

Методика эндовазальной лазерной облитерации - ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА

Кучеров С.А., Андриенко В.В., Куринный А.М.
отделение сосудистой хирургии, ДОКТМО

Цель: Оценить отдаленные результаты изолированной эндовазальной лазерной облитерации (ЭВЛО) выполненных под УЗИ контролем в сравнении с классической флебэктомией с выполнением кроссэктомией.

Материалы и методы

В период с 2017г. по 2021г. в нашем центре было выполнено 1711 оперативных вмешательств на варикозно измененных венах нижних конечностей., включающие в себя 2 группы, 1 группа - эндовазальная лазерная облитерация + комбинированная флебэктомия (включающая в себя кроссэктомию) (564, 33%) выполненных под проводниковой спиномозговой анестезией, 2 группа - эндовазальная лазерная облитерация + минифлебэктомия по Мюллеру (1147, 67%) малой и/или большой подкожных вен (МПВ, БПВ) под местной тумесцентной анестезией. Показанием для проведения оперативного лечения являлись: наличие варикозно расширенных подкожных вен, тромбозы варикозно расширенных притоков, отек, липодерматосклероз, трофические язвы – С2-С6 согласно международной классификации CEAP.

Средний возраст пациентов 45 ± 15 лет, из них 342 (27%) мужчин, 1369 (73%) женщин. Метод выполнения оперативного лечения зависел от навыков специалиста. Все оперативные вмешательства выполнены с помощью аппаратов Dornier MedTech, ЛАХТА-МИЛОН с длиной волны – 1470 нм, радиальным лазерным световодом Mediola EnVo Ring, средняя мощность 7-8w, скорость выполнения ЭВЛО около 1mm/s. Результаты лечения оценивались с помощью УЗДС вен нижних конечностей через 1, 6 месяцев и год после оперативного лечения.

Результаты

В 1 контрольной группе выделены следующие осложнения: инфицирование послеоперационных ран - 12 (2,2%), парастезии - 51 (9,05%), осложнения связанные со спинномозговой анестезией проявляющиеся головной болью – 7 (1,2%). Во 2 контрольной группе парастезии наблюдались в 23 (2%), инфекционных раневых осложнений, а так же осложнений связанных с выполнением тумесцентной анестезией не выявлено.

Так же взяты во внимания среднее количество дней прибывания в стационаре: в 1 группе оно составило 7 ± 3 дня с периодом реабилитации 1-2 нед, во 2 группе 1 ± 1 день, без периода реабилитации и с возможностью приступить к работе со следующего дня. Выявлено - 3 (0,26%) случая реканализации стволовых вен (2 БПВ + 1 МПВ) во 2 группе, что потребовало повторной ЭВЛО. В 1 группе реканализации не выявлено. Количество рецидивов составило около 25% в обеих случаях.

Клинические случаи

Пациентка М., 1949г.р., поступила с жалобами на наличие варикозно расширенных вен правой ноги, тяжесть, отечность к концу дня.

Из сопутствующих заболеваний: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, МА, Гипертоническая болезнь 2ст., 2ст., риск 4. Длительное время принимает Варфарин.

Варикозная болезнь левой нижней конечности. С3 по СЕАР.

Выполнена эндовазальная лазерная облитерация БПВ слева (световод MediolaEnVo Ring, 8w, 1mm/s) + ЭХО-контролируемая пенная склерооблитерация варикозно расширенных подкожных вен слева.

Результат до операции и через 7 мес.



Пациентка Г., 1965г.р., поступила с жалобами на наличие варикозно расширенных вен левой ноги, тяжесть, отечность к концу дня, длительно незаживающую трофическую язву.

Варикозная болезнь левой нижней конечности. С6 по СЕАР.

Выполнена эндовазальная лазерная облитерация БПВ слева (световод MediolaEnVo Ring, 8w, 1mm/s) + минифлебэктомия варикозно расширенных подкожных вен слева.

Результат до операции и через 2 мес.



Пациентка В., 1974г.р., поступила с жалобами на наличие варикозно расширенных вен правой ноги, тяжесть, отечность к концу дня.

Варикозная болезнь правой нижней конечности. СЗ по СЕАР.

Выполнена эндовазальная лазерная облитерация БПВ справа (световод MediolaEnVo Ring, 8w, 1mm/s) + минифлебэктомия варикозно расширенных подкожных вен справа.

Результат до операции и через 3 мес.



Выводы

Таким образом, эндовазальная лазерная облитерация под УЗИ контролем + минифлебэктомия по Мюллеру, выполняемые под местной анестезией без кроссэктомии имеет ряд преимуществ, позволяющих избежать инфекционных раневых осложнений, минимизировать срок пребывания пациента в стационаре и сохранить работоспособность без периода социально-трудовой реабилитации. Все это направлено не только для оптимизации работы сосудистого хирурга, но и улучшения качества жизни пациента при минимально потраченном времени на все этапах лечения без потерь его качества.

Спасибо за внимание