

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.

Не менее чем у $\frac{1}{3}$ пациентов ТГВ может проявляться легочной эмболией и/или внезапной смертью. 30-75% пациентов в отдаленном периоде имеют ПТБ той или иной степени тяжести, а 10-40% из них страдают от выраженного отека нижних конечностей, хронической боли и/или трофической язвы.

Цель: изучить ранние и отдаленные результаты лечения илеофemorального флеботромбоза, осложненного флотацией и острой венозной недостаточностью нижних конечностей, методом локального катетерного тромболизиса.

Материал и методы. В исследование были включены 9 пациентов с илеофemorальным флеботромбозом, осложненным флотацией тромба и/или острой венозной недостаточностью, которые проходили стационарное лечение в период с 2016 по 2017 гг. Мужчин было 6, женщин – 3, средний возраст пациентов составил 62,6 [47-76] лет. Острая венозная недостаточность проявилась у 9 пациентов (100%), флотация головки тромба в подвздошно-бедренном сегменте у 7 пациентов (77,8%). Длина флотирующей части тромба составляла 46,3 [35-80] мм. Под ультразвуковым контролем по Сельдингеру осуществляли пункцию большой подкожной вены в верхней трети бедра и имплантировали ангиографический катетер 6F таким образом, чтобы его дистальная часть располагалась в непосредственной близости от тромбированной общей бедренной вены. После этого через катетер при помощи шприцевого насоса начинали медленное (в течение трех часов) введение тканевого активатора плазминогена в дозировке 50 мг. Указанную процедуру проводили с периодичностью 1 раз в сутки. Если одной процедуры было недостаточно для достижения необходимого терапевтического эффекта (лизиса флотирующей части тромба и/или приемлемой реканализации), ЛКТ повторяли на следующий день (не >4 раз). В промежутках между сеансами ЛКТ пациенту через установленный катетер проводили внутривенную антикоагулянтную терапию нефракционированным гепарином 1000 Ед/час под контролем АЧТВ (с увеличением показателя в 1,5-2 раза).

Результаты. В девяти (100%) случаях в первые сутки после выполнения ЛКТ частично или полностью купировались явления острой венозной недостаточности. У всех пациентов основной

группы с флотирующим ТГВ произошел полный лизис подвижной части тромба, а результаты контрольной ультразвукографии в ближайшем (1 месяц) послеоперационном периоде подтвердили восстановление просвета вены до 20-75%.

Выводы. Локальный катетерный тромболизис является более безопасным по сравнению с системной тромболитической терапией по количеству геморрагических осложнений. Способ локального тромболизиса с катетеризацией большой подкожной вены в верхней трети бедра и позиционированием катетера непосредственно в области флотирующей части тромба может применяться для предупреждения ТЭЛА у пациентов с илеофemorальным флеботромбозом, осложненным флотацией головки тромба.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЗАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Каторкин С. Е., Мельников М. А., Терешина О. В., Кравцов П. Ф.,
Репин А. А., Жуков А. А., Кушнарчук М. Ю.

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

Введение. «Золотой стандарт» диагностики в сосудистой хирургии — ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов конечностей. Во время экстренных дежурств по острым венозным тромбозам нижних конечностей это единственный метод диагностики, от которого зависит тактика ведения пациента. Правильное ультразвуковое описание верхушки тромба, знание врачом ультразвуковой диагностики анатомии венозной системы нижних конечностей и состояние самого аппарата УЗИ играют ключевую роль в показаниях к хирургическому лечению пациентов с тромбозами глубоких вен нижних конечностей.