

# ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА

Павлов А. Г.<sup>1,2</sup>, Янковский А. И.<sup>1</sup>, Прусаков А. В.<sup>1</sup>

СООО «Центр семейного здоровья «БИНА», г. Витебск  
УО «Витебский государственный медицинский университет»,  
г. Витебск, Республика Беларусь

**Введение.** Варикозная болезнь представляет сложную медико-социальную проблему в западном обществе, что обусловлено высокой распространённостью заболевания, хроническим прогрессирующим течением с накоплением возрастной морбидности и коморбидности в популяции, риском и частотой осложнений, а также отсутствием целостных представлений о причинах и первичной профилактике. Современные подходы к лечению основаны на комплексной оценке изменений венозной гемодинамики нижних конечностей и таргетном контролируемом воздействии, позволяющем при минимальной травматичности вмешательства обеспечить его наибольшую эффективность. Современные вмешательства эффективно и безопасно выполняются в амбулаторных условиях, однако не всегда являются экономически доступными или имеют технические ограничения.

**Цель:** оценить возможность использования элементов традиционной открытой хирургии варикоза в условиях амбулаторного центра и определить тактические показания к выполнению подобных вмешательств.

**Материал и методы.** Проведен анализ результатов лечения 83 пациентов (111 конечностей, 126 венозных сегментов с рефлюксом) в возрасте от 22 до 71 года с варикозом на базе СООО «Центр семейного здоровья «БИНА». Все пациенты самостоятельно обратились за консультативной помощью. Тактика комплексного лечения формировалась исходя из клинических данных, результатов УЗДС картирования с учётом предпочтений пациентов. Обязательным условием выполнения вмешательства была минимальная травматичность, позволяющая

выполнить вмешательство амбулаторно, без необходимости наблюдения за пациентом. При наличии протяжённого вертикального стволового рефлюкса использовалась эндовазальная лазерная абляция, для устранения варикозных притоков применялась минифлебэктомия по Варади и склеротерапия, для устранения значимого приустьевого рефлюкса выполнялась кроссэктомия.

**Результаты и обсуждение.** Различные хирургические вмешательства выполнены 82 пациентам с варикозной болезнью (С2- 55 конечностей, С3-33, С4-18, С5-3, С6- 1) и 1 пациент с ПТФС (С6).

Максимально полный объём хирургического вмешательства в рамках одной процедуры, включающий устранение патогенетически значимого рефлюкса и расширенных притоков путём минифлебэктомии и/или склеротерапии был выполнен 29 пациентам (34,9%). В остальных случаях (65,1%) использован поэтапный подход с первичным устранением значимого рефлюкса и последующим устранением расширенных притоков.

Эндовазальные аблятивные методики использованы для устранения рефлюкса на 103 конечностях (92,8% процедур). В 7 случаях (6,36%) для устранения вертикального рефлюкса использована кроссэктомия. Данный метод использован при наличии значимого приустьевого рефлюкса протяжённостью не более 6 см, дренировавшегося в крупный приток. В 2 случаях кроссэктомия сопровождалась одномоментным устранением притоков, в оставшихся – притоки удаляли/склерозировали в сроки от 2 недель до 14 месяцев с момента первичного вмешательства.

Тяжёлых осложнений, потребовавших госпитализации пациентов или дополнительных вмешательств отмечено не было. У одного пациента с трофическими изменениями после максимально радикального одномоментного вмешательства через 8 часов возник эпизод кровотечения из притока, потребовавший дополнительного обращения (остановлено давящей повязкой), ЕНТ I при послеоперационном УЗ-контроле выявлено в 2 случаях в первые сутки (при контрольном осмотре на 7-е сутки – без прогрессирования), флебит ствола БПВ после кроссэктомии –

1 случай, флебит притоков БПВ после ЭВЛА – 2 случая, парестезии после ЭВЛА – 5 случаев. Суммарная частота осложнений составила (8,7%). При анализе осложнений установлены предрасполагающие факторы: 1) развитие флебитов притоков после ЭВЛА отмечено у пациентов, с выраженным варикозом притоков напрямую связанных со стволом; 2) случаи возникновения ЕНГТ I отмечены у пациентов с большим диаметром в устье БПВ (1) и МПВ (1); 3) эпизод кровотечения возник у пациента с выраженным варикозом с трофическими изменениями и избыточным весом; 4) все эпизоды парестезий отмечены у пациентов с аксиальным рефлюксом до лодыжки, потребовавшим выполнения ЭВЛА на голени.

#### **Выводы:**

1. Таргетное контролируемое воздействие на источники и пути патологического рефлюкса является ведущим компонентом безопасного и эффективного лечения варикоза в амбулаторных условиях.

2. Этапное выполнение вмешательств снижает травматичность и улучшает переносимость хирургических процедур по устранению варикоза в амбулаторных условиях, а также снижает риск геморрагических осложнений.

3. При обоснованном отборе пациентов возможно выполнение открытых хирургических вмешательств на устьевых отделах магистральных подкожных вен в амбулаторных условиях.

### **ОСЛОЖНЕНИЯ ФАРМАКОТЕРАПИИ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ**

Панкова Е. Н., Лызиков А. А., Каплан М. Л., Тихманович В. Е.

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Республика Беларусь,

**Введение.** Тромбоз глубоких вен (ТГВ) развивается с частотой 70-140 случаев на 100000 населения в год. ТГВ – главная причина развития тромбоэмболии легочной артерии,