

**Игнатович И.Н., Кондратенко Г.Г., Василевич А.П., Якубовский С.В.,  
Рябычина Т.А., Губко Е.А.**

## **МОЖЕТ ЛИ ДИАМЕТР НЕСОСТОЯТЕЛЬНОЙ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ БЫТЬ ОДНИМ ИЗ КРИТЕРИЕВ ЕЕ СОХРАНЕНИЯ В ХИРУРГИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

*Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский  
университет», Минск, Беларусь*

**Актуальность.** В основе традиционного подхода к лечению варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК) лежит нисходящая теория ее развития, предполагающая облитерацию или удаление большой подкожной вены (БПВ) для прекращения рефлюкса через сафено-фemorальное соустье СФС. Однако, сравнивая результаты стриппинга БПВ и эндовенозных методик облитерации БПВ, можно констатировать, что рецидив развивается после применения указанных методик с одинаковой частотой в 2-х летний и 5-ти летний периоды наблюдений [Rasmussen LH, Rass K.]. Исходя из приведенных данных можно отметить, что и удаление, и термооблитерация БПВ не гарантируют достижения хороших клинических результатов в отдаленном периоде наблюдения. Кроме того, напрасное удаление БПВ лишает пациента оптимального материала для возможной шунтирующей операции в будущем.

**Цель:** сравнить 2-х и 5-и летние клинические результаты лечения пациентов с ВБНК с применением технологии сохранения БПВ, известной под аббревиатурой ASVAL (Ablation Selective des Varices sous Anesthésie Locale), и технологии эндовенозной лазерной абляции (EVLA) БПВ с сопутствующей минифлебэктомии.

**Методы** Проспективное моноцентровое исследование PReservation Versus Thermal Ablation of the Incompetent Great Saphenous Vein in Varicose Veins Treatment (PRETA, ClinicalTrials.gov ID: NCT04034329) проведено на клинической базе БГМУ. Пациенты с несостоятельностью БПВ и С2-С3 согласно клинической части классификации CEAP были включены в сравнительное исследование.

Ультразвуковое исследование венозной системы проводилось у всех пациентов рано утром. Это позволяло оценить физиологическое состояние венозной системы конкретного пациента до появления результатов действия неблагоприятных факторов (длительное пребывание в положении стоя или сидя во время работы), приводящих к венозной гипертензии и рефлюксу.

Диаметр БПВ, измеренный на расстоянии 15 см от СФС, является критерием распределения пациентов на 2 группы. При диаметре БПВ  $\leq 6$  мм для лечения пациентов этой группы применялась ASVAL. При диаметре БПВ  $>6$  мм эндовенозная лазерная абляция (EVLA) с сопутствующей минифлебэктомией использовалась для лечения этой группы пациентов.

Все хирургические вмешательства были выполнены одним хирургом с применением тумесцентной анестезии (0,1 % раствор лидокаина с натрия гидрокарбонатом без адреналина). EVLA выполнялась под ультразвуковым контролем с применением 1560 нм диодного лазера. Варикозно измененные притоки были удалены путем минифлебэктомии с применением крючка Várady в обеих группах. Исследование через 2 года после операции проводилось независимым исследователем, не принимавшим участие в предшествующем лечении пациентов. В связи с Covid-инфекцией, 5-ти летние результаты оценивались путем анкетирования пациентов по телефону, после которого ультразвуковое исследование выполнялось только тем пациентам, кто был не удовлетворен результатами своего лечения.

**Результаты** На основании критериев включения, в сплошную выборку вошло 91 пациентов/ 97 оперированных нижних конечностей. В 34 случаях при БПВ  $\leq 6$  мм выполнена ASVAL. В 63 случаях при БПВ  $>6$  мм выполнена ЭВЛО с сопутствующей минифлебэктомией.

**Срок наблюдения 2 года.** В группе ASVAL, отмечено уменьшение балла VCSS с Me=3,0 (IQR 2,0-3,0) до Me=0 (IQR 0,0-1,75) после операции,  $p < 0,001$ . Статистически значимое уменьшение балла VCSS после операции было также установлено в EVLA группе: с Me=5,0 (IQR 3,0-6,0) до Me=0,0 (IQR 0,0-1,0),  $p < 0,001$ . Не выявлено статистически значимых различий в значении балла VCSS через 2 года после операции в ASVAL и EVLA группах ( $p=0,681$ ).

Не отмечено достоверных различий частоты рецидивов на основании PREVAIT, вне зависимости от клинического проявления и причины, между ASVAL группой (18,8 %) и EVLA группой (21,4%) через 2 года после операции ( $p=0,776$ ).

Рефлюкс в БПВ не был значимым (длительность рефлюкса  $<0,5$  с) через 2 года у 15 (46,9%) ASVAL пациентов. Диаметр БПВ, измеренный на 15 см ниже СФС, значительно уменьшился в ASVAL группе через 2 года после операции (Me=5,7 IQR 5,0-6,0 vs Me=5,1 IQR 4,55-5,70,  $p=0,008$ ).

Отмечен тромбоз БПВ в послеоперационном периоде у 1 пациента ASVAL группы. Лимфоцеле развилось после минифлебэктомии у 3 пациентов ASVAL группы и 6 пациентов EVLA группы. Одной пункции и дополнительной компрессии этой зоны оказалось достаточно для быстрого лечения лимфоцеле. Преходящие парестезии были отмечены у 2 пациентов ASVAL группы и 4 пациентов EVLA группы.

**5-ти летний период наблюдения** также не выявил значимых различий в результатах лечения. Рецидивы выявлены у 40,0% пациентов группы ASVAL и 45,6% - группы EVLA ( $p=0,668$ ). Повторные вмешательства выполнены у 5 пациентов группы ASVAL и 9 пациентов группы EVLA ( $p=0,933$ ).

**Заключение** Для лечения пациентов с C2-C3 может быть применена изолированная минифлебэктомия (ASVAL) с сохранением БПВ при ее диаметре  $\leq 6$ . Проведение рандомизированного исследования поможет получить больше доказательств по этому вопросу.