

## Литература

1. Савельев В. С., Гологорский В. А., Кириенко А. И. и др. Флебология: Руководство для врачей. Медицина. Москва: 2001; 664.
2. Кириенко А. И., Цициашвили М. Ш., Агафонов В. Ф. Послеоперационные тромбозы глубоких вен нижних конечностей. Диагностическое значение ультразвукового сканирования. РМЖ. 2002; 10: (8-9).
3. Матюшенко А. А., Леонтьев С. Г., Познякова Н. Н. Тромбозомболия легочных артерий как общемедицинская проблема. РМЖ. 1999; 7 (13).
4. Mismetti P.; Laporte S.; Darmon J.-Y.; Decousis H. Meta-analysis of low molecular weight heparin in the prevention of venous thromboembolism in general surgery. Br. J. Surg. 2001; 7: 913-30.
5. Samama Ch. M., Samama M. M. Prevention of venous thromboembolism. Congress of European Society of Anesthesiology. Amsterdam. 1999; 39-43.
6. Профилактика послеоперационных венозных тромбозических осложнений. Российский Консенсус. М. 2000; 20.
7. Baumann-Baretti B, Kalus U, Pruss A, Kiesewetter H, Koscielny J. Perioperative antithrombotic prophylaxis in varicose vein surgery. Zentralbl Chir. 2002 ;127 (9):752-4.
8. Campbell WB, Ridler BM. Varicose vein surgery and deep vein thrombosis. Br. J. Surg. 1995; 82 (11): 1494-7.
9. Rijn A.M., Chail J., Hill U. B., Christie R. A. Incidence of deep vein thrombosis after varicose vein surgery. Br. J. Surgery. 2004; 12: 1582-5.
10. Bohler K., Baldt M., Schuller-Petrovic S., Grunwald C., Sellner W., Watzke H., Wolff K. Varicose vein stripping — a prospective study of the thrombotic risk and the diagnostic significance of preoperative color coded duplex sonography. Thromb Haemost. 1995; 73 (4): 597-600.
11. Enoch S., Blair S. D., Woon E. Venous — thromboembolism Prophylaxis Could be Safely Omitted in Selected Patients Undergoing Varicose Vain Surgery and Hernia Repair. Br. J. Surgery. 2003; 7: 818-820.

## Хирургическое лечение первичных и рецидивных варикозных вен в бассейне малой подкожной вены

С. М. Беленцов, С. Е. Макаров, Е. Е. Кунцева, А. Н. Попов, Н. П. Кузнецов

### Резюме

Авторами приведены результаты лечения 188 пациентов с первичным и рецидивным варикозным расширением вен в бассейне малой подкожной вены (МПВ) с выполнением 232 различных оперативных вмешательств и последующим флебосклерозированием. Приведены результаты послеоперационного наблюдения с ультразвуковым исследованием 68 больных. Выявлена надежная ликвидация патологического вено-венозного рефлюкса в 96% случаев. У 3-х больных обнаружена интактная МПВ, у 3-х — появление патологических рефлюксов в бассейн МПВ через суральные и перфорантные вены, у 3-х — появление венозных рефлюксов в бассейне большой подкожной вены.

Трем пациентам с неразобренным сафено — поплитеальным соустьем проведены эхо-Фоат-склеротерапия с положительным эффектом.

**Ключевые слова:** малая подкожная вена, хирургическое лечение, Эхо-Фоат-склеротерапия.

На протяжении продолжительного времени основным, а иногда и единственным методом лечения варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК) оставалось хирургическое лечение, которое и сейчас занимает ведущее место. Однако на сегодняшний момент нет ни одного способа лечения, дающего абсолютную гарантию отсутствия рецидива заболевания. По

определению Международной согласительной конференции в Париже (1998) рецидивом ВБНК считается развитие варикозного расширения вен на конечности, ранее оперированной по поводу этой патологии [1]. При этом истинным рецидивом считается в случаях неадекватного хирургического лечения [2].

Рецидивы ВБНК встречаются часто и являются сложной социально-экономической проблемой. Частота их колеблется от 8 до 80 % [3]. При этом необходимость хирургического лечения в течение 5-20 лет после первой операции возникает у 20-80% пациентов с рецидивом заболевания. И, конечно, риск рецидива повышается с увеличением срока после первой операции. Около 20% денежных средств, потраченных на лечение ВБНК, непосредственно расходуются на коррекцию ее рецидива [4].

