

ОБЛИТЕРАЦИЯ САФЕНЫ В ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНЫХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Игнатович И. Н., Кондратенко Г. Г., Лещенко В. Г.,
Новикова Н. М., Чур Н. Н., Мансуров В. А., Стрельченя А. С.,
Скакун А. К.*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. До настоящего времени остаются спорными вопросы, касающиеся необходимого объема вмешательства при венозных язвах. Ряд авторов считает необходимым в дополнение к хирургии стволов и притоков подкожных вен проводить вмешательства на перфорантных венах. Однако, вмешательства на перфорантных венах увеличивают

травматичность операции, не всегда являются эффективными и в долгосрочной перспективе не уменьшают число рецидивов.

Цель. Определить результат изолированного устранения вертикального рефлюкса в лечении венозных язв у пациентов без признаков проксимального стеноза/окклюзии глубоких вен нижних конечностей.

Материал и методы. Физическое моделирование В норме вена разделена клапанами на отдельные блоки высотой h . В каждом таком участке сосуда, заполненном кровью плотностью ρ , возникает гидростатическое давление равномерно возрастающее от нуля на поверхности жидкости до ρgh у основания клапана. В результате венозный кровоток, движущийся из ниже расположенных участков под действием венозной помпы стопы и голени может практически блокироваться слишком высоким гидростатическим давлением. Это способствует развитию венозной гипертензии и язвенных дефектов нижних конечностей. **Дизайн исследования** Проспективное когортное исследование ближайших (2 месяца) и отдаленных (2 года) результатов лечения включает 23 пациента с венозными язвами, лечившихся в гнойно-септическом хирургическом отделении УЗ «10 ГКБ г. Минска» в 2012-2013 году. В этой группе выполнено 25 операций, направленных на устранение вертикального венозного рефлюкса (2 пациента имели варикозные язвы на обеих нижних конечностях).

Возраст пациентов составил от 30 до 76 лет (Me= 57, IQR (25-75 квартили) 48,5-65,0 лет). Мужчин в исследуемой группе было 7. Длительность существования венозной трофической язвы составила от 3 до 30 месяцев (Me= 15, IQR 8,5-28,0 месяцев). 1 язва имелась у 13 пациентов, 2 язвы – у 3 пациентов, 3 и более язв – у 9 пациентов. Далее в тексте использовали термин «язва» в том числе и для пациентов с множественными язвами, если не требовалась дополнительная детализация.

Эндовенозная лазерная коагуляция стволов (ЭВЛК) БПВ, МПВ, v.accessoria ant. проводилась аппаратом лазерным медицинским «Медиола-эндо» модель «Фотек ЛК-50-4» под УЗИ-контролем и тумесцентной анестезией с применением методики Сельдингера для доставки лазерного световода. Склерооблитерация стволов БПВ, МПВ, v.accessoria ant. проводилась foam-формой раствора этоксисклерола 3 % 2 мл (соотношение жидкость-воздух 1:4, максимальный объем пены 10 мл) с применением УЗИ-контроля. Операции, направленные на устранение вертикального венозного рефлюкса, состояли в: ЭВЛК БПВ – 11 (44 %), ЭВЛК v.accessoria ant. – 1 (4 %), foam-склерооблитерация БПВ – 8 (32 %), foam-склерооблитерация МПВ – 3 (12 %), foam-склерооблитерация v.accessoria ant. – 1 (4 %), кроссэктомия+стриппинг – 1 (4 %). **Послеоперационное ведение** пациентов осуществлялось без назначения антикоагулянтов. Пациенты выписывались через 3–5 дней, будучи обученными пользоваться самостоятельно или с помощью родственников компрессионным медицинским трикотажем 23–32 мм рт.ст., который одевался поверх марлевых повязок, покрывавших венозную язву. Пациенты обязывались постоянно пользоваться компрессионным трикотажем до стойкого заживления язвы.

Результаты и обсуждение. Оценка результатов лечения через 2 месяца проведена у 21 пациента (23 операции). Оценка результатов лечения через 2 года проведена у 20 пациента (22 нижних конечности), так как за этот период умер 1 пациент.

Таблица

Сумма баллов шкалы VCSS (Venous clinical severity score) в исследуемой группе пациентов.

Сумма баллов	Min	Max	Me	IQR	p
До операции	16	26	20	18–22	
Через 2 мес	3	15	5	5–7	до опер/2 мес<0.05
Через 2 года	2	11	2	4–5	2 мес/2 года<0.05

Динамика язвенного процесса В течение 2 месяцев язвы зажили у 19 из 21 пациента. У 2-х пациентов с одиночными незажившими язвами более 5 см отмечено уменьшение размеров язвенного дефекта, однако от дермопластики они отказались, мотивируя это значительным клиническим улучшением. Через 2 года у одного из указанных 2-х пациентов отмечена эпителизация язв, первоначально занимавших полукружность голени. **Ультразвуковая оценка состояния целевой вены** после эндовенозного воздействия, вне связи с его характером (коагуляция или склерооблитерация), через 2 года проведена у 15 пациентов (17 нижних конечностей). Кровоток по венозным стволам, подвергшимся эндовенозному воздействию, отсутствовал в 15 случаях (88,2 %), в 1 случае отмечался рефлюкс менее 0,5 с, в 1 случае – рефлюкс более 0,5 с.

Выводы.

1. Вертикальный венозный рефлюкс, создающий высокое гидростатическое давление при протяженном поражении клапанного аппарата венозных стволов, играет ведущую роль в этиопатогенезе венозных язв.
2. Группа пациентов с венозными язвами без признаков стеноза/окклюзии проксимальных глубоких вен может лечиться путем изолированного устранения вертикального венозного рефлюкса. При приверженности пациента компрессионной терапии это способствует исчезновению или значительному облегчению клинических проявлений и эпителизации венозных язв до 5 см в диаметре.