

## ИЗОЛИРОВАННАЯ ПЕРФОРАНТНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАК ПРИЧИНА ВАРИКОЗА

*Павлов А.Г.*

*ООО «Блоссом Клиник»,*

*ООО «Клиника Мерси» г. Минск,*

*Медицинский центр «Новамед» г. Брест, Республика Беларусь*

**Введение:** Основным патогенетическим механизмом развития варикоза считается повреждение клапанного аппарата в местах сопряжения глубокой и поверхностной венозных систем нижних конечностей с развитием рефлюкса, а казуальными анатомическими структурами принято считать несостоятельные остиальные клапаны стволовых подкожных вен и перфорантов. При достаточно типичной анатомии сафено-фemorального и сафено-поплитеального соустьев, локализация и количество прямых и не прямых перфорантных соединений поверхностной и глубокой венозной системы характеризуется высокой вариативностью. Исторически описано большое количество патогенетически значимых перфорантов, имеющих относительно частую локализацию, таких как перфоранты Бойда, Додда, Коккет и т.д. При этом патогенетическая роль этих сосудов при наличии выраженного стволового рефлюкса может быть двойной – они могут служить как дополнительным источником рефлюкса, так и являться основным дренажным элементом ре-энтри механизма.

**Цель.** Исследование проведено для установления частоты выявления варикоза, обусловленного изолированным перфорантным рефлюксом, клинических особенностей течения заболевания и эффективности подходов к лечению.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты первичного персонального обращения к флебологу пациентов с жалобами на расширение подкожных вен, тяжесть в ногах, хронические отёки, судороги на базе медицинских центров «Блоссом Клиник», «Клиника Мерси» (г. Минск) за период с января 2022 по август 2023 и Медицинского центра «Новамед» (г. Брест) за период с марта 2023 по август 2023. Оценка клинического статуса проходила путём сбора анамнеза, прямого визуального осмотра и с использованием визуализатора, УЗДС. Из оцениваемой группы были исключены пациенты с жалобами, обусловленными амлодипиновыми отёками, ХСН, невралгией, гонартрозами, коксартрозами, плоскостопием, не сопровождавшимися наличием варикоза. Также были исключены пациенты с ретикулярным варикозом и теленгиэктазиями, посттромботическим синдромом и пациенты, ранее оперированные по поводу варикоза, не зависимо от объёма вмешательства на стороне поражения (при наличии первичного поражения неоперированной конечности пациенты учитывались). В итоге в анализируемую группу вошли 802 пациента с варикозной болезнью. Во всех случаях выполнялось первичное ультразвуковое дуплексное сканирование в

вертикальном с оценкой состояния СФС, СПС и поиском источников рефлюкса. Провокация рефлюкса выполнялась путём пробы Вальсальвы, дистальных и проксимальных компрессионных проб с оценкой ретроградного потока в режиме цветного дуплексного сканирования (CW/CFM) ниже клапана или впадения перфоранта, в сомнительных случаях дополнительная оценка в режиме импульсного доплера (PW). При наличии ранее выполненного УЗИ производилось сопоставление результатов.

**Результаты и обсуждение.** Варикозное расширение подкожных вен без рефлюкса через СФС и СПС было выявлено у 118 пациентов (14,7% пациентов). Чаще всего клинические проявления соответствовали клиническому классу С2 (81,2%), клинический класс С1 отмечен у 6,8% пациентов, С4 - 9,3%, как правило в виде локальной экземы или локальной пигментации. Трофические язвы голени (С6) были отмечены у одной пациентки с выраженной сопутствующей хронической сердечной недостаточностью и ожирением (0,8%). Примечательно, что постоянный отёчный синдром (С3) был выявлен всего у 2 пациентов (1,9%), т.е. даже реже чем трофические изменения, что говорит о незначительном влиянии изолированного горизонтального рефлюкса на системную венозную гемодинамику конечностей.

Наиболее часто причиной рефлюкса служили перфорантные вены голени (62,5% обращений), причём среди последних почти половина случаев (48,6%) приходилась на перфорантные вены задней поверхности голени. Достаточно часто подобная локализация перфорантов (38% случаев) сочеталась с плоскостопием.

Причину и давность заболевания пациенты в большинстве случаев указать затруднялись. Отчётливое указание на беременность и роды в качестве причины заболевания отметили 11 пациенток (9,3%), у которых был установлен рефлюкс через перфоранты промежности непосредственно в варикозно расширенные вены бедра или ствол БПВ. Также 5 пациентов (4,2%) указали в качестве причины локальные травмы области несостоятельного перфоранта, полученные при занятиях спортом.

В подавляющем большинстве случаев в качестве инвазивного лечения пациентам предложена склеротерапия (94%). Хирургическое лечение предложено лишь в 7 случаях: короткий широкий (более 5 мм) перфорант нижней трети бедра, дренирующийся в ствол БПВ – 4 случая, короткий широкий перфорант подколенной области (перфорант Тьери) – 2 случая, неширокий перфорант подколенной области при отмеченной ранее непереносимости склерозанта – 1 случай.

**Выводы.** 1. Варикозная болезнь, обусловленная изолированным перфорантным рефлюксом встречается с достаточно высокой частотой (полученная частота 14,7% не может быть указана в качестве популяционной, поскольку выборка пациентов не являлась сплошной, однако даёт представление о частоте заболевания). 2. Варикозная болезнь с изолированным перфорантным рефлюксом, как правило, характеризуется

клинически более лёгким течением и меньшим влиянием на системную гемодинамику, чем в случае остиального рефлюкса. 3. Склеротерапия является основным методом устранения горизонтального рефлюкса 4. Хирургическое лечение обосновано в случае выраженного рефлюкса по широким прямым перфорантам или индивидуальной непереносимости склерозантов. 5. В случае планирования инвазивных процедур необходима ультразвуковая оценка источников рефлюкса в применении непрерывноволнового и импульсного доплера, причём выполненная самим оператором.