

ОСОБЕННОСТИ ОБЛИТЕРАЦИИ ВЕНОЗНОЙ СТЕНКИ ПРИ ЭНДОВАЗАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А.С. ТОИРОВ, А.С. БАБАЖАНОВ, Ж.К. ТУХТАЕВ,
А.И. АХМЕДОВ, Б.Б. БОМИРОДОВ
Самаркандский Государственный медицинский институт,
Республика Узбекистан, г. Самарканд

Резюме. В исследование включены 42 больных, которым провели эндовазальную лазерную коагуляцию. Оперативное пособие заключалось в следующем. Вначале проводили кроссектомию большой подкожной вены с тщательной перевязкой впадающих в устье венозных притоков. Затем в просвет дистальной части вены вводили лазерный катетер. Под тумесцентной анестезии. При эндовазальной лазерной коагуляции, процесс окклюзии просвета вены происходит за счет непосредственного повреждения стенки вены, что в последующем уменьшает такой механизм рецидива заболевания, как реканализация коагулируемой вены.

Ключевые слова: эндовазальная лазерная коагуляция, варикозно расширенных вен нижних конечностей.

FEATURES OF THE VENOUS WALL IN ENDOVAZALNOJ OBLITERATION OF LAZER COAGULATION ESOPHAGEAL VARICOSE VEINS OF THE LOWER LIMBS

A.S. TOIROV, A.S. BABAJANOV, J.K. TUHTAEV,
A.I. AHMEDOV, B.B. BOMIRODOV
Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Resume. The 42 nd. of patients are included into this research, who were exposed to Endo Venous Laser Treatment (EVLV). Operative allowans was concluded in following. Firstly, krossëktomia was tested of a great saphenous vein which was careful banged. Then distal part of vein was input by lazer catheter under tumescent local anesthesia. In the result of the prosses of occlusion of the vein occurs because of the damage of the vein's wall. Owing to this process, the mechanism of the relapse of the discase is reduced, as a recanalization of a koaguliruemoj vein.

Key words: endo venous laser treatment, esophageal varicose veins.

Актуальность. Варикозная болезнь - заболевание, которое поражает около 25% населения (2,5). Стандартом хирургического лечения варикозной болезни является перевязка устья большой подкожной вены, удаление ее на бедре и иссечение расширенных вен на голени (2,4,5). Вместе с тем оперативное пособие связано с такими послеоперационными побочными явлениями, как боли, кровоизлияния, гематомы, флебиты, повреждение нервов. Одним из направлений уменьшения травматичности операций и повышения их косметичности является применение новых технологий и, в частности, использование эндовенозных процедур, которые, являясь малоинвазивными, в то же время обладают достаточной радикальностью в лечении варикозной болезни (1,4,7). В зарубежной литературе имеется много публикаций, посвященных механизмам повреждения вен при эндовазальной термооблитерации и, в частности,

после лазерного вмешательства (2,3,8). В этих публикациях порой имеются противоречивые суждения о механизмах повреждающего действия лазерной энергии на венозную стенку. Наиболее распространенным объяснением механизма лазерного повреждения венозной стенки служит образование кипящих пузырьков крови в просвете вены с последующим образованием тромба (1,3,6).

Цель. Оценить клиническую эффективность и некоторые особенности повреждения стенки вены при эндовазальной лазерной коагуляции (ЭВЛК) в плане возможной реканализации большой подкожной вены в ближайшие и отдаленные сроки.

Материал и методы. В исследование включены 42 больных, которым провели ЭВЛК. с 2011 по 2014 г. Мы используем классификацию СЕАР, предложенную группой международных экспертов в 1994 г. Основу структуры классификации составляют

клинический (*C-clinical*), этиологический (*E-etiological*), анатомический (*A-anatomical*), и патофизиологический (*P-pathophysiological*) разделы. Клиническая часть классификации учитывает основные, наиболее часто встречающиеся признаки хронических заболеваний вен нижних конечностей.

- Класс 0- нет видимых симптомов болезни вен при осмотре и пальпации, но есть характерные жалобы;
- Класс 1- телеангиэктазии и ретикулярные вены;
- Класс 2- варикозно-расширенные вены;
- Класс 3- отёк, боли, тяжесть и быстрая утомляемость в икроножных мышцах;
- Класс 4-трофические расстройства (пигментация кожи, липодерматосклероз);
- Класс 5- кожные изменения, указанные выше, + зажившая трофическая язва;
- Класс 6- кожные изменения, указанные выше, + открытая язва.

Как показало практическое применение классификации CEAP, клинического раздела вполне достаточно для удовлетворения потребностей прикладной флебологии. Критериями включения больных в исследование являлись наличие варикозного расширения вен, классы C2-C4 по CEAP, информированное согласие больных, возраст от 20 до 60 лет, сафенофеморальный рефлюкс и клапанная недостаточность большой подкожной вены, подтвержденные методом дуплексного сканирования вен. Критерии исключения: тромбоз глубоких вен в анамнезе, облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей. Всем больным в дооперационном периоде проводили дуплексное сканирование вен. Оперативное пособие заключалось в следующем. Вначале проводили кроссэктомии большой подкожной вены с тщательной перевязкой впадающих в устье венозных притоков. Затем в просвет дистальной части вены вводили лазерный катетер. Под тумесцентной анестезии. При включении аппарата и вытягивании со скоростью 2-3 см/с из вены лазерного катетера, наступают обезвоживание и коагуляция белков стенки вены с последующей облитерацией ее просвета. При наличии на голени расширенных извитых подкожных вен последние удаляли методом минифлебэктомии. Сразу же после операции проводили бинтование конечности эластичным бинтом. Все пациенты были осведомлены о методе ЭВЛК, возможных осложнениях после его применения. В послеоперационном периоде

через 5 сут. с момента операции, а также через 1 мес. и в течение 1 года проводили ультразвуковое исследование вен для изучения степени облитерации вен, возможной реканализации их просвета с оценкой васкуляризации сафенофеморального соустья, наличия и состояния перфорантных вен.

