

УДК: 616-089.8

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК: ЕНДОВЕНОЗНА ЛАЗЕРНА КОАГУЛЯЦІЯ ВЕН ЧИ КЛАСИЧНА САФЕНЕКТОМІЯ?

Гощинський В.Б., Кохан Р.С., Герасимець Ю.М., Луговий О.Б.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Вступ. Продовжують тривати дискусії між прихильниками класичної сафенектомії та ендовенозної лазерної коагуляції вен (ЕВЛК) в плані вибору методу оперативного лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок (ВХНК) та їх функціональних та косметичних наслідків. На жаль, подібна ситуація створює певні проблеми для практикуючого хірурга у виборі того чи іншого методу оперативного втручання. Ми переконані у тому, що для вирішення цієї проблеми необхідна об'єктивна оцінка їх післяопераційних результатів.

Мета. Провести порівняльну оцінку післяопераційного періоду після виконання класичної сафенектомії і ендовенозної лазерної коагуляції вен з метою оптимального вибору оперативного лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок.

Матеріали та методи. Аналіз базується на матеріалах обстеження 159 хворих, у яких виконана класична сафенектомія (1 група) і 168 хворих (2 група), оперованих за технологією ЕВЛК, за період 2013-2016 років.

Сафенектомія проводилася за загально прийнятою методикою. ЕВЛК виконувалася українським портативним, високо інтенсивним напівпровідниковим (діодним) лазерним апаратом «Ліка - хірург», виробництва Черкаського МПП «Фотоніка Плюс», довжина хвилі -1470 нм, потужність 10 - 12,5 Вт. із додатковим застосуванням катетерного склерозування колатеральних вен розчином склеровейна та мініфлебектомію за Мюллером. Оцінку післяопераційного періоду в першій і другій групі хворих проводили за наступними критеріями: наявність нагноєння рани, больового синдрому, лімфореї, гематом, набряків, а також загальна довжина розрізів, величина крововтрати, тривалість операції та перебування в стаціонарі, тромбози глибоких вен, температурна реакція. Для

оцінки болю застосовували Verbal Descriptor Scale (Gaston-Johansson F., Albert M., Fagan E. et al., 1990). Вербальна рейтингова шкала дозволяє оцінити інтенсивність болю шляхом якісної словесної оцінки. Відповідно до цієї шкали, можливі шість варіантів оцінки болю: 0 - немає болю; 2 - слабкий біль; 4 - помірний біль; 6 - сильний біль; 8 - дуже сильний біль; 10 - нестерпний біль.

Виходячи з того, що підшкірні крововиливи та гематоми частіше за формою нагадували еліпс, для обчислення їх площі застосовували формулу для обчислення площі еліпса. Площа еліпса дорівнює добутку довжини великої і малої півосей еліпса на число π (3,14) - $S = \pi ab$, де S - площа еліпса; π - число π (3,14); a - довжина великої півосі; b - довжина малої півосі. Інтраопераційну крововтрату визначали шляхом зважування серветок до і після операції з урахуванням, що 1 мл крові важить 1 грам.

Обговорення результатів дослідження. Після аналізу показників післяопераційного періоду звертає на себе увагу наявність нагноєння рани у 8 (4,2%) пацієнтів і лімфорей у 9 (4,8%) хворих (1 група). Вважаємо, що цей процес взаємопов'язаний і провокуючим фактором нагноєння ран стала лімфорей, як наслідок пошкодження лімфатичних колекторів у верхній третині стегна і гомілки. Після ЕВЛК подібних ускладнень не було.

Виразність больового синдрому в групі пацієнтів, які перенесли ЕВЛК, склала $0,21 \pm 0,1$ бала. При цьому слід зазначити, що на біль у стегні скаржилися 11 (5,4%) хворих, що пов'язано із коагулюючим ефектом лазера. Серед пацієнтів, які перенесли класичну сафенектомію, на біль в проекції видаленої вени звернули увагу 106 (56,1%) пацієнтів. Виразність болю склала $2,8 \pm 0,3$ бала ($p < 0,05$).

Нами також відзначена істотна різниця в площах крововиливів і гематом. Після виконання ЕВЛК гематоми в ділянці коагульованої великої підшкірної вени були відсутні. У цієї групи хворих відзначені незначні гематоми ($2,5 \pm 0,1$ см²) в проекції додаткових розрізів, де виконувалася мініфлебектомія. У той же час, після виконання класичної сафенектомії виявлені гематоми в проекції великої підшкірної вени на стегні і гомілці, площа яких сягала $34,1 \pm 1,3$ см²

($p < 0,05$). Крововтрата після виконання ЕВЛК була мінімальною - $9,2 \pm 1,3$ мл, а в першій групі хворих вона була більш значною - $82,3 \pm 2,4$ мл ($p < 0,05$), в основному з каналу великої підшкірної вени. За часом, що був витрачений на операцію, також відзначена різниця між першою і другою групою хворих, відповідно $70,2 \pm 8,4$ хв і $58,3 \pm 4,7$ хв ($p < 0,05$). Вважаємо, що скоротити тривалість ЕВЛК вдалося за рахунок її технічних особливостей і мінімізації довжини шкірних розрізів. Важливим показником в косметичному плані є довжина шкірних розрізів. Впровадження пункційного методу ЕВЛК (введення лазерного світловоду шляхом пункції великої підшкірної вени в ділянці медіальної кісточки) і відмова від кроссектомії при спроможності остіального клапана великої підшкірної вени, дало можливість зменшити загальну довжину шкірних розрізів (з урахуванням мініфлебектомії) до $8,0 \pm 0,9$ см, в той час як після класичної сафенектомії довжина шкірних розрізів була $23 \pm 0,4$ см ($p < 0,05$).

При порівнянні тривалості перебування в стаціонарі виявлена істотна різниця в ліжко-днях між першою і другою групою пацієнтів. Так, після виконання ЕВЛК ліжко-день склав $1,5 \pm 0,4$, а після виконання класичної сафенектомії він був $7,2 \pm 0,3$ ($p < 0,05$). Подібна різниця пояснюється травматичністю останньої, наявністю гематом, набряків, інфільтратів, які вимагали додаткового фізіотерапевтичного лікування. За іншими показниками (температурна реакція, тривалість застосування антибактеріальної терапії, тромбози глибоких вен) також відзначається різниця між групами хворих на користь ЕВЛК.

Висновки: Після виконання ЕВЛК відзначається помітне зменшення післяопераційних ускладнень і більш сприятливий перебіг післяопераційного періоду. Виходячи з цього, можна стверджувати, що ЕВЛК перевершує класичну сафенектомію як в функціональному, так і косметичному плані.