

УДК 616.14:615.849.19
ББК 54.102
М-69

Михайличенко Максим Викторович, сердечно-сосудистый хирург, аспирант кафедры сердечно-сосудистой хирургии ГБОУ ДПО «РМАПО» МЗ РФ, тел.: 8(495)4147794;

Борсов Мухамед Хамзатович, руководитель отделения сердечно-сосудистой хирургии Адыгейской республиканской клинической больницы, г. Майкоп, тел.: 8(8772)522771;

Коваленко Владимир Иванович, профессор кафедры сердечно-сосудистой хирургии ГБОУ ДПО «РМАПО» МЗ РФ, тел.: 8(495)4147794.

РОЛЬ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ (рецензирована)

Проведен сравнительный анализ эффективности эндовенозной лазерной облитерации (ЭВЛО) (1 группа – 280 пациентов) и комбинированной флебэктомии (2 группа – 112 пациентов) при варикозной болезни нижних конечностей. Интраоперационных осложнений не было в обеих группах. Ближайшие послеоперационные осложнения: умеренные боли, проходящие парестезии и подкожные гематомы в оперированной конечности в 1 группе – у 5% , 5% и 10%, во второй – у 20%, 40% и 25% больных соответственно; лимфоррея отмечена у 5% пациентов 2 группы. Отдаленные результаты в сроки до 2 лет изучены у 310 пациентов. Хороший результат: в 1 группе и во 2 группе – у 92,7% и 83,3%, удовлетворительный – у 4,6% и 10%, неудовлетворительный – у 2,7% и 6,7% соответственно. Улучшение качества жизни после операции отметили в 3 раза больше пациентов 1 группы. ЭВЛО является наименее травматичным, эффективным и безопасным методом ликвидации вертикального рефлюкса в системе БПВ, который даёт хороший косметический эффект и ускоряет социальную реабилитацию пациентов.

Ключевые слова: варикозная болезнь, флебэктомия, эндовенозная лазерная облитерация вен.

Mikhailichenko Maxim Victorovich, a cardiovascular surgeon, post graduate student of the Department of Cardiovascular Surgery of SBEI APE “RMAPO” of the Ministry of Health of the RF, tel.: 8 (495) 4147794;

Borsov Mohamed Khamzatovich, head of the Department of Cardiovascular surgery of Adygh Republican Clinical Hospital, Maikop, tel.: 8 (8772) 522771;

Kovalenko Vladimir Ivanovich, professor of the Department of Cardiovascular Surgery of SBEI APE “RMAPO” of the Ministry of Health, tel.: 8 (495) 4147794.

THE ROLE OF ENDOVENOUS LASER OBLITERATION IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH LOWER LIMB VARICOSITY (Reviewed)

A comparative analysis of the effectiveness of endovenous laser obliteration (EVLO) (1 group - 280 patients) and of combined phlebectomy (2 group -112 patients) with varicose veins of the lower extremities has been made. Intraoperative complications were not observed in both groups. Nearest postoperative complications: moderate pain, transient paresthesias and subcutaneous hematoma in the operated limb in group 1 - 5%, 5% and 10%, in the second - 20%, 40% and 25%, respectively; limphorrea was observed in 5% of patients in group 2. Long-term results for a period of up to 2 years were studied in 310 patients. Good result: in group 1 and in group 2 - 92.7% and 83.3%, satisfactory - in 4.6% and 10%, unsatisfactory - 2.7% and 6.7%, respectively. Improving quality of life after surgery was noted by patients in group 1. EVLO is the least traumatic, safe and effective elimination of vertical reflux in the great saphenous vein, which gives a good cosmetic effect and accelerates the social rehabilitation of patients.

Keywords: varicose veins, phlebectomy, endovenous laser obliteration of the veins.

Варикозная болезнь (ВБ) вен нижних конечностей – весьма актуальная медико-социальная проблема в связи с широкой распространенностью (20-25% населения) и частотой осложнений: у 15% – развиваются трофические язвы, у 20% – варикотромбоз, который у 10% осложняется тромбозом глубоких вен (2, 5, 7).

Цель работы: сравнительная оценка эффективности эндовенозной лазерной облитерации вен (ЭВЛО) и комбинированной флебэктомии и при ВБ.

Материал и методы: анализированы результаты лечения 393 больных ВБ С2-С4 класса ХВН. Поражение в бассейне БПВ было на 93%, МПВ – на 7% конечностей. Под контролем ультразвукового сканирования делали предоперационную разметку вен на пораженной конечности. У 280 пациентов на 292 конечностях (1 группа) была выполнена ЭВЛО БПВ, в том числе до нижней трети бедра – у 72(25,7%), у 161(57,3%) – до верхней трети голени, у 47(16,8%), – до средней трети голени. Показанием для облитерации в условиях стационара одного дня были: протяженный стволовой рефлюкс, линейный ход ствола БПВ, расширение её в области устья не более 10-11 мм с небольшой сетью варикозно расширенных притоков на голени. На этапе освоения методики ЭВЛО (35 пациентов) предварительно выполняли кроссэктомию (КЭ), в последующем, у 245 человек на 257 конечностях была выполнена изолированная ЭВЛО на аппарате ЛАМИ производства Оптехника, РФ (длина волны 1040-1552 нм мощность 25,60 Вт).

