

флебогемодинамики невозможна у подавляющего большинства пациентов. Современные подходы к лечению, несмотря на ожидаемые новации, трофических язв венозного генеза неразрывно связаны с пожизненным обязательным проведением курсов комплексной медикаментозной терапии с включением немедикаментозных и физических факторов. Лечение данной сложной категории пациентов должно быть комплексным, систематическим в условиях поликлиники и стационара, 3-4 раза в год, с обязательным ношением компрессионного трикотажа II-III класса компрессии. Большое значение следует придавать позиции и информированности пациентов в отношении прогрессирования заболевания для своевременного обращения за врачебной помощью и выполнения рекомендаций лечащего врача поликлиники и стационара.

СРАВНЕНИЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЕНОЗНЫМИ ЯЗВАМИ

Игнатович И. Н., Володкович Н. Н., Черноморец В. В.,
Малиновский М. В., Храпов И. М., Корниевский Д. В.,
Качан Л. Н.

БГМУ, УЗ «10-я ГКБ г. Минска»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. До настоящего времени остаются спорными вопросы, касающиеся необходимого объема вмешательства при венозных язвах. Ряд авторов считает необходимым в дополнение к хирургии стволов и притоков подкожных вен проводить вмешательства на перфорантных венах. Другие авторы предлагают устранять только вертикальный рефлюкс путем вмешательств на большой подкожной вене (БПВ), малой подкожной вене (МПВ) или других подкожных магистральных венах, создающих венозную гипертензию. Ряд авторов рассматривает компрессионную терапию в качестве ведущей опции в лечении венозных язв и считают эндовенозные

вмешательства у таких пациентов не имеющими достаточной доказательной базы.

Цель: изучить отдаленные (2 года) результаты разных методов лечения пациентов с венозными язвами.

Материал и методы. Проспективное сравнительное исследование ближайших (2 месяца) и отдаленных (2 года) результатов лечения включает 41 пациента с венозными язвами. Критерии включения: варикозная болезнь C6 Еr As,d,p Pr; клинически значимый рефлюкс по БПВ, МПВ или другим подкожным венам; отсутствие признаков проксимального стеноза/окклюзии глубоких вен; комплаентность, проявляющаяся готовностью следовать указаниям врача и длительно применять медицинский компрессионный трикотаж; анестезиологический риск ASA 1-2.

Исходя из предпочтений, высказанных пациентами в отношении лечения, они были распределены на две группы. Группа А включала 22 пациента, которые предпочли эндовенозное оперативное лечение. Два пациента имели варикозные язвы на обеих нижних конечностях. В этой группе выполнено 24 операции, направленные на устранение вертикального венозного рефлюкса: ЭВЛК БПВ – 11 (44%), ЭВЛК v.accessoria ant. – 1 (4%), foam-склерооблитерация БПВ – 8 (32%), foam-склерооблитерация МПВ – 3 (12%), foam-склерооблитерация v.accessoria ant. – 1 (4%). Группа Б включала 19 пациентов, которые предпочли только медикаментозное лечение без эндовенозных вмешательств. Пациенты обеих групп применяли компрессионную терапию.

Оценка результатов проводилась на основании шкалы оценки тяжести хронических заболеваний вен VCSS (Venous Clinical Severity Score). Чем выше был балл этой шкалы, тем тяжелее протекало хроническое заболевание вен.

Результаты и обсуждение. Возраст пациентов группы А составил от 30 до 76 лет (Me=57,1, IQR (25-75 квартили) 48,5-65,0 лет). Мужчин в исследуемой группе было 6. Возраст пациентов группы Б составил от 36 до 79 лет (Me=61, IQR (25-75 квартили) 42,0-76,0 лет). Мужчин в исследуемой группе было 11. Пациенты двух сформированных групп не имели достоверных различий по

возрасту ($p=0,178$). Балл VCSS в группе А до начала лечения составил от 16 до 26 ($Me=20$, IQR 18-22). Балл VCSS в группе Б до начала лечения составил от 5 до 21 ($Me=12$, IQR 10-16). У пациентов группы А отмечено более тяжелое течение осложнений варикозной болезни, что проявилось более высоким значением шкалы оценки тяжести заболевания вен, в сравнении с группой Б ($p=0,001$).

В течение двух месяцев после операции язвы зажили у 19 из 21 пациента группы А. У 2-х пациентов с одиночными незажившими язвами более 5 см отмечено уменьшение размеров язвенного дефекта, однако от дермопластики они отказались, мотивируя это значительным клиническим улучшением. Через 2 года у одного из указанных 2-х пациентов отмечена эпителизация язв, первоначально занимавших полуокружность голени. Балл VCSS в группе А через 2 года составил от 2 до 11 ($Me=2$, IQR 4-5). Малотравматичное устранение вертикального венозного рефлюкса и применение градуированной компрессионной терапии в группе А способствовало уменьшению итогового значения шкалы VCSS через 2 года ($p=0,004$).

В течение 2 лет язвы зажили только у 10 из 19 пациентов группы Б. Балл VCSS в группе Б через 2 года составил от 2 до 21 ($Me=11$, IQR 7-8). У пациентов группы Б, лечившихся без эндовенозных вмешательств с применением только компрессионной терапии, достоверного уменьшения итогового значения шкалы VCSS через 2 года не отмечено ($p=0,743$).

Выводы. Хорошие отдаленные клинические результаты лечения подтверждают положение об эффективности изолированного устранения вертикального венозного рефлюкса по магистральным подкожным венам в лечении венозных язв у пациентов без признаков проксимального стеноза/окклюзии глубоких вен нижних конечностей.