*Беленцов Сергей Михайлович — к. м. н., зав. отделением сосудистой хирургии ГКБ 40, г. Екатеринбург.*

*Макаров Сергей Евгеньевич — врач-хирург отделения сосудистой хирургии ГКБ № 40, г. Екатеринбург.*

*Кунцева Екатерина Евгеньевна — врач ультразвуковой диагностики ГКБ № 40, г. Екатеринбург.*

*Попов Алексей Николаевич — врач-хирург отделения сосудистой хирургии ГКБ № 40, г. Екатеринбург.*

*Кузнецов Николай Петрович — врач-хирург отделения сосудистой хирургии ГКБ № 40, г. Екатеринбург.*

Что же является причиной рецидива варикозной болезни? F.G. Quigley et al. (1994) [5], A.M. Van Rij et al. (2003) [6] считают основной причиной несостоятельность сафено-фemorальной соусты. В их исследованиях большая подкожная вена (БПВ) была вовлечена в процесс у 96% больных, в то время как малая подкожная вена (МПВ) — только у 4%. Авторы отмечают технически неадекватную обработку сафено-фemorальной соусты у 66% больных, наличие ствола БПВ на бедре — 60%.

Хирургия МПВ имеет свои особенности. Клапанная недостаточность МПВ выявляется примерно у 11% больных ВБНК. Относительно низкая частота её поражения связана с анатомическими вариантами расположения вены. МПВ на значительном протяжении находится под плотным листком собственной фасции голени. Неприкрытыми остаются только начальный и приустьевой сегменты этой вены [6].

Одной из причин рецидива варикозной болезни в бассейне МПВ является техническая ошибка во время первой операции. Культия ствола вены выявляется у 18–48% больных с рецидивом в бассейне МПВ. Это не удивительно, если учесть разнообразие вариантов сафено-поплитеального соусты [6].

В последние годы с внедрением склеротерапии под контролем ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС) вен и использованием склерозирующих препаратов в виде микропены актуальность оперативного метода утрачивает свои позиции. Преимуществом эхо-foam-склеротерапии являются низкая доза активного вещества, уменьшение риска побочных эффектов и осложнений, точный ультразвуковой контроль зоны воздействия. В 1997 году Cabrera Garrido J.R. et al. [7] опубликовал результат применения пенообразного полидоканола у 261 пациента. Было объективно доказано, что местное внутривенное введение больших количеств склерозанта в виде пены не вызывает побочных реакций, позволяет значительно снизить концентрацию и объем исходного раствора и тем самым снизить риск развития осложнений, но вместе с тем обеспечить надежную облитерацию варикозных вен крупного калибра. Богачев В.Ю. и соавт. [8] провели эхо-foam-склеротерапию 1% р-ром Фибро-Вейна 20 больным с варикозным расширением вен в бассейне МПВ, при этом диаметр МПВ в приустьевом отделе колебался в пределах 8–10 мм. Реканализация и ретроградный кровоток в сроки до 18 месяцев наблюдались только у одного пациента. Подавляющее большинство больных были удовлетворены проведенным лечением, в результате которо-

го удалось достичь не только косметического, но и гемодинамического эффекта, о чем свидетельствовало достоверное уменьшение выраженности симптомов хронической венозной недостаточности.

#### Задачи исследования:

1. Выявить долю неликвидированных патологических венозных рефлюксов как следствие технических ошибок при проведении оперативного лечения в объеме разобщения сафено-поплитеального соусты (РСПС) в условиях специализированного отделения сосудистой хирургии и оценить эффективность данного оперативного вмешательства.

2. Определить значение неликвидированных патологических венозных рефлюксов в патогенезе рецидива варикозной болезни в бассейне МПВ.

3. Определить возможные способы лечения рецидивов варикозной болезни в бассейне МПВ с неразобренным сафено-поплитеальным соустем (СПС).

За 20 месяцев (с 1 января 2004 года) в отделении сосудистой хирургии ГКБ № 40 были оперированы 188 пациентов в возрасте от 16 до 80 лет, которым выполнены 207 операций РСПС. При этом, произведено 232 различных видов оперативных вмешательств при патологии МПВ (табл. 1). Из них 79 мужчин (42%), 109 женщин (58%).

Показанием к операции было наличие выявленного при УЗДС патологического венозного рефлюкса через СПС и варикозно измененных вен в бассейне МПВ. Структура оперативных вмешательств представлена в таблице.

173 пациентам (92,5%) в дополнение к выполненным оперативным вмешательствам был проведен курс компрессионной склеротерапии препаратом Фибро-вейн в концентрации, соответствующей диаметру венозных сосудов.

