

В. А. ДЖАКУПОВ, О. Д. ДАИРБЕКОВ, Н. А. КОСПАНОВ, С. Ж. КИРГИЗБАЕВ

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ В СРАВНЕНИИ С КОМБИНИРОВАННОЙ ФЛЕБЭКТОМИИ

(Национальный научный центр хирургии им. А. Н. Сызганова, г. Алматы)

Приводится сравнительный анализ эффективности эндовенозной лазерной коагуляции и традиционной комбинированной флебэктомии при варикозной болезни нижних конечностей. В зависимости от метода оперативного вмешательства больные были разделены на 2 группы. В 1 группе ($n = 37$) выполнялась ЭВЛК БПВ, во 2 группе ($n = 40$) – комбинированная флебэктомия. Группы больных не отличались по полу, возрасту, тяжести и распространенности патологического процесса. Подавляющее число оперированных – 63 (81,8%) пациентов принадлежала к клиническим классам C3 и C4.

Введение. Варикозная болезнь нижних конечностей по своей распространенности и социальной значимости является одной из наиболее важных проблем современной медицины.

По данным различных авторов, распространенность варикозной болезни среди населения колеблется от 2 до 50%, причем наибольшая ее частота отмечена в развитых странах Запада [1–3]. В основном это люди трудоспособного возраста от 20 до 40 лет, при этом, как среди мужчин, так и среди женщин число больных увели-

чивается с возрастом. Ежегодный прирост этого заболевания для обоих полов достигает 4% и отмечена тенденция к омоложению контингента больных [4, 5]. Заболевание оказывает заметное влияние на качество жизни людей в трудоспособном возрасте и вызывает большое число осложнений, связанных с хронической венозной недостаточностью [1, 3, 6].

За последние годы достигнут значительный прогресс в развитии методов диагностики и новых технологий в хирургическом лечении варикозной

болезни нижних конечностей. Одним из таких новшеств является эндовенозная лазерная коагуляция (ЭВЛК)

Цель нашей работы сравнить результаты лечения эндовенозной лазерной коагуляции и традиционной комбинированной флебэктомии

Материалы и методы

Мы располагаем результатами комплексного обследования и последующего хирургического лечения и наблюдения 77 (n=77) пациентов с первичным варикозным расширением вен нижних конечностей, оперированных в отделе хирургии сосудов ННЦХ им. А. Н. Сызганова в период с декабря 2004 г. по январь 2009 г. Для того, чтобы выявить преимущества и недостатки ЭВЛК мы провели сравнение результатов лечения в двух группах пациентов. Первую составили 37 больных, перенесших лазерную облитерацию БПВ в сочетании с кроссэктомией. В контрольную группу вошли 40 пациентов с ВБНК, которым выполнили традиционное оперативное вмешательство, включавшее стволовую флебэктомию, минифлебэктомию и лигирование ПВ в бассейне БПВ.

Женщин было 56 (72,7%), мужчин 21 (27,3%), возраст пациентов колебался от 20 до 69 лет, средний возраст составил $44,5 \pm 13,5$. Как видно, свыше половины больных (59,6%) находилась в наиболее трудоспособном возрасте – от 20 до 50 лет. Время от начала заболевания до поступления в стационар составляло от 2 до 38 лет, средняя составила $15,5 \pm 8$. Продолжительность заболевания у основной массы пациентов была более 10 лет. Подавляющее число оперированных – 63 (81,8%) пациентов принадлежала к клиническим классам С3 и С4.

В данном исследовании мы рассматривали только поражение в бассейне БПВ.

Критерии, по которым производилась сравнительная оценка результатов лечения, были следующие:

- 1) выраженная болевого синдрома в ближайшем послеоперационном периоде;
- 2) частота послеоперационных осложнений;
- 3) срок начала трудовой деятельности после операции;
- 4) косметический результат вмешательства;
- 5) частота рецидива варикозного расширения подкожных вен.

Болевой синдром исследовали только в зоне проведения ЭВЛК или стволовой флебэктомии. Выраженность болевых ощущений определяли в баллах по визуально-аналоговой шкале. Полное отсутствие боли расценивали как 0 баллов, очень сильную боль, как 10. Пациенты оценивали свои ощущения, ставя отметку на специальной шкале, затем врач фиксировал, какому количеству баллов она соответствует. Опрос проводили на 2-3 сутки после операции.

