

Белик Б.М.¹, Чиркинян Г.М.^{1,2}, Кулалаев Х.Ш.²

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ОБЛИТЕРАЦИИ ДОБАВОЧНЫХ СТВОЛОВ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

¹*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Ростовский государственный медицинский
университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону,*

²*ООО «Центр флебологии», г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

Актуальность. Одним из анатомически «неудобных» вариантов при применении термических методов облитерации магистральных поверхностных вен нижних конечностей у пациентов с варикозной болезнью является «h»-тип сафено-фemorального соустья, при котором имеется общее впадение большой подкожной вены (БПВ) и одного из ее добавочных стволов (переднего, заднего или какого-либо другого) в общую бедренную вену. В этом случае выполнение эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК) основного ствола БПВ без обработки добавочного ствола чревато варикозной трансформацией резидуальных венозных стволов и развитием рецидива заболевания. В качестве альтернативы ЭВЛК для облитерации добавочных стволов БПВ при варикозной болезни в настоящее время применяют пенную эхо-склеротерапию (ПЭСТ). Введение пенной формы флeбосклерозирующего вещества (этоксисклерола, полидоканола, натрия тетрадецилсульфата) в добавочный ствол БПВ под ультразвуковой навигацией в отличие от ЭВЛК технически несложно, позволяет сократить продолжительность оперативного вмешательства и уменьшить хирургическую агрессию. В то же время отсутствует сравнительный анализ эффективности применения этих методов при обработке добавочных стволов БПВ у больных с варикозной болезнью.

Цель исследования: сравнительная оценка эффективности применения ЭВЛК и пенной эхо-склеротерапии при обработке добавочных стволов БПВ у пациентов с варикозной болезнью.

Материалы и методы. В исследование включены 230 пациентов с варикозной болезнью С2-С6 классов по СЕАР, у которых при ультразвуковом (УЗ) ангиосканировании был выявлен «h»-тип сафено-фemorального соустья. У 139 (60,4%) больных было выявлено наличие передней добавочной БПВ, у 24 (10,4%) - задней добавочной БПВ, у 31 (13,5%) - передней окружающей бедро вены, у 20 (8,7%) - задней окружающей бедро вены и у 16 (7,0%) - передней поверхностной добавочной БПВ. Средний диаметр БПВ и добавочных стволов в области сафено-фemorального соустья составлял соответственно $11,3 \pm 4,27$ мм и $7,7 \pm 3,1$ мм. Пациентам в амбулаторных условиях под тумесцентной анестезией выполняли ЭВЛК ствола БПВ от сафено-фemorального соустья до средней трети голени с помощью лазера с длиной волны 1470 нм. Энергетическая мощность лазера варьировалась в

зависимости от диаметра венозных стволов. Варикозно измененные притоки БПВ удаляли методом мини-флебэктомии. У 132 (57,4%) пациентов облитерация добавочных стволов БПВ была проведена путем ЭВЛК (1-я группа). У 98 (42,6%) пациентов при обработке добавочных притоков БПВ использовали эхо-флебосклерооблитерацию воздушно-пенной смесью этоксисклерола по стандартной методике (2-я группа). Всем пациентам в послеоперационном периоде назначалось ношение компрессионного трикотажа 2 класса компрессии по европейскому стандарту RAL в течение 30 суток. Для динамического контроля степени облитерации венозных стволов и своевременного выявления эффекта реканализации сосуда все пациенты подвергались контрольным осмотрам на 1-е, 14-е и 30-е сутки, а также через 6 и 12 месяцев после операции с одновременным УЗ ангиосканированием.

Результаты. В сроки до 12 месяцев у 224 (97,4%) пациентов после ЭВЛК отмечалось исчезновение ствола БПВ с характерной УЗ картиной в виде гиперэхогенной рубцовой ткани. В 6 (2,6%) случаях после лазерной коагуляции БПВ была выявлена реканализация венозного ствола, что потребовало повторного выполнения процедуры ЭВЛК. В 1-й группе из 132 пациентов, у которых облитерация добавочных стволов БПВ осуществлялась при помощи ЭВЛК, в 130 (98,5%) случаях отмечалась их стойкая редукция. Лишь в 2 (1,5%) случаях отмечали сохранение проходимости добавочного венозного ствола, что сочеталось с реканализацией БПВ. Во 2-й группе из 98 пациентов, которым выполняли процедуру ПЭСТ, в 67 (68,4%) случаях была выявлена реканализация добавочного венозного ствола в различные сроки после операции. В остальных случаях (31,6%) при осмотре пациентов через 1 год констатировали сохранение контуров добавочного ствола БПВ, а при УЗ ангиосканировании регистрировали наличие фрагментарного интравазального кровотока, что также расценивали как неудовлетворительный результат процедуры ПЭСТ в связи с высокой вероятностью реканализации вены в последующие сроки.

Выводы. Сравнительная оценка непосредственных результатов лечения больных с варикозной болезнью показала, что по сравнению с процедурой ПЭСТ обработка добавочных стволов БПВ посредством ЭВЛК является более надежным и эффективным методом их облитерации при «h»-типе сафено-фemorального соустья.