

и стал равным диаметру общей бедренной вены. Пациентка была выписана для амбулаторного лечения на 12-й день.

Выводы. Венозная форма КБА – чрезвычайно редкое заболевание, которое из-за сходства симптомов может быть ошибочно диагностировано как тромбоз глубоких вен. Данная патология должна быть включена в алгоритм диагностического поиска в случаях спонтанного отека ног у молодых пациентов. Хирургическое удаление кисты с восстановлением целостности сосуда, по-видимому, является методом выбора при лечении данной патологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ БОЛЬШОГО ДИАМЕТРА

Маслянский Б. А., Лызиков А. А., Каплан М. Л.,
Маслянский В. Б.

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Республика Беларусь
УЗ «Гомельская областная клиническая больница»,
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение. Варикозное расширение вен (ВРВ) нижних конечностей представляет собой важную медицинскую и социальную проблему. Актуальность проблемы обусловлена высокой распространённостью ВРВ. Прогрессирование заболевания, осложняется хронической венозной недостаточностью (ХВН), которая наблюдается у 50% населения индустриально развитых стран.

Социальная значимость заболевания обусловлена развитием осложнённых форм варикозного расширения вен и формированием трофических язв нижних конечностей, которые возникают у 1-2% лиц трудоспособного возраста и у 4-5% лиц пожилого и старческого возраста. В настоящее время ежегодные суммарные затраты на лечение хронических заболеваний вен нижних конечностей составляют 1-3% общего бюджета здравоохранения. Опыт по применению эндовенозной лазерной

коагуляции (ЭВЛК) свидетельствует о перспективности метода и его достаточно высокой эффективности.

Большинство научных исследований, посвященных результатам лечения ВРВ нижних конечностей при помощи ЭВЛК, отражают результаты вмешательства при диаметре большой подкожной вены (БПВ), не превышающем 10 мм. Тем не менее, возможность эффективного применения ЭВЛК в лечении варикозного расширения подкожных вен большого диаметра является решением важной проблемы современной флебологии.

Цель: оценить эффективность эндовенозной лазерной коагуляции для лечения варикозного расширения вен нижних конечностей при диаметре большой и/или малой подкожных вен свыше 10 мм.

Материал и методы исследования. Проведено проспективное исследование результатов хирургического лечения 380 пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей и диаметром БПВ более 10 мм методом ЭВЛК. Выполнен анализ результатов хирургического лечения пациентов, оперированных с января 2016 по июнь 2018 гг. в 1-м и 2-м хирургических отделениях учреждения «Гомельская областная клиническая больница».

Лазерная облитерация стволов подкожных вен выполнялась с применением аппарата Ceralas-15 компании Biolitec AG (Германия) и радиальных световодов с длиной волны 1470 нм. Лазерный световод вводился в просвет посредством пункции вены на бедре или голени и устанавливался в область сафено-фemorального или сафено-поплитеального соустья. Количество энергии, применяемой для обработки 1 см вены, рассчитывалось по формуле $E=7d$, где d – диаметр вены, измеряемый при ультразвуковом сканировании в положении стоя. Для обезболивания оперативного лечения применялась тумесцентная анестезия охлажденным раствором Кляйна.

Критерий включения – пациенты с ВРВ нижних конечностей и диаметром БПВ более 10 мм, обратившиеся за медицинской помощью по поводу ВРВ и ХВН.

Качественные признаки представлены в абсолютных числах и процентах, количественные признаки в виде медианы и интерквартильного размаха Me (Q1; Q3).

Результаты исследования. С января 2016 г. по июнь 2018 г. в 1-м и 2-м хирургических отделениях учреждения «Гомельская областная клиническая больница» выполнена ЭВЛК 380 пациентам с ВРВ, с диаметром БПВ более 10 мм.

Распределение пациентов по гендерному признаку: мужчины – 118 чел. (31%), женщины – 262 чел. (69%). Число пациентов трудоспособного возраста – 253 чел. (67%), лица пожилого возраста – 127 чел. (33%).

Продолжительность течения ВРВ и ХВН у вошедших в исследование пациентов составила 21,5 (17,6; 25,4) лет.

Диаметр ствола БПВ до процедуры ЭВЛК составил 13,3 (12,4; 14,2) мм.

Распределение пациентов в соответствии с клиническим классом (С) классификации CEAP: С₂ – 111 пациентов (29,2%), С₃ – 219 (57,6%), С₄ – 40 (10,5%), С₅ – 7 (1,9%), С₆ – 3 (0,8%).

При проведении контрольного УЗИ вен нижних конечностей через 6 месяцев после выполненного хирургического лечения у 2 пациентов (0,52%) выявлено фрагментарное наличие кровотока в БПВ.

Осложнения ЭВЛК наблюдались в семи случаях (1,9%): у четырёх пациентов (1,1%) на месте крупных подкожных варикозных притоков, не удалённых во время операции, развился тромбофлебит. В трёх случаях (0,8%) наблюдалось онемение по внутренней поверхности голени (парестезия) с полным регрессом симптоматики в течение первых трех месяцев после выполненного хирургического вмешательства. При контрольном осмотре через 6 месяцев у пациентов с развившимися осложнениями явления реканализации отсутствовали.

Выводы:

1. Применение ЭВЛК при большом диаметре стволов подкожных вен является эффективным методом хирургического лечения, частичная реканализация БПВ выявлена только в двух случаях (0,52%).

2. Развившиеся в 1,9% случаев осложнения не представляли опасности для жизни и здоровья пациентов, что позволяет характеризовать представленный метод лечения как безопасный.

3. Минимальная инвазивность, косметичность и короткий период послеоперационной реабилитации делают ЭВЛК перспективным методом при лечении варикозного расширения вен нижних конечностей.

ОЦЕНКА ОБЪЕМА ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФЕДЕМОЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ III-IV СТАДИИ

Мышенцев П. Н., Каторкин С. Е., Яровенко Г. В.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Самара, Российская Федерация

Введение. В последние десятилетия наблюдается тенденция к росту заболеваемости лимфедемой, что связано в основном с разными видами комбинированного лечения у онкологических пациентов. Выбор рациональной тактики при лимфедеме является, несомненно, сложной проблемой. Это обусловлено особенностями патогенеза, клинического течения, формой и стадией болезни. Особенно это характерно при III и IV стадиях заболевания, которые проявляются выраженными фиброзными изменениями мягких тканей, прогрессирующим увеличением и деформацией конечности, неэффективностью консервативного лечения.

Цель: определение показаний и улучшение результатов оперативного лечения у таких пациентов представляет важную задачу.

Материал и методы. Под наблюдением находились 14 пациентов с лимфедемой нижних конечностей (3 пациента с первичной и 11 с вторичной лимфедемой). У 6 пациентов выявлена III-я стадия лимфедемы, у 8 – IV стадия заболевания. Все пациенты имели длительный анамнез и прогрессирующее течение болезни на фоне безуспешной комплексной противоотечной терапии. При обследовании, наряду с