

**ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕНДОВАЗАЛЬНОЇ ЛАЗЕРНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ  
ТА СТАНДАРТНОЇ ФЛЕБЕКТОМІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ  
ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК**

Саволюк С.І., Горбовець В.С., Ходос В.А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, м. Київ, Україна;

Київська міська клінічна лікарня №8

Клінічна хірургія.- 2016.- №3.- С.43-45

**Мета роботи** – порівняльна оцінка ефективності ендовазальної лазерної коагуляції (ЕВЛК) і стандартної флебектомії в хірургічному лікуванні хронічних захворювань вен (ХЗВ) нижніх кінцівок (НК).

**Матеріали та методи.** С 2014 по 2016 рр. у клініці лікували 60 пацієнтів у віці 25-68 років з приводу ХЗВ НК С2-С6 функціонального класу за класифікацією CEAP. Всім пацієнтам проводили ультразвукове дуплексне сканування (УЗДС); в усіх виявлений рефлюкс по великій підшкірній вені (ВПВ).

У 28 хворих I групи вертикальний рефлюкс усунутий за методом ЕВЛК, яку здійснювали як етап хірургічного втручання після кросектомії, перев'язування і пересічення неспроможних пронизних вен. Використували лазерну систему Dornier MedTech Medilas D Lite Veam+ 1470 (Німеччина) в постійному режимі випромінювання з довжиною хвилі 1470 нм та потужністю 15 Вт. Швидкість екстракції світловодів під контролем УЗДС 0,5 см/с. У 32 хворих II групи виконана стандартна флебектомія за Бебкоком (ФЕБ). В усіх пацієнтів оперативне втручання виконували під монолатеральною спінальною анестезією.

Критерії оцінки результатів лікування: наявність інтенсивного больового синдрому, утворення після операції гематом, інфільтратів, наявність парестезії, гіпестезії, тривалість лікування у стаціонарі. Стабільність оклюзії ВПВ після ЕВЛК оцінювали на підставі даних УЗДС у строки 7 діб, 1, 3, 6 і 12 місяців.

**Результати та обговорення.** Всі пацієнти I групи після операції скаржились на незначний та нетривалий біль, що локалізувався в ділянці рани. Для його усунення застосовували таблетовані анальгетики протягом 6-12 год. Відсутність інтенсивного болю давала можливість активізувати пацієнтів вже через 1 год. після ЕВЛК, що було дієвим способом профілактики тромбоемболічних ускладнень. У II групі у 29 хворих (90,63%) виник значний больовий синдром не тільки в ділянках операційних ран, а й по ходу видаленої вени. Це потребувало призначення наркотичних анальгетиків та перешкоджало ранній активізації пацієнтів. Профілактична антикоагулянтна терапія проведена у 18 хворих.

У хворих I групи частота ускладнень та їх тяжкість були незначними у порівнянні з II групою, що свідчило про переваги ЕВЛК над ФЕБ. Після ЕВЛК тривалість лікування у стаціонарі пацієнтів I групи становила в середньому  $1,2 \pm 0,1$  дня. У II групі –  $4,8 \pm 0,8$  дня.

При УЗДС через 1-6 місяців після ЕВЛК спостерігали повну оклюзію коагульованих стовбурів. Через 12 місяців тільки у 1 з 21 пацієнтів виявлена часткова реканалізація ВПВ.

**Висновки.** Застосування ЕВЛК в хірургічному лікуванні ХЗВ НК С2-С6 функціонального класу забезпечує значно менші травматичність оперативного втручання та строки лікування у стаціонарі, ніж ФЕБ.

ЕВЛК дозволяє досягти повної фіброзної трансформації магістральних вен у 95,24% хворих.