

фосцинтиграфии проводилась этапная хирургическая реабилитация.

Вывод. В последние годы широко проводились малоинвазивные методики в лечении ХВН нижних конечностей с использованием комплекта инструментов, выпускаемых фирмой «Aescular» (Германия), эндоскопическую диссекцию перфорантных вен выполняли на операционной эндоскопической стойке с комплектом инструментов К. Storz, эндовенозную облитерацию — аппаратом для радиочастотной облитерации, флэбосклерозирование проводили фибро-вейном и этоксисклеролом, компрессионную терапию — лечебным компрессионным трикотажем, в сочетании с медикаментозной терапией: детралекс, флебодиа 600, антистакс и др. Эффективность этапной хирургической реабилитации пациентов с ХВН нижних конечностей при применении малоинвазивных методик повысилась на 28,9%.

ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ОБЛИТЕРАЦИЯ ПОДКОЖНЫХ ВЕН: ВОЗМОЖНЫЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Славин Д.А., Париков М.А., Чугунов А.Н., Евстратова Н.В.

Казань, Санкт-Петербург, Россия

Несмотря на широкое распространение ЭВЛО в лечении варикозной болезни, остаются актуальными вопросы, связанные с выбором оптимальных энергетических параметров, причинами реканализаций вен и послеоперационных осложнений.

Цель исследования — изучение послеоперационных осложнений и побочных эффектов ЭВЛО, разработка методов их профилактики. Нами были проанализированы результаты 1500 последовательно выполненных ЭВЛО у пациентов с варикозной болезнью. Все вмешательства проводились амбулаторно под тумесцентной анестезией на диодных лазерах Лами (Россия) 1470 нм, Азор-ЛСП 1560 нм (Россия), Biolitec Ceralas 1470 нм (Германия) с использованием торцевых и радиальных световодов. Мощность лазерной энергии варьировала от 6 до 9 Вт, подавалась в непрерывном режиме, с автоматической тракцией световода со скоростью 0,7 мм/с (СДПС-01, Лами). Перед ЭВЛО определяли реальную мощность на кончике световода при помощи измерителя Oriqit (Израиль). Особое внимание уделялось следующим осложнениям и побочным эффектам: болевой синдром, экхимозы, реканализации, термоиндуцированные тромбозы, неврологические нарушения. В своих предыдущих исследованиях мы показали значительное снижение выраженности болевого синдрома при ЭВЛО с радиальными световодами. Для объяснения этого нами была предпринята серия экспериментов *in vivo* у пациентов с S-типом клапанной несостоятельности большой подкожной вены (БПВ) на бедре. Сразу после ЭВЛО осуществлялся забор экстрафасциального участка БПВ через микропроколы кожи флэб-экстракторами Варди. У 10 пациентов использовался торцевой световод (Лами), а у 20 — радиальный («Biolitec»). Оценивали макроскопические изменения в вене со стороны эндотелия и адвентиции. При использовании радиального световода наблюдали характерную картину: вена равномерно меняла свой цвет с розового на серый, становилась плотной, резиноподобной консистенции, значительно уменьшался ее диаметр. Признаков карбонизации или перфораций отмечено не было. При использовании торцевого световода имела выраженная карбонизация внутри просвета вены, неравномерное изменение цвета и более глубокое локальное повреждение вены в виде борозды вплоть до перфорации в зоне контакта ее стенки с кончиком световода. Полученные данные свидетельствуют о разных механизмах воздействия на стенку вены и объясняют более выраженный болевой синдром и экхимозы при использовании торцевых световодов. Применение измерителя мощности показало значительное падение (20–30%) мощности на кончике световода по сравнению со значениями на дисплее лазерного аппарата. В группе пациентов, у которых измерения не проводились, реканализация обнаружена в 23 (1,5%) случаях. С момента рутинного использования измерителя

мощности реканализаций выявлено не было. Термоиндуцированные тромбозы отмечены у 21 (1,4%) пациента в первые 2 нед после ЭВЛО. Класс II — 18, класс III — 3, класс IV — 0. Для предотвращения указанного осложнения мы уменьшили дистанцию до 0,5 см от кончика радиального световода до СФС. В результате при последних 315 операциях мы не наблюдали термоиндуцированных тромбозов II–IV классов. Неврологических расстройств нами не отмечено ни в одном случае, что связано с отказом от использования ЭВЛО в дистальных отделах голени. Применение лазеров с длиной волны 1470–1560 нм, радиальных световодов и измерителя мощности позволяет уменьшить частоту послеоперационных осложнений и побочных эффектов при ЭВЛО.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Соколов А.А., Луценко М.М.

Москва, Россия

Внедрение в практику методов термической облитерации привело к значительному расширению возможностей амбулаторного лечения больных с варикозной болезнью вен нижних конечностей. Улучшению результатов ЭВТА способствовали аппаратное и техническое усовершенствование методик — разработка энергетических параметров облитерации вен, появление лазеров с длиной волны 1470–1560 нм, радиального световода. Помимо различных вариантов стволовой облитерации, были разработаны и внедрены техники катетеризации труднопроходимых вен, технология ЭВТА перфорантных вен. Сегодня с помощью ЭВТА достигается надежное устранение патологического рефлюкса по большой и малой подкожным венам, их притокам, перфорантным венам у пациентов клинических классов С2–С6, т.е. решается большая часть задач традиционного хирургического лечения. В настоящее время эффективность ЭВТА составляет более 99%. В лечебно-реабилитационном центре с 2009 г. по настоящее время 75–80% пациентов (со стволовым рефлюксом) оперируются амбулаторно. Этому способствует наличие амбулаторного флебологического центра, обеспечивающего первичную консультацию пациентов, направляемых на лечение в стационар. При этом большинство пациентов впервые узнают о возможности амбулаторного лечения заболевания. Медицинскими показаниями для направления пациентов на стационарное лечение являются: выполнение сочетанных операций — 4,8% пациентов, направленных на лечение в стационар; поливалентная аллергия на анестетики — 0,69% пациентов; отказ по разным причинам от амбулаторного лечения — 16,0%. 78,51% направленных в стационар обусловлено стандартами страховых компаний, не предоставляющими альтернативных видов лечения варикозного расширения вен.

Вывод. В настоящее время пациенты с варикозной болезнью могут быть в подавляющем большинстве случаев пролечены амбулаторно, независимо от тяжести проявлений венозной недостаточности, диаметра вен и ряда других факторов, ранее служивших препятствием к амбулаторному лечению. Для этого есть все необходимые технологии, разработаны различные стратегии амбулаторного лечения. Важным фактором, препятствующим расширению контингента амбулаторных пациентов, является сохранение единственного стандарта хирургического лечения варикозного расширения вен в условиях стационара.

ЗАВИСИМОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ РАДИОЧАСТОТНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ ОТ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ

Соколов А.А., Луценко М.М., Овсянникова М.А.

Москва, Россия

С 2008 по 2010 г. нами было выполнено 200 процедур радиочастотной облитерации (РЧО) большой подкожной вены (БПВ) с