У 112 на 122 конечностях (2 группа) была выполнена комбинированная флебэктомия, которая включала кроссэктомию паховым доступом, стриппинг инвагинационным способом большой подкожной вены бедра (БПВ) до нижней границы рефлюкса, показания к которой были: наличие приустьевого расширения БПВ диаметром более 11 мм, либо её аневризматические изменения, а также множество варикозно деформированных расширенных притоков на голени. Перфорантные вены в 1 группе подвергались ЭВЛО, во 2 группе – пересекались по Коккетту. Варикозно расширенные притоки в обеих группах склерозировали по микропенной методике под контролем ангиосканирования, либо выполняли минифлебэктомию по Мюллеру. По окончании всех процедур проводили контрольное дуплексное ангиосканирование. После наложения асептической повязки конечность бинтовали эластическим бинтом (на 5-7 дней), после чего круглосуточную компрессию продолжали в течение 2 недель с помощью чулка, далее рекомендовали использование медицинского компрессионного трикотажа 2-го класса компрессии сроком на 2 месяца.

Контрольное обследование проведено через 2 недели, 3, 6, 12, 24 месяцев после операции. Через 12 месяцев при дуплексном сканировании вена, подвергшаяся лазерной коагуляции, как правило, не визуализировалась, превращаясь в соединительнотканый тяж.

Результаты: интраоперационных осложнений и летальных исходов не было. Болевые ощущения в зоне операции в течение 2-3 дней отметили 40% больных 2 группы и 5% 1 группы. Поверхностный тромбофлебит в бассейне БПВ в нижней трети бедра через 10-14 дней развился у 10% пациентов 1 группы (после изолированной ЭВЛО); проходящие парестезии на голени (у 20% пациентов 2 группы и у 5% 1 группы), которые продолжались в течение 1,5-2 месяцев. Подкожные гематомы в проекции ствола БПВ, которые не потребовали каких-либо вмешательств, отмечены у 25% пациентов 2 группы и у 10% – 1 группы. Причиной гематом в 1 группе, с нашей точки зрения, были связаны не с ЭВЛО, а созданием «водяной подушки» вокруг вены. Лимфоррея отмечена у 5% пациентов 2 группы.

Отдаленные результаты в сроки до 2 лет изучены у 310 пациентов по следующим критериям: «хороший» – отсутствие жалоб и признаков рецидива (клинических и по данным УЗИ); «удовлетворительный» – наличие начальных ультразвуковых признаков рецидива при отсутствии жалоб и клинических проявлений; «неудовлетворительный» результат – наличие клиники рецидива, полная реканализация ранее облитерированной вены. Из 220 человек 1 группы хороший результат получен у 204 (92,7%), удовлетворительный – у 10 (4,6%), неудовлетворительный – у 6 (2,7%). Из 90 человек 2 группы результаты следующие: хорошие – у 75 (83,3%), удовлетворительные – 9 (10,0%), неудовлетворительные – 6 (6,7%).

Обсуждение. Теоретические основы ЭВЛО были заложены благодаря работам исследователей и популяризаторов метода (2, 3, 5, 8, 9, 10). Первые сообщения об эндовенозной лазерной облитерации (ЭВЛО) в лечении варикозной болезни были опубликованы в 2001-2003 годах, и вскоре методика ЭВЛО получила своё распространение и в России (1, 2, 3, 4, 5, 6).

Результаты нашего исследования подтверждают эффективность как комбинированной флебэктомии (83,3%) с использованием минитехнологий, так и ЭВЛО (92,7%). Качество жизни оценивали по опроснику CIVIQ по 4 параметрам: физическому, болевому, социальному и психологическому до и после операции. При оценке качества жизни больных обеих групп до операции значимых различий не выявлено. Наиболее значимыми факторами, снижающими качество жизни, были болевой и психологический, а среди женщин – косметический дефект. К концу лечения и наблюдения за больными повышение качества жизни отмечено по указанным параметрам в обеих группах. Однако при оценке физического и психологического факторов выявлено достоверное улучшение в 3 раза качества жизни у пациентов после ЭВЛО.

Наш опыт подтверждает мнение других авторов, что ЭВЛО является наименее травматичным, эффективным и безопасным методом ликвидации вертикального рефлюкса в системе БПВ (1, 3, 5). Оптимальным условием для этой методики мы считаем сброс крови по БПВ до уровня верхней трети голени или нижней трети бедра. При поражении малой подкожной вены ЭВЛО целесообразно выполнять, если рефлюкс имеется на уровне верхней и средней трети голени. Полноценное термическое воздействие на стенку вены, а значит – её надёжную окклюзию можно получить при диаметре вены не более 10-11 мм и её равномерном расширении. Дискутабельным остаётся вопрос о сочетании ЭВЛО с кроссэктомией (1, 2, 5, 10). Обе методики имеют свои преимущества и недостатки. С нашей точки зрения, на начальном этапе при освоении методики ЭВЛО, её следует сочетать с лигированием вен в приустьевой зоне. В последующем, благодаря надёжности метода, целесообразна изолированная лазерная облитерация вен.

