

*Баешко А.А., Ковалевич К.М., Крыжова Е.В., Маркауцан П.В.,
Попченко А.Л.*

РАДИОЧАСТОТНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ СТВОЛОВ ПОДКОЖНЫХ ВЕН, КАК ВЫСОКОЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВАРИ- КОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии УО
«Белорусский государственный медицинский университет», «Респуб-
ликанский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения»,
Минск.*

Актуальность. Среди современных методов лечения варикозной болезни нижних конечностей радиочастотной абляция (РЧА) стволов подкожных вен принадлежит одно из основных мест. Процедура не требует специально оборудованной операционной и выполняется обычно в амбулаторном порядке, под местной анестезией.

Цель исследования. Оценить непосредственные и отдаленные результаты РЧА стволов большой (БПВ) и малой (МПВ) подкожных вен.

Материал и методы. В основу работы положены результаты обследования и лечения 642 пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей, обратившихся за медицинской помощью в республиканский центр реабилитации и бальнеолечения в период с июня 2015 г. по март 2019 года. Возраст пациентов варьировал от 19 до 82 лет (ср. 38,3 ±2,1 года). Женщин было (93,9%), мужчин – (6,1%).

При распределении наблюдений в соответствии с классами клинической классификации CEAP, подавляющее большинство пациентов (539) соответствовало классам C2-C3. Трофические нарушения в виде гиперпигментации и липодерматосклероза, открытой, либо зажившей язвы были у 103 пациентов.

Всем пациентам было выполнено дуплексное сканирование (ДС) поверхностных, перфорантных и глубоких вен нижних конечностей. Несостоятельность БПВ и /или МПВ выявлена у большинства пациентов, у части обеих ног. Распространенность рефлюкса в БПВ и МПВ (до дистальной его границы), оценивали по классификации W.Nach. В подавляющем большинстве наблюдений больные обратились в той стадии заболевания, когда патологический рефлюкс распространялся на проксимальную часть голени либо достигал области лодыжки (III–VI ст.). Диаметр стволов подкожных вен в терминальном отделе (3 -5см от соустья) варьировал от 4,2 до 22,5 мм.

Процедуру РЧА выполняли под УЗ-контролем по стандартной методике под тумесцентной анестезией. В зависимости от распространенности патологического рефлюкса пункцию БПВ проводили в н/3-бедро либо

верхней трети голени, МПВ – в с/3 голени. При большом диаметре ствола (10 мм и более) коагуляцию сегмента вены проводили многократно (2-3 цикла). Варикозно расширенные притоки удаляли через проколы кожи (мини-флебэктомия крючками Варади), истоки подкожных вен, ретикулярные вены и телеангиоэктазы склерозировали 1- 3% раствором этоксисклерола в пенной форме. После проведенной операции пациенты самостоятельно (через 30-40 мин ходьбы) покидали лечебное учреждение. 87% из них в этот же день вернулись на работу и продолжили профессиональную деятельность.

Оценку результатов лечения проводили на основании клинических и ультразвуковых данных (через 6 – 14 суток, 1 и 6 месяцев, 1 - 5 лет).

Результаты. Уже через неделю после коагуляции ствола и устранения патологического рефлюкса отмечалась положительная субъективная динамика (уменьшалась выраженность болевого синдрома, отечность стопы и голени, исчезали судороги, усталость в ноге). У пациентов с открытой язвой спустя 7 – 10 дней регистрировалось уменьшение глубины язвы и ее размеров. В сроки до 1 месяца зажило большинство язв. Ультразвуковая динамика после проведенной процедуры была также положительной: стволы БПВ и МПВ коагулированы в 94,5% наблюдений, патологического рефлюкса в зоне деструкции вены не определялось.

Побочные эффекты и осложнения зарегистрированы у 27 пациентов: у 12 - гиперпигментация кожи бедра в проекции БПВ, у 12 - очаговые кровоизлияния, в 3-х случаях - нагноение ран в зоне мини-флебэктомии. Спустя 1 - 5 лет рецидив варикозной болезни зарегистрирован соответственно у 7-12% оперированных.

Выводы. РЧА – высокоэффективный и безопасный метод лечения варикозной болезни классов С2-С6. Непосредственные и отдаленные результаты метода сопоставимы с эндовазальной лазерной коагуляцией.