

ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ТРОФИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Кузьмин Ю. В., Богдан В. Г., Жидков С. А., Попченко А. Л.

Кафедра военно-полевой хирургии,

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

г. Минск, Республика Беларусь

Федоренко С. В.

УЗ «2-я городская клиническая больница»,

г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Варикозная болезнь (ВБ) с развитием трофических нарушений вплоть до образования язв является актуальной проблемой хирургии. В России 35 млн. человек, страдающих хронической венозной недостаточностью (ХВН) нижних конечностей, 15 % имеют декомпенсированную форму заболевания с выраженными трофическими нарушениями кожи. Проведение многочисленных разрезов при стандартной флебэктомии в области трофических расстройств приводит нередко к длительному незаживающим послеоперационным ранам, к увеличению длительности лечения пациентов и снижению эффективности оперативного лечения. Все это диктует поиск новых решений данной проблемы.

Цель. Оценить эффективность и продемонстрировать технические особенности выполнения эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК) при ВБ, осложненной трофическими нарушениями.

Материалы и методы. ЭВЛК была выполнена 53 пациентам в возрасте от 36 до 74 лет с ВБ (основная группа). Средний возраст составил $55,1 \pm 6,4$ года. Женщин было 33 (62,3 %), мужчин – 20 (37,7 %). Хроническая венозная недостаточность (ХВН) по классификации CEAP встречалась: С4 – у 16 (30,2 %) пациентов, С5 – у 7 (13,2 %) и С6 (варикозные язвы до 5 см^2) у 30 больных (56,6 %). ВБ пациенты страдали от 5 лет до 31 года.

У 23 пациентов в области голени был выраженный липодерматосклероз, у 30 – варикозные язвы диаметром от 0,3 до 2 см. В основном трофические нарушения при варикозной болезни связаны с варикозной трансформацией большой подкожной вены (БПВ) и ее бассейна.

В контрольной группе, в которую вошли 49 пациентов, выполнялась стандартная флебэктомия в различных модификациях. Контрольная группа не отличалась от основной по полу, возрасту, и характеру основной и сопутствующей патологии. В контрольную группу как в основную были включены пациенты с ХВН от С4 до С6 (с варикозными язвами до 5 см^2).

Результаты и обсуждение. В основной группе выполнить стандартную ЭВЛК БПВ удалось только у 21 (39,6 %) пациента, у остальных 32 больных провести световод на всем протяжении по ходу БПВ не удалось. Причинами этого были: у 7 (13,2 %) пациентов облитерация БПВ на голени из-за ранее перенесенного тромбофлебита, у 25 (47,2 %) пациентов из-за выраженной варикозной трансформации БПВ.

Нами были разработаны технические приемы проведения световода в БПВ: 1. С использование оригинального проводника из зоны кроссэктомии световод проводили ретроградно до внутренней лодыжки через зону дерматолипосклероза и язвы, без дополнительных разрезов (приоритетная справка на изобретение № а 201 11459).

2. При невозможности провести световод как по ходу БПВ, так и ретроградно, в верхней трети голени выполняли дополнительный разрез, дающий доступ к БПВ, ибо контролем УЗИ выполняли пункцию БПВ и через интродьюсер вводили световод. Выше по вене открывался доступ к переднему подколенному притоку и перфорантной вене Бойда, ниже по вене – к вене Леонардо. Из данного доступа сначала выполняли ЭВЛК БПВ и при необходимости переднего подколенного притока и перфорантной вены Бойда, а затем ЭВЛК БПВ на голени и при необходимости вены Леонардо (приоритетная справка на изобретение № а201 20892).

При ранее перенесенном тромбозе и окклюзии БПВ световод вводился на встречу друг другу из двух доступов либо с выделением вены, либо пункционно под контролем УЗИ (патент на изобретение № 19473 от 28.05.2015 года).

Послеоперационные раны в основной группе зажили первичным натяжением. В контрольной группе у 18 (36,7 %) пациентов было отмечено развитие воспаления послеоперационных ран в области трофических нарушений, что потребовало снятия швов и лечения воспалительного процесса с увеличением сроков лечения и дополнительных материальных затрат. Длительность стационарного лечения пациентов основной группы был достоверно ($p < 0,05$) меньше и составил $8,9 \pm 3,2$ суток, тогда как в контрольной группе он был равен $21,4 \pm 5,3$ суток.

Выводы.

1. Лечение больных ВБ с ХВН С4-С6 (СЕАР) по разработанной нами методике ЭВЛК является эффективным способом, позволяющим избежать дополнительных разрезов в области трофических нарушений и как следствие – снизить риск развития воспаления в области послеоперационных ран.

4. Разработанный метод ЭВЛК у пациентов с ХВН С4-С6 позволял уменьшить на 12,4 суток продолжительность стационарного лечения.