При строгом соблюдении показаний ЭВЛО в сочетании с минифлебэктомией и склерооблитерацией притоков даёт хороший косметический эффект и ускоряет социальную реабилитацию пациентов. В настоящее время сдерживающим фактором более широкого использования этого метода является высокая стоимость диодных лазеров и недостаточная оснащённость лечебных учреждений портативными ультразвуковыми сканерами.

Необходимо отметить, что ЭВЛО не является универсальным методом хирургического лечения больных с варикозной болезнью нижних конечностей. Преимущества этого метода можно реализовать только при тщательном отборе пациентов, сочетая клиническое обследование с квалифицированным ангиосканированием. Усовершенствование оборудования для ЭВЛО позволит сделать эту методику универсальной и создать стандарт технологии лазерного вмешательства, весьма необходимый для объективной оценки эффективности лечения больных с варикозной болезнью нижних конечностей.

При лечении пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей хирургические методы необходимо сочетать с комплексной консервативной терапией, включающей фармакотерапию, эластическую компрессию, физиотерапию.

Литература:

1. Беленцов С.М. Миниинвазивная хирургия в комплексном лечении варикозной болезни и её осложнений: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. 2009. 68 с.
2. Богачев В.Ю., Кириенко А.И., Золотухин И.А. и соавт. Эндовазальная лазерная облитерация большой подкожной вены при варикозной болезни // Ангиология и сосудистая хирургия. 2004. Т. 10, №1. С. 93-97.
3. Гужков О.Н. Эндовазальная лазерная коагуляция в комплексном лечении больных с варикозной болезнью вен нижних конечностей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Москва, 2008. 32 с.

4. Кириенко А.И. Новые технологии лечения ХВН – что об этом думают специалисты? // Флебологическая. 2006. №27. С. 15.
5. Савельев В.С., Думпе Э.П., Яблоков Е.Г. Болезни магистральных вен. М., 1972. 440 с.
6. Стойко Ю.М., Батрашов В.А., Мазайшвили К.В., Сергеев О.Г. Эндовенозная лазерная облитерация подкожных вен: шаг за шагом: учеб.-метод. пособие. М., 2010.
7. Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М., Лыткин М.И. Основы клинической флебологии. М., 2005. 312 с.
8. Min R.J., Khilnani N. Endovenous laser treatment of saphenous vein reflux. Journal of Vascular and Interventional Radiology. 2003. №3. P. 125-131.
9. Navaro L., Min R.J., Bone C. Endovenous laser: A new minimally invasive methods of treatment of varicos veins – preliminary observation using an 810 nm diode laser Dermatol. Surg, 2001. №2. P. 117-122.
10. Proebstle T.M., Lehr H.A., Thrombotic occlusion after endoluminal thermal damage by laser-generated steam bubbles. Journal of Vascular Surgery, 2002. V. 35. №4. P. 729-736.

References:

1. Belentsov S.M. Minimally invasive surgery in treatment of varicose disease and its complications: abstr. of diss. ... Dr. of Medicine. 2009. 68 p.
2. Bogachyov V.Y., Kiriyenko A.I., Zolotukhin I.A. Endovenous laser obliteration of the great saphenous vein with varicose veins // Angiology and Vascular Surgery. 2004 T. 10; № 1. P. 93-97.
3. Guzhkov O.N. Endovenous laser coagulation in the treatment of patients with varicose veins of the lower extremities: abstr. dis. ... Dr. of Medicine. M., 2008. 32 p.
4. Kiriyenko A.I. New technologies to treat CVI - what experts think about it? // Flebolymphology. 2006. № 27. P. 15.
5. Savelev V.S., Dumpe E.P., Yablokov E.G. Diseases of the main veins. M., 1972. 440 p.
6. Stoyko Y.M., Batrashov V.A., Mazayshvili K.V., Sergeev O.G. Endovenous laser obliteration of saphenous veins: step-by-step: textbook. M., 2010.
7. Shevchenko Y.L., Stoyko Y.M., Lytkin M.I. Fundamentals of Clinical Phlebology. M., 2005. 312 p.
8. Min R.J., Khilnani N. Endovenous laser treatment of saphenous vein reflux. Journal of Vascular and Interventional Radiology. 2003. №3. P. 125-131.
9. Navaro L., Min R.J., Bone C. Endovenous laser: A new minimally invasive methods of treatment of varicos veins – preliminary observation using an 810 nm diode laser Dermatol. Surg, 2001. № 2. P. 117-122.
10. Proebstle T.M., Lehr H.A., Thrombotic occlusion after endoluminal thermal damage by laser-generated steam bubbles . Journal of Vascular Surgery, 2002. V. 35. № 4. P. 729-736.