

слеоперационном периоде оценивалась выраженность болевого синдрома по ВАШ на 1, 4, 7 и 14 сутки. В отдаленном периоде при наблюдении не менее 1 года (т.е. периода необходимого для наступления абляции вены) определялось наличие или отсутствие варикозного синдрома, оценивались УЗ-данные – наличие ретроградного кровотока, признаки абляции или реканализации вен, подвергнутых ЭВЛО. Для статистического анализа применялись критерии – U-тест Манна-Уитни, точный критерий Фишера. Различия статистически значимы при $p < 0,05$.

Болевой синдром по ВАШ в исследуемых группах в динамике составил соответственно 1) 1 – $2,2 \pm 0,6$; 4 – $2,0 \pm 0,5$; 7 – $1,4 \pm 0,4$; 14 – $0,7 \pm 0,3$; 2) 1 – $1,9 \pm 0,5$; 4 – $1,8 \pm 0,4$; 7 – $1,5 \pm 0,4$; 14 – $0,8 \pm 0,3$. «Лазерная кроссэктомия» (отсутствие культи БПВ любой протяженности) достигнута соответственно: 1) 74% (39/53); 2) 89% (40/45); абляция вены на всем протяжении ЭВЛО: 1) 98% (52/53); 2) 100% (45/45). В первой группе в одном случае потребовался сеанс эхо-склеротерапии переднего приустьевого притока в связи с наличием рефлюкса. В обеих группах осложнений ЭВЛО не зарегистрировано.

Выводы. Таким образом, двукратная обработка приустьевого сегмента БПВ посредством радиального волокна two-ring повышает надежность ЭВЛО (1470 нм) без риска получения осложнений.

Потапов В.А., Сюсюка В.Г., Шапран Н.Ф., Нечухаева И.А., Серболов Д.В.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ С ВЕНОЗНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Днепропетровская медицинская академия,
Запорожский государственный
медицинский университет,
Клинический санаторий «Великий Луг»,
г. Днепропетровск, г. Запорожье, Украина*

Актуальность. Актуальность проблемы лечения варикозной болезни (ВБ) и ее осложнений чрезвычайно высока, что обусловлено высокой частотой распространения данной патологии и ее социальной значимостью. Именно поэтому Всемирная организация здравоохранения включила ее в список «болезней цивилизации» (Савельев В.С. и соавт., 2001). Важно отметить, что развитие хронической венозной недостаточности (ХВН) связывают, в том числе, и с варикозной болезнью, основной причиной возникновения которой у женщин считается беременность (Аржанова О.Н., 2006; Серов В.Н. и соавт., 2012).

Цель. Дать оценку эффективности комплексного лечения и реабилитации беременных с венозной патологией на этапе их санаторного оздоровления.

Материал и методы. В исследование включено 35 женщин с ВБ, ХВН в стадии компенсации

и субкомпенсации, находившихся на санаторном оздоровлении во II и III триместрах беременности. Санаторную реабилитацию беременных с ВБ проводили согласно плана оздоровления, которая регламентирована стандартами (Владимиров А.А. и соавт., 2004; Лобода М.В. и соавт., 2010) санаторно-курортного лечения (диетотерапия, лечебная физкультура, климатотерапия, бальнеотерапия и другие виды гидротерапии, кислородотерапия, физиотерапевтические методы лечения, в том числе гидролазерный душ) и дополнена психотерапией беременных, включающей ауто-тренинг, цветотерапию, психорелаксацию и физиопсихопрофилактическую подготовку к родам. При ведении данного контингента беременных, с целью коррекции венозной патологии, применялись эластическая компрессия нижних конечностей и назначение препаратов вентонического действия, а именно диосмина, который входит в состав препарата «Флебодиа 600». Контрольную группу составили 30 беременных без соматической патологии.

До начала лечения и после его окончания проводилась оценка клинической симптоматики данной патологии, исследование показателей периферической гемодинамики с использованием диагностического комплекса «ReoCom». Исследование маркеров окислительной модификации белков (ОМБ) оценивали в сыворотке крови спектрофотометрическим методом при длине волны 270 нм для АФГ (алифатические альдегиддинитрофенилгидразоны основных аминокислотных остатков) и 363 нм для КФХ (карбонильные динитрофенилгидразоны основных аминокислотных остатков). Степень спонтанной ОМБ выражали в единицах оптической плотности на 1 грамм белка (ед.оп.пл.) (Halliwell В., 1999). Состояние антиоксидантной системы защиты определяли по уровню активности супероксиддисмутазы (СОД), что занимает центральное место в системе ферментативной антиоксидантной защиты организма (Чевари С., Чаба И., 1998). Клинико-биохимическое обследование включало лабораторное обследование, которое осуществлялось в динамике по стандартным методикам, с определением показателей сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного звеньев гемостаза. Для оценки функционального состояния плода проводилась непрямая кардио-токография.

Вариационно-статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием лицензированных стандартных пакетов прикладных программ многомерного статистического анализа "STATISTICA 6.0" (лицензионный номер AXXR712D833214FAN5).

