920/med-15-2004-02>. Lobastov KV, Bondarchuk DV, Borsuk DA, Bredikhin RA, Bukina OV, Pankov AS et al. Diagnosis and treatment of chronic venous obstruction: consensus statement of the Russian experts (Part 2). *Khirurg.* 2020;(7-8):22–55. (In Russ.) <https://doi.org/10.33920/med-15-2004-02>.
4. Lane RJ, Cuzzilla ML, Harris RA, Phillips MN. Popliteal vein compression syndrome: obesity, venous disease and the popliteal connection. *Phlebology.* 2009;24(5):201–207. <https://doi.org/10.1258/phleb.2008.008039>.
5. Dimopoulos C, Papastefanou I, Theodoridis P, Iatrou N, Bisdas T. Incidence and management of symptomatic pelvic venous disorders in patients with lower extremity varicose veins. *Phlebology.* 2026;41(2):154–162. <https://doi.org/10.1177/02683555251351184>.
6. Tan M, Lurie F, Bauza Moreno H, Van den Bussche D, Parsi K, Davies AH; UIP. Management of venous leg ulcers. *Phlebology.* 2024;39(7):488–491. <https://doi.org/10.1177/02683555241243167>.
7. Mosti G, Benigni JP, Bohbot S, Devoogdt N, Forner-Cordero I, da Matta E et al. Compression terms: Defining terminology of compression therapy — An international compression club consensus document. *Phlebology.* 2025;40(7):490–495. <https://doi.org/10.1177/02683555241313422>.
8. Богачев ВЮ, Росуховский ДА, Борсук ДА, Шонов ОА, Манджикян ОП, Лобастов КВ и др. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению С1-клинического класса хронических заболеваний вен (ретикулярный варикоз и телеангиэктазии). *Амбулаторная хирургия.* 2020;(3-4):140–206. <https://doi.org/10.21518/18/1995-1477-2020-3-4-140-206>. Bogachev VYu, Rosukhovskiy DA, Borsuk DA, Shonov OA, Manjikian HP, Lobastov KV et al. Russian clinical practice guidelines for the management of C1 clinical class of chronic venous disorders (reticular veins and telangiectasias). *Ambulatornaya Khirurgiya.* 2020;(3-4):140–206. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/18/1995-1477-2020-3-4-140-206>.
9. Lee BB, Baumgartner I, Berlien P, Bianchini G, Burrows P, Glociczki P et al.; International Union of Phlebology. Diagnosis and Treatment of Venous Malformations. Consensus Document of the International Union of Phlebology (IUP): updated 2013. *Int Angiol.* 2015;34(2):97–149. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24566499>.
10. Executive Committee of the International Society of Lymphology. The Diagnosis and Treatment of Peripheral Lymphedema: 2023 Consensus Document of The International Society of Lymphology. *Lymphology.* 2023;56(4):133–151. Available at: <https://doi.org/10.2458/lymph.6372>.
11. Faerber G, Cornely M, Daubert C, Erbacher G, Fink J, Hirsch T et al. S2k guideline lipedema. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2024;22(9):1303–1315. <https://doi.org/10.1111/ddg.15513>.
12. Борсук ДА, Фокин АА. Пути улучшения результатов миниинвазивного лечения варикозного расширения вен нижних конечностей. М.: ДПК; 2023. 300 с. Режим доступа: <https://elibrary.ru/sdacxh>.
13. Nicolaides AN, Fareed J, Spyropoulos AC, Kakkar RHL, Antignani PL, Avgerinos E et al. Prevention and management of venous thromboembolism. International Consensus Statement. Guidelines according to scientific evidence. *Int Angiol.* 2024;43(1):1–222. <https://doi.org/10.23736/S0392-9590.23.05177-5>.
14. Lobastov KV, Shaldina MV, Matveeva AV, Kovalchuk AV, Borsuk DA, Schastlivtsev IV et al. The correlation between Caprini score and the risk of venous thromboembolism after varicose vein surgery. *Int Angiol.* 2023;42(6):477–487. <https://doi.org/10.23736/S0392-9590.23.05050-2>.
15. Lobastov K, Urbanek T, Stepanov E, Lal BK, Marangoni J, Krauss ES et al. The Thresholds of Caprini Score Associated with Increased Risk of Venous Thromboembolism Across Different Specialties: A Systematic Review. *Ann Surg.* 2023;277(6):929–937. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000005843>.
16. Апханова ТВ, Ахметзянов РВ, Ахтямов ИФ, Баринов ВЕ, Бахметьев АС, Белов МВ и др. *Тромбоз глубоких вен: клинические рекомендации.* 2025. Режим доступа: <https://diseases.medelement.com/disease/84-2025/19013>.
17. Borsuk DA, Sadek M, Kabnick LS. Current status of endothermal heat induced thrombosis. *Int Angiol.* 2021;40(4):277–282. <https://doi.org/10.23736/S0392-9590.21.04667-8>.
18. Фокин АА, Борсук ДА, Казачков ЕЛ. Эффективность применения ривароксабана для лечения термоиндуцированных тромбозов после эндовенозной лазерной коагуляции. *Ангиология и сосудистая хирургия.* 2016;22(4):97–101. Режим доступа: <https://angiolsurgery.org/magazine/2016/4/14.htm>. Fokin AA, Borsuk DA, Kazachkov EL. Efficacy of rivaroxaban for the treatment of endothermal heat-induced thrombosis after endovenous laser ablation. *Angiology and Vascular Surgery.* 2016;22(4):97–101. (In Russ.) Available at: <https://angiolsurgery.org/magazine/2016/4/14.htm>.
19. Борсук ДА, Фокин АА. Пути улучшения результатов миниинвазивного лечения варикозного расширения вен нижних конечностей. М.: ДПК Пресс; 2023. 300 с. Режим доступа: <https://elibrary.ru/sdacxh>.

Информация об авторе:

Борсук Денис Александрович, д.м.н., доцент кафедры хирургии Института дополнительного профессионального образования, Южно-Уральский государственный медицинский университет; 454141, Россия, Челябинск, ул. Воровского, д. 64; профессор, Казахстанско-Российский медицинский университет; 050004, Республика Казахстан, Алматы, ул. Абылай Хана, д. 51/53; borsuk-angio@mail.ru

Information about the author:

Denis A. Borsuk, Dr. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Surgery, Institute of Continuing Professional Education, South Ural State Medical University; 64, Vorovskiy St., Chelyabinsk, 454092, Russia; Professor, Kazakhstan-Russian Medical University; 51/53, Abylay Khan St., Almaty, 050004, Republic of Kazakhstan; borsuk-angio@mail.ru