

Петухов А.В.

ВОЗМОЖНОСТИ СКЛЕРОТЕРАПИИ ПРИ ОГРАНИЧЕННОМ ВЕНОЗНОМ РЕФЛЮКСЕ

УО «Витебский государственный медицинский университет», г. Витебск.

Актуальность. В настоящее время, с развитием малоинвазивной техники лечения варикозного расширения вен, ограниченный рефлюкс в устье большой подкожной вены все чаще становится показанием для лечения, а не местом приложения усилий для его ликвидации. При определении показаний к операции, врачи в большей степени обращают внимание на наличие рефлюкса, а не на состояние непосредственно венозного ствола, да и врачи ультразвуковой диагностики подчас определяют наличие варикоза при его видимом отсутствии, трактуя ограниченный рефлюкс как проявление варикозной болезни. Между тем, появляются пациенты неудовлетворенные результатами хирургического лечения не столько с косметической, сколько с функциональной точки зрения, что чаще всего проявляется стойкой пастозностью оперированной конечности, чего ранее не было.

Цель исследования. Определить роль варикозно-расширенных притоков большой подкожной вены в формировании рефлюкса в сафено-фemorальном соустье и провести его коррекцию путем устранения расширенных варикозных притоков методом склерозирующей терапии.

Материал и методы. В исследование вошли 17 пациенток, средний возраст 43 года. При ультразвуковом сканировании у всех был выявлен рефлюкс в проекции устья большой подкожной вены, при этом размер ствола не превышал 8 мм и не имел явных признаков варикозного расширения. Из варикозно расширенных притоков чаще всего встречались передне-наружный приток большой подкожной вены, задне-медиальный приток и задняя арочная вена, остальные вены носили несистемный характер. Несостоятельных перфорантов выявлено не было.

Всем пациентам проведена склеротерапия варикозных притоков. Склеротерапия проводилась препаратом Этоксисклерол, концентрация – 1%, объем пенной формы от 8 до 16 мл. После проведенной склеротерапии назначалась эластическая компрессия с помощью компрессионного трикотажа либо эластических бинтов на 3 недели. Медикаментозная поддержка не проводилась. Контрольное ультразвуковое исследование проводили через 3, 6 месяцев и один год.

Результаты. При контрольном УЗИ исследовании через 3 месяца выявлено, что рефлюкс в устье большой подкожной вены отсутствовал у 13 (74,5%) пациенток, при этом диаметр вены уменьшился в среднем на 1,1 мм, у остальных (4 пациента, 25,5%) рефлюкс сохранился, при этом диаметр вены так же уменьшился, но на меньшую величину, в среднем 0,6 мм. Рецидива

варикозного расширения, в том числе реканализации склерозированных вен не было.

Через 6 месяцев количество случаев несостоятельности остиального клапана выросло до 5 (29,4%), у 2 (11,8%) пациенток появился частичный рецидив склерозированных вен (задне-медиальный приток, задняя арочная вена), произведена повторная склеротерапия данных участков.

Через год у 41,2% (7 пациенток) при контрольном ультразвуковом исследовании выявлено наличие рефлюкса. Из них у 57,1% (4 пациентки, в т.ч. 1 после повторной склеротерапии) рецидивов варикозного расширения выявлено не было, у 2 пациенток (28,6%) появились частичные рецидивы склерозированных вен, что потребовало повторной склеротерапии, у 1 пациентки (14,3%) – рецидив после повторной склеротерапии, что потребовало хирургической коррекции – минифлебэктомия расширенного притока.

Выводы.

1. Наличие рефлюкса сафено-фemorального соустья не является абсолютным показанием к хирургическому удалению или эндовенозной аблации большой подкожной вены.

2. Удаление боковых варикозно-расширенных притоков часто позволяет эффективно устранить рефлюкс и замедлить прогрессирование варикозного расширения вен.