

## МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН

Аргунова А. Э.<sup>1</sup>, Потапенков М. А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Аргунова Анастасия Эдуардовна / Argunova Anastasia Eduardovna – студент;

<sup>2</sup>Потапенков Михаил Александрович / Potapenkov Mikhail Aleksandrovich – кандидат медицинских наук, доцент,  
кафедра хирургии № 1, 1 медицинский факультет,  
Крымский Федеральный университет им. В. И. Вернадского  
Крымская медицинская академия им. С. И. Георгиевского, г. Симферополь

**Аннотация:** в статье анализируются малоинвазивные методики лазерной фотокоагуляции и склеротерапии в качестве оперативного лечения варикозного расширения вен, осложненного трофической язвой.

**Ключевые слова:** варикозная болезнь, трофическая язва, венэктомия, лазерная фотокоагуляция, склеротерапия, малоинвазивные методики, расширение вен нижней конечности, большая подкожная вена.

Варикозная болезнь нижних конечностей остается самой распространенной патологией сосудистого русла [1]. До 25% развитых стран страдают данным заболеванием. В нашей стране различными формами варикозной болезни страдает от 30 до 35 млн человек, причем 15% из них страдает декомпенсированными формами заболевания с выраженными трофическими нарушениями кожи и рецидивирующими язвами [2, 3]. В настоящее время хирургический метод является ведущим в тактике лечения варикозной болезни. Существенными недостатками хирургического вмешательства являются высокая травматичность, необходимость госпитализации, длительный период послеоперационной реабилитации. Оперативное вмешательство также не может обеспечить достаточный косметический эффект.

При кажущейся простоте и легкости лечения пациентов с варикозным расширением вен, эта задача является одной из наиболее сложных в современной медицине. Разработанные методики позволяют избежать недостатков радикальной венэктомии, достичь лучших результатов лечения и способствуют благоприятному прогнозу.

Ранее нами была изучена эффективность применения методики комбинированной фототерапии и местного лечения в качестве предоперационной подготовки в лечении трофических язв нижних конечностей. Изучен опыт лечения больных (в возрастной группе 22-82 лет) с трофическими язвами нижних конечностей, которым применялась фототерапия (магнитотерапия, биоптрон-терапия, низкоинтенсивное лазерное излучение) в сочетании с местным лечением.

Посттромбофлебитический синдром диагностирован у 30 больных, варикозное расширение вен - у 25. Фототерапию применяли как в первой, так и во второй стадиях раневого процесса. Энзимотерапия в лечении не применялась. Данная физиотерапия включала воздействие на трофическую язву магнитотерапии в течение 5 минут, биоптрон-терапии, УФ-излучения в течение 40-60 секунд, низкоинтенсивного лазерного излучения ГНЛ (ППМ до 20мВт/см<sup>2</sup>) экспозиция 3-5 минут.

В первой фазе, в течение 2-3 дней применяли 25% раствор димексида с фурациллином, антибиотики в соответствии с чувствительностью микрофлоры.

Сроки очищения трофических язв зависели от их размеров, возраста больного и сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, недостаточность кровообращения и др.). Динамическое бактериальное наблюдение показало, что монофлора (стафилококк, стрептококк) исчезла на 5-6 день исследования.

После начала эпителизации ран у 25 больных с варикозным расширением вен были выполнены венэктомии по Троянову-Тренделенбургу-Беккокку-Нарату-Коккетту. Оперативное лечение сразу после очищения трофической язвы от гнойно-некротического отделяемого способствует предупреждению реинфицирования трофической язвы, снижая сроки оперативного лечения.

Средняя длительность полного заживления трофической язвы составляла 16±1,4 дня, что в 2,2 раза быстрее, чем лечение без использования комбинированной фототерапии. Послеоперационные осложнения отмечены у 2-х больных, у которых развилось рожистое воспаление [4].

Воспалительные осложнения ран после операции венэктомии зависят от всех аспектов лечения. Миниинвазивность вмешательства и краткосрочное пребывание в лечебном учреждении — главные составляющие неосложненного течения послеоперационного периода.

Многие пациенты все больше внимания уделяют эстетическому и экономическому аспектам лечения. Этот факт диктует хирургам необходимость поиска новых малотравматичных методов хирургического вмешательства.

В практику сосудистых хирургов введены новые малоинвазивные методы хирургического лечения варикозного расширения вен, такие как лазерная фотокоагуляция большой подкожной вены (БПВ) и склеротерапия (БПВ).

