

выделения желчного пузыря вблизи полых органов, крупных кровеносных сосудов и внепеченочных желчных протоков; минимальную «задымленность» в зоне операции при использовании ультразвуковых инструментов; менее выраженные, по сравнению с электрокоагуляционными, изменения в ложе желчного пузыря, определяемые визуально во время операции и при ультразвуковом исследовании в раннем послеоперационном периоде.

Вместе с тем, ультразвуковое воздействие на ткани требовало в целом больше времени, чем электрокоагуляция, прежде всего, при выделении желчного пузыря из ложа. Применение ультразвуковых инструментов увеличило продолжительность операций в данной группе в среднем в 1,9 раза. Не всегда был надежный гемостаз при повреждении паренхимы печени при выполнении диссекции желчного пузыря. Это потребовало у 19 (42,2%) пациентов использовать дополнительно аргоно-плазменную коагуляцию. Не во всех случаях применение ультразвуковых инструментов было достаточно эффективно при диаметре сосудов более 3 мм. При использовании ультразвуковых ножниц и крючка нередко возникали трудности при тонкой препаровке тканевых структур. Это потребовало при использовании ультразвукового диссектора внесения изменений, по сравнению с традиционными, в некоторые технические приемы выполнения ЛХЭ.

Выводы. Положительный опыт применения ультразвуковой технологии позволяет рекомендовать ее при ЛХЭ у пациентов с острым холециститом. Усовершенствованные нами технические приемы ультразвуковой диссекции и коагуляции тканей значительно облегчают выполнение данной операции и дают возможность свести к минимуму риск развития осложнений, которые могут возникнуть во время и после проведения оперативных вмешательств с использованием ультразвуковых инструментов.

Игнатович И.Н., Володкович Н.Н., Черноморец В.В., Рябычина Т.А., Игнатович Е.И., Остапенко О.Н.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь
10-я городская клиническая больница, Минск, Беларусь

ПЯТИЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СОХРАНЕНИЯ ИЛИ ОБЛИТЕРАЦИИ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ В ХИРУРГИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Введение. Результаты крупных рандомизированных исследований последних лет демонстрируют, что и удаление, и термооблитерация магистральных подкожных вен для лечения варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК) не гарантирует получения хороших клинических результатов в отдаленном периоде наблюдения.

Операции по поводу варикозной болезни нижних конечностей относятся к наиболее часто выполняемым в стационарах Республики Беларусь, поэтому важным является их экономическая эффективность (количество участвующего персонала, стоимость оборудования и расходных материалов, длительность нахождения пациента в стационаре, длительность временной нетрудоспособности после операции). В связи с этим важными аспектами лечения является удовлетворенность пациента результатом выполненной операции и нормализация у него клинических проявлений болезни. Имеют научное обоснование современные минимально травматичные методы лечения пациентов с ВБНК с применением технологии эндовенозной лазерной абляции БПВ (EVLA) и технологии сохранения ствола БПВ и селективного удаления несостоятельных притоков способом минифлебэктомии, известной под аббревиатурой ASVAL (Ablation Selective des Varices sous Anesthésie Locale). Вместе с тем, показания для применения значительно менее финансово затратной технологии селективной минифлебэктомии в настоящее время находятся в стадии разработки.

Цель. Сравнить 5-ти летние клинические результаты лечения пациентов с ВБНК с применением технологии селективной минифлебэктомии (ASVAL), и технологии эндовенозной лазерной абляции БПВ (EVLA) с сопутствующей минифлебэктомии.

Материалы и методы. Проспективное сравнительное моноцентровое исследование PREservation Versus Thermal Ablation (PRETA, ClinicalTrials.gov ID: NCT04034329) включало пациентов с С2 и С3 с 5-ти летним периодом наблюдения. В представленной статье представлены промежуточные результаты этого еще продолжающегося исследования. В исследование включены 258 пациентов (188 женщин) с несостоятельной большой подкожной веной (БПВ). Диаметр БПВ, измеренный на расстоянии 15 см от сафенофemorального соустья был главным критерием распределения пациентов на две группы. 140 пациентам (108 женщинам) с БПВ ≤ 6 мм выполнена селективная минифлебэктомия с сохранением ствола БПВ. 118 пациента (80 женщины) с БПВ >6 мм выполнена EVLA с сопутствующей минифлебэктомией. Все операции выполнены под местной (тумесцентной) анестезией с активизацией пациента сразу после окончания операции. Клинические результаты были проанализированы через 5 лет у 220 пациентов.

Результаты. Статистически значимое уменьшение балла шкалы тяжести течения хронических заболеваний вен (VCSS) было выявлено в обеих группах ($p < 0,001$). Через 5 лет не выявлено различий балла VCSS в ASVAL и EVLA группах пациентов ($p = 0,743$). Частота рецидивов не различалась в обеих группах пациентов ($p = 0,571$). Диаметр БПВ значимо уменьшился в ASVAL группе (Me=5,8 IQR 5,0-6,1 vs Me=5,2 IQR 4,56-5,70, $p = 0,007$).

Заключение. ASVAL и EVLA одинаково эффективны в лечении групп пациентов с ВБНК, сформированных на основании диаметра БПВ ≤ 6 мм или >6 мм. Проведение дальнейших исследований необходимо для установления критериев возможного сохранения магистральных подкожных вен при лечении ВБНК.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
Комитет по здравоохранению Мингорисполкома
Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»
Белорусский государственный медицинский университет

**ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ
ПОДХОД – СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ
В ОКАЗАНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ**

**Материалы научно-практической конференции,
посвященной 40-летию
УЗ «10-я городская клиническая больница»**

(Минск, 22 мая 2025 года)

Минск
«Профессиональные издания»
2025