

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОВЕНОЗНЫХ И ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Новикова Н. М., Игнатович И. Н., Кондратенко Г. Г., Шкода М. В., Войтко Н. С.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
УЗ «10-я городская клиническая больница г. Минска»,
УЗ «5-я ГКБ г. Минска»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. Варикозная болезнь нижних конечностей (ВБНК) по-прежнему остается актуальной проблемой хирургии. Распространенность ВБНК среди взрослого населения Европы и Северной Америки составляет более 20 %.

Цель. Сравнить отдаленные результаты применения эндовенозной методики и традиционной флебэктомии в лечении пациентов с ВБНК

Материал и методы. Проспективное сравнительное исследование отдаленных (2 года) результатов лечения включает 131 пациента с варикозной болезнью С2-С4, лечившихся в УЗ «10 ГКБ г. Минска» в 2012-2014 году. Критерии включения: 1) Категории С2-С4 согласно клиническому разделу классификации СЕАР. 2) Наличие рефлюкса по БПВ или МПВ, длящегося более 0,5 с. Исходя из предпочтений, высказанных пациентами в отношении лечения, они были распределены на 2 группы. Группа А включала 65 пациентов (66 операций), которые предпочли оперативное лечение с применением эндовенозных подходов. Группа Б включала 66 пациентов, которые предпочли традиционную флебэктомию.

Группа А Возраст пациентов составил от 23 до 75 лет (Me= 47,5, IQR (25–75 квартили) 35,5–56,0 лет). Мужчин в исследуемой группе было 18 (27,3 %). Длительность ВБНК составила от 5 до 57 лет (Me= 20, IQR 10–25 лет). Левая нижняя конечность оперирована в 37 случаях (56,1 %). Категории С2 по классификации СЕАР соответствовали 19 случаев (28,8 %), С3 по СЕАР – 41 случай (62,1 %), С4 по СЕАР – 6 случаев (9,1 %).

Группа Б Возраст пациентов составил от 23 до 77 лет (Me= 49,5, IQR (25–75 квартили) 39–57,25 лет). Мужчин в исследуемой группе было 27 (40,9 %). Длительность ВБНК составила от 4 до 65 лет (Me= 23,0 IQR 15–30 лет). Левая нижняя конечность оперирована в 34 случаях (51,5 %). Категории С2 по классификации СЕАР соответствовали 18 пациентов (27,3 %), С3 по СЕАР – 44 пациента (66,7 %), С4 по СЕАР – 4 пациентов (6,0 %).

Эндовенозные вмешательства у пациентов группы А включали: кроссэктомия, ЭВЛК под УЗИ-контролем ствола БПВ – 59

(89,4 %), пенная склерооблитерация под УЗИ-контролем БПВ – 2 (3,0 %), дистальная кроссэктомия, ЭВЛК под УЗИ-контролем МПВ – 4 (6,1 %), ЭВЛК под УЗИ-контролем ствола БПВ до перфоранта Додда – 1 (1,5 %). ЭВЛК проводилась лазерным излучением 1460 с применением торцевого световода без системы центрирования в просвете вены с применением доступа по Сельдингеру под местной анестезией стандартным раствором Klein только на протяжении рефлюкса венозной крови но не далее средней трети голени. Удаление варикозно расширенных притоков после эндовенозного воздействия проводилось под местной анестезией с применением крючков Várady. **Хирургические вмешательства у пациентов группы Б** включали кроссэктомию, стриппинг и удаление подкожных вен из отдельных разрезов под спинномозговой анестезией.

Оценка результатов через 2 года проводилась на основании шкалы оценки тяжести хронических заболеваний вен VCSS (Venous Clinical Severity Score).

Результаты и обсуждение. Пациенты двух сформированных групп не имели достоверных различий по возрасту ($p=0,531$), полу (0,100), длительности заболевания ($p=0,24$), категории С по CEAP (0,927), баллу по шкале VCSS (0,761).

Результат лечения пациентов группы А, оцененный по баллу шкалы оценки тяжести течения заболевания вен VCSS, через 2 года составил от 0 до 4 ($Me= 2$, IQR (25-75 квартили) 1-2), а пациентов группы Б – от 0 до 5 ($Me= 2,5$, IQR 2-3). Малотравматичное устранение вертикального венозного рефлюкса, меньший объем и травматизм оперативного вмешательства, применение градуированной компрессионной терапии 23-32 мм рт.ст. способствовало лучшему результату лечения в группе А ($p=0,001$). В частности, боль и отек были менее выражены в группе А ($p=0,001$), хотя пациенты обеих групп в равной степени были приверженцами компрессионной терапии ($p=0,578$).

Коагуляция стволов БПВ/МПВ только на протяжении рефлюкса, но не ниже дистальной трети голени предотвращала появление стойкого болевого синдрома, связанного с термическим воздействием на нервные стволы голени. Вместе с тем, такое воздействие эффективно устраняло рефлюкс и венозную гипертензию в подкожных венах. Предложенный подход к лечению пациентов с ВБНК, несмотря на кажущееся отсутствие радикализма и протяженных вмешательств на магистральных подкожных венах, в отдаленном периоде наблюдения ни в чем не уступал в лечении традиционным хирургическим подходам со стриппингом от бедра до стопы.

Выводы. Эндовенозные методы лечения варикозной болезни нижних конечностей с облитерацией стволов БВП/МПВ только на протяжении рефлюкса венозной крови, но не дистальнее нижней трети голени, являются клинически обоснованным и в отдаленном периоде наблюдения превосходят традиционную флебэктомию.