Мы располагаем опытом применения данных методик у 45 больных. Методика лазерной фотокоагуляции применяется в отделении сосудистой хирургии ГБУЗ РК РКБ им. Н. А. Семашко с 2010г. Для данной манипуляции используется аппарат «Лирика 1». Во всех случаях 1 этапом хирургического лечения была кроссэктомия. Лазерная фотокоагуляция выполнена через отдельный доступ в области медиальной лодыжки. Мощность лазерного излучения составляет 15 Вт. У больных с выполненной склеротерапией использовался препарат – этоксисклерол 1%. В двух случаях склерозирование ствола БПВ выполнялось интраоперационно при помощи катетерной методики, у 8 больных – в послеоперационном периоде путем пункции и введения склерозанта в ствол БПВ, перфорантные вены голени, притоки БПВ на голени под контролем УЗИ.

Дискуссия о целесообразности сохранения ствола БПВ у больных с варикозной болезнью продолжается среди сосудистых хирургов. По данным И. М. Гудз и соавт. [5], основным недостатком кроссэктомии состоит в сохранении у 16,6% больных патологического рефлюкса крови. По нашим данным вертикальный низкинтенсивный рефлюкс крови наблюдался только у 3 пациентов из 55, которым выполнена кроссэктомия и перевязка перфорантных вен голени, что составило 5,45%. Однако клинических данных за рецидив варикозной болезни у этих больных не отмечено. По данным контрольных УЗИ, после лазерной фотоабляции ствола БПВ ретроградный рефлюкс не наблюдался.

В раннем послеоперационном периоде осложнения отмечены у 1 больного с интраоперационным катетерным склерозированием ствола БПВ в виде тромбоза БПВ. Следует отметить, что клиническая картина после операционного тромбоза оставленного ствола БПВ была не выраженной. Регресс клинической картины наступил к 20 послеоперационному дню. Другие осложнения не наблюдались. Примененная нами методика лазерной фотокоагуляции ствола БПВ позволила избежать развития послеоперационного тромбоза. У всех больных с лазерной коагуляцией вен по данным контрольного УЗИ достигнута полная облитерация ствола БПВ.

Средняя длительность стационарного лечения при малоинвазивных методах составила  $9,8 \pm 0,2$  койко-дня. При сроках наблюдения до 5 лет рецидив ВРВ возник у 2-х больных с использованием лазерной фотокоагуляции БПВ. Однако отдаленные результаты операций в настоящее время недостаточно изучены.

**Заключение.**

- Хирургический метод, позволяющий создать условия для эпителизации язвы, не может быть рекомендован для больных с нагноительными процессами в трофической язве. В то же время традиционное местное лечение не всегда эффективно и сопровождается длительными сроками заживления раневого процесса. Разработанная методика комбинированной фототерапии имеет минимум противопоказаний и может применяться как при первой, так и при второй стадиях раневого процесса. Данная методика позволяет значительно сократить сроки стационарного и амбулаторного лечения больных и отказаться от применения дорогостоящих энзимных препаратов. Фототерапия рекомендуется в пред- и послеоперационном периоде для профилактики осложнений.

- Малоинвазивные методики хирургического лечения достаточно эффективны, сопровождаются небольшим числом послеоперационных осложнений и рецидивов. Преимуществом малоинвазивных венэктомий является возможность устранения вертикального рефлюкса без удаления подкожной вены на бедре и голени, небольшие сроки стационарного лечения. Отсутствуют послеоперационные осложнения, характерные для традиционной венэктомии по методике Бебкокка: послеоперационные гематомы, повреждение поверхностных нервов и лимфатических путей.

- Главными достоинствами данных методик является возможность амбулаторного применения, сохранения привычного уровня качества жизни пациентов в процессе лечения, хорошие косметические результаты в большинстве наблюдений [6].

### *Литература*

1. Варикозная болезнь вен нижних конечностей: стандарты диагностики и лечения (совещание экспертов). М., 2000;16.
2. *Синявский М. М.* Лечение варикозных язв внутренней надлодыжечной области. //Здравоохранение Беларуси, 1967. № 6. С. 60-61.
3. *Тальман И. М.* Варикозное расширение вен нижних конечностей. Л. Медицина. Ленинградское отделение, 1961. С. 116-124.
4. *Гудз И. М., Лавринцев В. З., Гудз О. И., Дмитриев И. В., Багрий М. М.* Роль кроссэктомии в рецидиве варикозной болезни.// Сердце и сосуды. № 4. 2012. С. 63-69.

5. *Гавриленко А. В., Вахрамьян П. Е., Горина С. М.* Оценка качества жизни у пациентов после хирургического лечения варикозной болезни.// *Анналы хирургии*, 2004. № 5. С. 22-24.