Результаты и обсуждение. Большинство беременных (74,3%) с ВБ предъявляли жалобы на наличие отеков нижних конечностей, которые сопровождалась ощущением напряжения. При объективном осмотре в динамике лечения уменьшились отеки и размер варикозно-расширенных вен и узлов, а по результатам клинико-биохимического обследования не выявлено активации коагуляционного звена гемостаза. Предложенная схема лечения способствовала

стабилизации процессов пероксидации, а именно статистически достоверному ($p < 0,05$) снижению уровня АФГ (с 5,74 до 4,32 ед.оп.пл.) и КФГ (с 6,76 до 5,18 ед.оп.пл.), а также росту уровня СОД (с 5,12 до 6,58 усл.ед./мг/белка/мин.). По результатам исследования периферической гемодинамики, после проведенного лечения, не установлено статистически достоверной разницы ($p > 0,05$) между показателями, характеризующими амплитуду систолической волны, амплитуду быстрого кровенаполнения, амплитуду диастолической волны, максимальную скорость кровенаполнения, удельное кровенаполнение сосудов и реографический систолический индекс по сравнению с соответствующими показателями контрольной группы. По данным кардиотографического исследования плода в динамике отмечено его стабильное состояние, а по результатам родоразрешения высокая оценка по шкале Апгар (7-9 баллов) и низкий процент перинатальных осложнений (5,7%). Следует сказать об отсутствии тромбоэмболических осложнений у женщин с ВБ как во время беременности, так и в послеродовом периоде, а также аллергических реакций и любых побочных эффектов при применении препарата «Флебодиа 600».

Выводы. Предложенный комплексный подход к лечению и реабилитации беременных с варикозной болезнью способствовал стабилизации процессов пероксидации и нарушенной периферической гемодинамики, что имело положительное влияние не только на венозную систему, но и на состояние системы мать-плацента-плод. Оценка течения беременности и родов данного контингента беременных свидетельствовали о стабильном состоянии плода, а по результатам родоразрешения это подтверждалось высокой оценкой по шкале Апгар (7-9 баллов). Также это свидетельствовало об отсутствии тромбоэмболических осложнений как во время беременности, так и в послеродовом периоде.

*Призенцов А.А., Скуратов А.Г.,
Березаев П.А., Слизько С.И.,
Якушенко Ю.А., Цыдзик В.А.*

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Гомельский государственный
медицинский университет,
Гомельская городская
клиническая больница №3,
г. Гомель, Республика Беларусь*

Актуальность. По данным разных авторов, варикозная болезнь имеет чрезвычайно широкую распространенность, и, несмотря на разнообразие методов коррекции, требует совершенствования подходов к дифференцированному выбору приемов лечения.

Цель. Провести анализ результатов хирур-

гического лечения пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей.

Материал и методы. Методом сплошной выборки изучены результаты хирургического лечения 208 пациентов, оперированных по поводу варикозной болезни нижних конечностей с 01.01.2014 по 31.12.2014 в Центре малоинвазивной и реконструктивной хирургии на базе Гомельской городской клинической больницы 3. Дооперационное обследование, помимо общеклинических методов, включало ультразвуковое ангиосканирование вен нижних конечностей для оценки проходимости глубоких вен, состоятельности сафено-фemorального и сафено-попliteального соустьев, уровня вертикального рефлюкса и несостоятельных перфорантных вен. Использовался аппарат среднего класса Logiq P5 с линейным мультислотным датчиком 7, 10, 12 МГц.

Результаты и обсуждение. Мужчин было 56 (26,9%), женщин - 152 (73,1%). Средний возраст пациентов составил $46,5 \pm 10,0$ лет (минимальный - 20 лет, максимальный - 73 года). Анамнез заболевания в среднем был $12,7 \pm 3,7$ года.

По клиническим проявлениям пациенты распределились следующим образом: класс С1 встретился у 2 (1,0%), С2 - у 146 (70,2%), С3 - у 37 (17,7%), С4 - у 20 (9,6%), С5 - у 2 (1,0%), С6 - у 1 (0,5%) пациента. Варикозное расширение коллатералей в системе большой подкожной вены было у 167 (80,3%), в системе малой подкожной вены у 10 пациентов (4,8%). Обе системы были заинтересованы у 31 пациента (14,9%). По результатам ультразвукового исследования нарушений проходимости глубоких вен выявлено не было, средний размер большой подкожной вены в верхней трети бедра составил 9 ± 3 мм, а рефлюкс наиболее часто (51,6%) распространялся до средней трети голени. У 14 пациентов (6,7%) несостоятельных перфорантных вен выявлено не было. У остальных пациентов в среднем было маркировано по 3 ± 1 несостоятельных перфорантных вены.

Характер оперативных вмешательств распределился следующим образом. Вмешательство справа выполнено в 91 случае (43,7%), слева - в 117 случаях (56,3%). Минифлебэктомия крючками типа Варади через проколы произведена у 21 пациента (10,2%), в том числе у 10 из них была дополнена склеротерапией. У 34 пациентов (16,3%) произведена эндовенозная лазерная коагуляция (лазерным аппаратом «Медиола Компакт») в сочетании с минифлебэктомией. У 12 пациентов вмешательство выполнено без кроссэктомии, под местной тумесцентной анестезией, с использованием радиального световода, под интраоперационным ультразвуковым контролем. В 22 случаях был применен торцевой световод, в этих же случаях вмешательство сочеталось с кроссэктомией. Флебэктомия комбинированным способом выполнена у 153 пациентов (73,5%).

Маркированные несостоятельные перфорантные вены перевязывали эпифасциально. Миниразрезы ушивали косметическими швами. В послеоперационном периоде у всех пациентов