Выраженность болевого синдрома в группе пациентов, перенесших ЭВЛК, составила в среднем 0,25 балла. При этом следует отметить, что на бедре пожаловались всего 8 (21,6%) больных, охарактеризовавших свои ощущения, как минимальные.

Среди тех, кто перенес стволовую флебэктомию с помощью зонда, на бедре пожаловались 35 (87,5%) и лишь в 5 случаях было зафиксировано ее отсутствие. Выраженность боли составила с среднем 2,4 балла. Таким образом, ЭВЛК легче переносится пациентами, вызывая болевой синдром в 4 раза реже, чем традиционная флебэктомия.

Послеоперационные осложнения. Их спектр и частота выявления в обеих группах пациентов на 7 сутки после вмешательства представлены в табл. 1.

Таблица 1. Спектр послеоперационных осложнений

Осложнение	Основная группа (n=37)	Контрольная группа (n=40)
Гематомы на бедре	34 (91,9%)	40 (100%)
Парестезии, онемение	4 (10,8%)	7 (17,5%)
Лимфорея	–	1 (2,5%)
Инфекция п/о ран	0	0
Поверхностный тромбофлебит	2 (5,4%)	0
Тромбоз глубоких вен	0	0

Наиболее частым осложнением в обеих группах больных были гематомы. Мы оценивали их появление только на бедре. После стволовой флебэктомии размеры гематом значительно превышали таковые после ЭВЛК. В основной группе гематомы были незначительными и ограничивались проекцией магистрального ствола.

У пациентов контрольной группы в 1 случае (2,5%) развилась лимфорея из доступа для кроссэктомии по Червякову. У больных, перенесших

Таблица 2. Оценка косметического эффекта хирургического лечения в контрольной и основной группах пациентов

Послеоперационное состояние	Основная группа (n=37)	Контрольная группа (n=40)
Нога выглядит прекрасно. Я полностью довольна(-лен) ее внешним видом Нога выглядит значительно лучше, чем до операции, но заметны некоторые рубцы Изменений во внешнем виде ноги нет. До операции меня беспокоили варикозные вены, сейчас очень заметны послеоперационные рубцы	23 (62,2%) 14 (37,8%) 0	14 (35%) 25 (62,5%) 1 (2,5%)

ЭВЛК таких осложнений не было (кроссэктомия проводилась только паховым доступом).

В обеих группах пациентов не произошло таких осложнений, как инфекционные поражения послеоперационных ран и тромбоз глубоких вен. У 2-х пациентов после ЭВЛК развился поверхностный тромбофлебит (5,4% случаев), хотя это и не повлекло за собой значительного замедления медико-социальной реабилитации.

В основной группе пациенты приступали к полноценной трудовой деятельности на 2-й неделе послеоперационного периода. Средний срок от момента вмешательства до выхода на работу составил $8,7 \pm 1,8$ суток. Период временной нетрудоспособности больных, перенесших комбинированное оперативное вмешательство, колебался от 8 до 27 суток (в среднем – $17 \pm 3,5$). Полученные данные свидетельствуют о меньшей травматичности хирургического вмешательства с использованием лазерной технологии.

Косметический результат вмешательства мы оценивали примерно через 1 год после операции.

Результаты и обсуждение

Из представленных данных ясно, что эстетические результаты комбинированного хирургического лечения с использованием ЭВЛК значительно лучше в сравнении с радикальной венэктомией. Наиболее частой причиной негативного отношения к проведенной операции среди пациентов контрольной группы было наличие послеоперационных рубцов. Хорошее отношение высказало и большинство пациенток, перенесших сопутствующую минифлебэктомию. Проколы кожи спустя 12 мес. после этой процедуры либо полностью перестают быть заметными, либо незначительно беспокоят больных.

В контрольной группе почти каждый третий пациент счел косметический эффект лечения идеальным. Большинство пациентов обращало

внимание на послеоперационные рубцы на голени и в паховой области.

Частота рецидива варикозного расширения вен. В данном исследовании мы принимали за рецидив варикоза появление характерно измененных вен в зоне выполненного вмешательства спустя 12 и 24 мес. после него (табл. 3).

Таблица 3. Частота рецидивов варикозного расширения вен в основной и контрольной группах больных

	Основная группа (n=37)	Контрольная группа (n=40)
12 мес.	0	1 (2,5%)
	Основная группа (n=15)	Контрольная группа (n=23)
24 мес.	1 (6,7%)	2 (8,7%)

Через 12 мес. после операции рецидив варикозного расширения выявили всего у 1 пациента контрольной группы. Причиной появления варикозно измененной вены на заднемедиальной поверхности голени стала техническая погрешность операции – была оставлена нелигированной ПВ в этом отделе конечности. В основной группе появление возвратного варикоза зафиксировано не было, несмотря на то, что в 3-х случаях произошло частичное восстановление кровотока по облитерированной БПВ.

