

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СОХРАНЕНИЯ И КОАГУЛЯЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ ПОДКОЖНЫХ ВЕН В ХИРУРГИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Игнатович И. Н., Кондратенко Г. Г., Василевич А. П.,
Неверов П. С., Якубовский С. В., Рябычина Т. А., Сорокин С. Н.

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

Результаты крупных рандомизированных исследований последних лет демонстрируют, что и удаление, и термооблитерация магистральных подкожных вен (МагПВ) для лечения варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК) не гарантирует получения хороших клинических результатов в отдаленном периоде наблюдения. Рецидив развивается после применения указанных методик с одинаковой частотой в 2-х и 5-ти летний периоды наблюдений. На основании приведенных фактов логичным является вопрос о необходимости удаления/облитерации стволов МагПВ. С точки зрения восходящей или мультифокальной теории развития ВБНК, сохранение несостоятельного ствола может быть оправдано, так как рефлюкс в нем связан с гиперволемией в варикозно расширенных притоках. Изолированное удаление варикозно расширенных притоков может способствовать уменьшению гиперволемии и, в конечном итоге, устранению рефлюкса в стволе МагПВ. Такая изолированная минифлебэктомия значительно менее травматична и сопряжена с меньшим риском осложнений, чем любая другая операция для лечения ВБНК. Возможность применения такого метода лечения отражено в современных руководствах по лечению хронических заболеваний вен.

Цель: сравнить двухлетние клинические результаты лечения двух групп пациентов с ВБНК С2-С3, сформированных на основании диаметра магистральных подкожных вен.

Методы. В исследование методом сплошной выборки включены 88 пациентов (96 оперированных нижних конечностей). При диаметре МагПВ ≤ 6 мм выполнялась

селективная минифлебэктомия притоков и сохранение магистральных подкожных вен (ASVAL) (45 наблюдений). При диаметре МагПВ >6 мм выполнялась эндовенозная лазерная коагуляция (EVLA) сафенной вены вместе с минифлебэктомией (51 наблюдение). Измерение проводилось на расстоянии 15 см от соустья с глубокой веной. Все операции выполнялись под тумесцентной анестезией по общепринятым методикам с возвращением пациента к активному двигательному режиму сразу после операции.

Результаты. Группа ASVAL включала 39 пациентов (45 оперированных нижних конечностей), которые оперированы с сохранением МагПВ. Возраст пациентов составил от 25 до 64 лет (Me= 46, IQR 36-54 лет). Мужчин в исследуемой группе было 11 (24,4%). Категории C2 по классификации CEAP соответствовали 36 пациентов (80%). Правая нога оперирована в 27 случаях (60%). Рефлюкс в БПВ определялся в 40 случаях (88,9%). Балл по шкале VCSS составил от 2 до 7 (Me= 3, IQR 2-3). Группа EVLA включала 49 пациентов (51 оперированная нижняя конечность), которые оперированы с применением эндовенозной коагуляцией МагПВ. Возраст пациентов составил от 25 до 75 лет (Me= 47, IQR 34-54 лет). Мужчин в исследуемой группе было 10 (19,6%). Правая нога оперирована в 23 случаях (45,1%). Рефлюкс в БПВ определялся в 47 случаях (92,2%). Категории C2 по классификации CEAP соответствовали 18 пациентов (35,3%). Балл по шкале VCSS составил от 2 до 9 (Me=5, IQR 4-6). Пациенты двух сформированных групп не имели достоверных различий полу ($p=0,567$), стороне операции ($p=0,145$). Имелись достоверные различия по возрасту ($p=0,002$), по категории C по CEAP ($p<0,001$), баллу по шкале оценки тяжести заболевания вен VCSS ($p<0,001$). Таким образом, сформированная на основании приведенных выше критериев группа ASVAL включала пациентов более молодого возраста с более легким течением варикозной болезни (больше пациентов с C2 и меньше балл VCSS).

Через два года после операции балл по шкале VCSS, характеризующий клинические проявления ВБНК, в группе ASVAL составил от 0 до 3 (Me= 0, IQR 0-2), а в группе EVLA – от 0 до 3 (Me=0, IQR 0-1). Таким образом, результат лечения

пациентов группы ASVAL не отличался ($p=0,655$) от результата лечения пациентов группы EVLA.

Обсуждение. Настоящее исследование предоставляет дополнительную информацию для выбора индивидуализированного и экономически оправданного подхода к лечению каждого пациента с ВБНК. Такой подход направлен на выбор для конкретного пациента индивидуального лечения исходя из его общего статуса, клинических проявлений ВБНК и особенностей венозной гемодинамики, выявленных при ультразвуковом исследовании. Полученные данные способствуют выходу за рамки подхода «one size fits all» («один размер подходит всем»). Пациентам с легким течением варикозной болезни возможно сохранение МагПВ и выполнение ASVAL. Такой подход менее травматичный и экономически обоснованный.

Выводы. Результаты, полученные при проведении проспективного исследования сохранения МагПВ для лечения ВБНК в условиях реальной клинической практики вполне обнадеживающие. Для повышения качества исследования необходимо увеличить количество пациентов и сравнить пятилетние результаты таких операций.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛОКАЛЬНОГО КАТЕТЕРНОГО ТРОМБОЛИЗИСА У ПАЦИЕНТОВ С ИЛЕОФЕМОРАЛЬНЫМ ФЛЕБОТРОМБОЗОМ

Калинин С. С.¹, Хрыщанович В. Я.^{1,3}, Климчук И. П.¹,
Янушко В. А.¹, Роговой Н. А.^{1,4}

¹УЗ «4-я ГКБ им.Н.Е.Савченко» г. Минск, Республика Беларусь

³ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
г. Минск, Республика Беларусь

⁴РНПЦ «Кардиология» г. Минск, Республика Беларусь

Введение. В последние годы в клинической практике все чаще применяется термин «венозный тромбоэмболизм» (ВТЭ), объединяющий два патогенетически связанных заболевания – тромбоз глубоких вен (ТГВ) и тромбоэмболию легочной артерии.