

ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Небылицин Ю. С.

Клиника УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь

Введение. Лечение пациентов с хроническими заболеваниями вен (ХЗВ) до настоящего времени далека от разрешения и чрезвычайно актуальна в связи с высоким распространением данной патологии. Одним из наиболее перспективных методов термооблитерации в лечении ХЗВ сегодня является эндовенозная лазерная коагуляция (ЭВЛК).

Цель: проанализировать отдаленные результаты лечения пациентов с ХЗВ путем применения малоинвазивных методов термооблитерации.

Материал и методы. В исследование были включены 120 пациентов (мужчин – 57, женщин – 63), которые находились на лечении в отделении пластической хирургии и косметологии Клиники УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский» в 2016-2018 гг. с диагнозом ХЗВ. Средний возраст пациентов составил $38,2 \pm 10,7$ г. ($M \pm \sigma$). По международной классификации CEAP пациенты распределились следующим образом: С2 выявлена у 91 (75,8%) пациентов, С3 – у 9 (7,5%), С4 – у 12 (10%), С5 – у 5 (4,2%), С6 – у 3 (2,5%). Длительность заболевания варьировала от 3 до 20 лет. Пациенты предъявляли жалобы на боли в конечности (57%), чувство тяжести (45%), ночные судороги (17%).

Применялись клинические, лабораторные и инструментальные (ультразвуковое дуплексное ангиосканирование) методы исследования. Распространенный тотальный патологический венозный рефлюкс, послуживший показанием к ЭВЛК всего ствола большой подкожной вены (БПВ) выявили у 9 (7,5%) пациентов. Средний диаметр БПВ на бедре составил $5,3 \pm 3,1$ см.

Применялась ЭВЛК с помощью лазерного аппарата Mediola Compact (ЗАО «ФОТЭК» Республика Беларусь) с длиной волны 1560 нм под постоянным ультразвуковым контролем. Пункция выполнялась в дистальной точке венозного рефлюкса на различных участках нижней конечности. Конец световода позиционировался в 0,5-1,0 см от сафенофemorального соустья. Для доставки энергии лазерного излучения использовали световоды радиального типа диаметром светопроводящей жилы 600 мкм. Скорость мануальной экстракции оптоволокна 0,1-0,2 см/сек. Процедура выполнялась под местной тумесцентной анестезией раствором S. Lidocaini 10%-14 ml, разведенного с помощью S. NaCl 0,9%-1000 ml и S. Adrenalini 1%-1ml. Объем раствора в среднем составлял 300–800 мл, из расчета 10 мл/1см БПВ или малой подкожной вены. Анестезия проводилась под постоянным ультразвуковым контролем.

После операции на конечность надевали компрессионный трикотаж II-го класса. Пациенты активизировались непосредственно после операции. В первые сутки трикотаж использовали на протяжении 24 часов, в последующем рекомендовали ношение трикотажа в течение 4-х недель в дневное время. В послеоперационном периоде назначались венотоники II поколения в течение двух месяцев, с целью профилактики венозных тромбоэмболических осложнений назначались антикоагулянты в профилактических дозах в течение 10 суток.

В раннем послеоперационном периоде (1-е сутки) эффективность оперативного вмешательства оценивалась путем проведения клинического осмотра (болевой синдром, осложнения) и ультразвукового дуплексного ангиосканирования (оценивались проходимость венозного русла). Для оценки болевого синдрома (в бедренном сегменте) в раннем послеоперационном периоде применяли 6-и бальную визуальную аналоговую шкалу (ВАШ). В отдаленном послеоперационном периоде (6 мес.) проводили клиническую оценку результатов хирургического лечения. Анализировались такие проявления заболевания, как боль, отек, наличие варикозно расширенных вен,

изменение окраски кожных покровов и наличие трофических нарушений.

Статистический анализ полученных данных проводили с использованием пакета прикладных программ «Microsoft Excel 2007» и лицензионной программы «Statistica 10.0» (StatSoft, Inc. 2001).

Результаты и их обсуждение. Устранение вертикального венозного рефлюкса в поверхностной венозной системе способствовало уменьшению у всех пациентов клинических проявлений венозной недостаточности в виде отека, болей, судорог, закрытию трофических язв. Пациенты, оперированные с применением современных методов лечения, выписывались в подавляющем большинстве случаев в день операции. В раннем послеоперационном периоде наблюдались малые осложнения: парестезии, отек, гематома в месте пункции, инфильтрат, гиперемия по ходу вены. Зарегистрированные осложнения не влияли на сроки временной нетрудоспособности, реабилитации и не требовали дополнительных назначений. Уровень боли через сутки составил $2,5 \pm 0,7$ ($M \pm m$) по шкале ВАШ, на 6-е сутки уровень боли составил $0,9 \pm 0,3$ ($M \pm m$) по шкале ВАШ.

В отдаленном послеоперационном периоде наблюдался один случай (у пациента с диагнозом: врожденная сосудистая мальформация C4sEcAsPr3,5) реканализации БПВ, что потребовало оперативного вмешательства. У 4-х пациентов в отдаленном периоде была выполнена склеротерапия варикозноизмененных вен.

Выводы:

1. Опыт использования эндовенозной лазерной коагуляции при хронических заболеваниях вен нижних конечностей показывает высокую эффективность, безопасность и переносимость.

2. Данный метод представляется альтернативой традиционному лечению.