Через 2 года рецидив зафиксировали у 8,7 % больных, перенесших традиционную флебэктомию. В подгруппу пациентов, которым было выполнено вмешательство с использованием лазерной технологии, мы включили 13 наблюдений успешной протяженной окклюзии вены и 2 случая полной реканализации облитерированного сегмента. Лишь у 1 (6,7%) пациентки после ЭВЛК БПВ мы выявили варикозно измененные притоки в средней трети бедра на латеральной поверхности.

Полученные нами данные свидетельствуют, что включение ЭВЛК в комплекс хирургического лечения позволяет значительно улучшить косметические результаты лечения. В то же время, при анализе послеоперационных осложнений значимых преимуществ этой методики нам выявить не удалось. Если при стволовой флебэктомии чаще встречаются гематомы и неврологические нарушения, то после ЭВЛК течение послеоперационного периода нередко осложняется поверхностным тромбофлебитом. Отдаленные результаты говорят о равной эффективности операций, выполненных с ЭВЛК или удалением магистральной вены. На первый взгляд, это аргумент в пользу лазерной облитерации, поскольку одинаковый функциональный и лучший косметический эффект достигается при меньшей травматичности. Тем не менее, устранение возвратного варикоза притоков, который развивается в отдаленном периоде после правильно выполненной флебэктомии, куда проще, чем ликвидация рецидива стволового рефлюкса, который развивается в отдаленном периоде у пациентов, перенесших ЭВЛК.

В 1 случае, у пациентки развился рефлюкс крови от устья до средней трети бедра. Это произошло через 24 мес. после ЭВЛК. Пациентка была оперирована, выполнили кроссэктомию, стволовую флебэктомию, минифлебэктомию.

Выводы. Таким образом, лазерная облитерация магистральных подкожных вен не может быть рекомендована для широкого использования в качестве альтернативы стволовой сафенэктомии. Достоинства методики (малотравматичность, косметичность) во многом нивелируются ее недостатками (дороговизна аппаратуры и расходных материалов, технической сложностью, сложностью устранения возвратного варикоза). Получение хороших и отличных результатов

находится в прямой зависимости от точного соблюдения оптимальных показаний к ЭВЛК и учета всех факторов, способствующих успешному применению этого метода. По нашим данным, лазерную облитерацию можно применить не более, чем у трети пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Флебология / Под. ред. В. С. Савельева. М., 2001. 664 с.
2. Гавриленко А.В., Синдриков В.А., Вахратьян П.Е. и др. Роль клапанной недостаточности бедренной вены в течении и рецидивировании варикозной болезни нижних конечностей // Ангиология и сосудистая хирургия. 2006. № 3. Т. 12. С. 61-64.
3. Измайлова С.Г., Измайлова Г.А., Аверьянов М.Ю. Хирургические технологии в лечении варикозного расширения вен нижних конечностей // Хирургия. 2002. № 1. С. 10-15.
4. Гришин И.Н., Подгайский В.Н., Старосветская И.С. Варикоз и варикозная болезнь нижних конечностей. Минск, 2005. 253 с.
5. Handbook of venous disorders // 3d edition. Guidelines of the American Venous Forum. 2009. P. 744.
6. The Vein Book / Edited by J. John. Bergan, 2007. 617 p.

Резюме

Аяқ көк тамырының варикозды көнеюі кезінде жасалатын вена іші лазерлі күйдіру және аралас флебэктомия әдістеріне салыстырмалы қорытынды жасалды. Науқастар екі топқа бөлінді. Бірінші топта вена іші күйдіру әдісімен жасалған 37 науқас болды. Екінші топта аралас флебэктомия жасалған 40 науқас болды. Жалпы операциялық ем жасалған 63 науқас С3, С4 топқа жатады.

Summary

The publication provides a comparative analysis of the effectiveness of EVLT versus traditional combined phlebectomy for varicose veins. Depending on the method of surgical treatment, patients were divided into 2 groups. In group 1 (n = 37) performed EVLT of GSV, in Group 2 (n = 40) – combined phlebectomy. Groups of patients did not differ by sex, age, severity and prevalence of pathological process. The overwhelming number of operated – 63 (81,8%) patients belonged to clinical classes C3 and C4.