Результаты. Возраст больных колебался от 20 до 60 лет (средний возраст 46,2 года). В 96% случаев выявлена недостаточность остиального клапана и клапанная недостаточность ствола большой подкожной вены. Средний диаметр вен, измеренный в положении пациентов лежа на спине ниже остиального клапана на 2 см, составлял 0,12 мм. Распределение больных по классификации CEAP: C2 - у 33 (78,6%), C3 - у 8 (19%), C4 - у 1 (2,4%). Наиболее частыми симптомами были усталость (87,5%), боль (80%) и отеки (20%). Через 5 дней после операции дуплексное сканирование вен провели 42 больным, окклюзию вены на бедре наблюдали у 41 (97,6%) больных. По мере увеличения сроков наблюдения уменьшалось и количество пациентов, доступных для ультразвукового исследования. Через 1 мес. неполную окклюзию вены наблюдали у 1 пациентки. На бедре определяли участок вены 9 см с замедленным кровотоком. Через 1 год у той же больной наблюдалась та же ультразвуковая картина с участком реканализации около 9 см. Больным рекомендовано ношение компрессионного трикотажа. Следует отметить, что больные с рецидивом варикозной болезни имели повышенную массу тела. После ЭВЛК, из осложнений наблюдали 1 (2,4%) случая ожога кожи 1-2-й степени площадью 12 см², которые зажили в течение 8 сут. после консервативного лечения (рис.1.).

Заключение. Метод ЭВЛК, в лечении варикозной болезни является косметичным и малотравматичным оперативным вмешательством. Окклюзия просвета вены в течение 1 года наблюдается у 97,6% больных. Относительным противопоказанием к использованию метода является диаметр большой подкожной вены на бедре (более 10 мм). При ЭВЛК, процесс окклюзии просвета вены происходит за счет непосредственного повреждения стенки вены, что в последующем уменьшает такой механизм рецидива заболевания, как реканализация коагулируемой вены.



А

Рис. 1. А. Больной До операции



Б

Б. после операции 3 суток.

Литература:

1. Алехин Д.И. Использование высокоинтенсивного лазерного излучения для лечения хронических декомпенсированных расстройств венозного и артериального кровообращения конечности: Автореф. дис. ... докт. мед. наук / Д.И. Алехин.- Новосибирск, 2005.
2. Белянина Е.О. Лазерная коагуляция подкожных вен в лечении варикозной болезни нижних конечностей: Автореф. дис.. канд. мед. наук. -Москва, 2005. 160 с.
3. Бурлева Е.П. Миниинвазивная хирургия варикозной болезни в стационаре одного дня // Тез. докл. V Всерос. Съезда сердечно-сос. хир. Новосибирск, 1999.-С. 100.
4. Гужков О.Н., Рыбачков В.В. Комбинированный миниинвазивный подход в лечении варикозной болезни // Тез. докл. VI конференции ассоциации флебологов России, Москва, 2006.- С. 123.
5. Кунгурцев В.В., Чиж В.Р. и др. Эндовазальная лазерная коагуляция в лечении варикозной болезни нижних конечностей // Мат. III конф. ассоциации флебологов России, Ростов-на-Дону.-2001.-С.79.
6. Покровский А.В., Сапелкин СВ. Нуждается ли практическая флебология в классификации CEAP? // Ангиология и сосудистая хирургия.-2000.-№6.- С.9-13.
7. Покровский А.В., Сапелкин СВ. Классификация CEAP и ее значимость для отечественной флебологии // Ангиология и сосудистая хирургия.-2006.- III.-С65-74.
8. Соколов А.Л., Лядов К.В., Стойко Ю.М. Эндовенозная лазерная коагуляция в лечении варикозной болезни. // Москва: ИД "Медпрактика -М".-2007.- С. 34.

ОЁК ВЕНАЛАРИ ВАРИКОЗ КЕНГАЙИШИДА ЭНДОВАЗАЛ ЛАЗЕРЛИ КОАГУЛЯЦИЯНИНГ ВЕНА ДЕВОРИНИ ОБЛЕТЕРАЦИЯЛАШДАГИ АҲАМИЯТИ

А.С. ТОИРОВ, А.С. БАБАЖАНОВ,
Ж.К. ТУХТАЕВ, А.И. АХМЕДОВ,
Б.Б. БОМИРОВ

Самарканд Давлат медицина институти,
Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

Резюме. Текшириш учун эндовазал лазерли коагуляция ўтказилган 42 бемор олинган. Авваламбор катта тери ости веналарининг веноз тутамларга қуйилиш жойини яхшилаб боғлаш орқали кроссэктомия қилинди. Тумесцент анестезияси таъсири остида венанинг дистал қисмига лазер катетер ўтказилди. ЭВЛК да вена бўшлиғининг тўғридан-тўғри интима қавати деворлари лазерли коагуляция қилиш билан амалга оширилиб, шу билан биргаликда касалликни рецидив ва реканализация бўлиш ҳолатини олди олинади.

Калит сўзлар: эндовазал лазерли коагуляция, оёк веналари варикоз кенгайиши.