Изучены результаты оперативного лечения больных в сроки от 4 до 21 месяца (68 пациентов) с повторным ультразвуковым исследованием на аппарате Siemens Sonoline Antares. Больным с неликвидированным рефлюксом через СПС была проведена эхоfoam-склеротерапия микропеной 2% Фибровейна по известной методике [8].

Выявлено, что из 68 пациентов (75 случаев РСПС) сафено-поплитеальное соустье было разобщено и тем самым патологический венозный рефлюкс через него был ликвидирован на 72 нижних конечностях (96%). У 3-х больных (3 нижние конечности) обнаружено интактное сафено-поплитеальное соустье. Кроме того, у всех этих пациентов имелись варикозные вены в бассейне МПВ. Данные случаи расценены как истинный рецидив варикозной

Таблица 1. Структура оперативных вмешательств при патологии МПВ

Виды оперативных вмешательств	п	%
РСПС	56	24,1
РСПС + кроссэктомия	60	25,9
РСПС + операция Коккета	88	38,0
РСПС + субфасциальная диссекция перфорантных вен	3	1,3
РСПС + вальвулопластика бедренной вены	3	1,3
Флебэктомия в бассейне МПВ	11	4,7
Флебэктомия в бассейнах МПВ и БПВ	11	4,7

болезни. Причиной выявленных дефектов оперативного вмешательства в условиях специализированного сосудистого отделения считаем сложность топографо-анатомических взаимоотношений в зоне сафено-поплитеального соустья с ошибочным лигированием во время операции другого поверхностного венозного ствола.

У трех больных (3 нижние конечности) в послеоперационном периоде сформировались венозные рефлюксы в бассейне БПВ, что явилось показанием к оперативному лечению. Рецидивы в этих случаях расценены как ложные.

Кроме этого, выявлено, что у 3-х пациентов с ВБНК при разобленном сафено-поплитеальном соустье после операции появился рефлюкс через суральные вены в МПВ (1 пациент) и через перфорантные вены из подколенной в МПВ (2 пациента). Во всех этих случаях в ней имелся патологический вено-венозный рефлюкс, который стал гемодинамической основой рецидива варикозной болезни.

Еще на 13 нижних конечностях выявлены варикозные вены в бассейне МПВ без патологического вено-венозного рефлюкса.

Таким образом, всего на 22 нижних конечностях (29,3%) имелись варикозные вены, что явилось показанием к продолжению курса компрессионной склеротерапии.

Всем трем пациентам с неразобленным сафено-поплитеальным соустьем была выполнена эхо-Фоам-склерооблитерация МПВ. Окклюзия МПВ, подтвержденная при последующем УЗДС вен нижних конечностей, достигнута в двух случаях, осложнений и побочных эффектов не было. У одного больного окклюзия не наступила, но регресс симптомов ХВН и отсутствие варикозных вен в бассейне МПВ после курса компрессионной склеротерапии позволили воздержаться от повторной эхо-Фоам-склеротерапии.

### Выводы:

1. Доля неликвидированных патологических вено-венозных рефлюксов при проведении операции разобращения сафено-поплитеального соустья в условиях специализированного отделения сосудистой хирургии составила 4%. Вновь образовавшиеся рефлюксы по системам суральных и коммуникантных вен после проведения РСПС зарегистрированы в 4% случаев.

2. Во всех случаях, когда не был устранен патологический венозный рефлюкс через СПС, развился истинный рецидив варикозной болезни. Причиной технических ошибок были сложности топографо-анатомических взаимоотношений в подколенной ямке.

3. При неликвидированных рефлюксах в области СПС эхо-Фоам-склеротерапия МПВ может стать методом выбора без риска подвергнуть больного повторному оперативному вмешательству.

### Литература

1. Рецидивы варикозной болезни вен нижних конечностей после хирургического лечения (REVAS): согласительный документ. «Флебологическая». 2002; 16: 2-12.
2. Савельев В. С. Флебология. М: Медицина; 2001: 670.
3. Wali M. A., Sheehan S. J., Colgan M. P., Moore D. J. Recurrent varicose veins. East Afr. Med. J., 1998; 75 (3): 188-91.
4. Negus D. Recurrent varicose veins: a national problem. Br. J. Surg. 1993; 80 (7): 823-24.
5. Quigley F. G., Raptis S., Cashman M. Duplex ultrasonography of recurrent varicose veins. Cardiovascular Surgery. 1994; 2 (6): 775-7.
6. Van Rij A. M., Jiang P., Solomon C., Christie R. A., Hill G. B. Recurrence after varicose vein surgery: a prospective long-term clinical study with duplex ultrasound scanning and air plethysmography. J. Vasc. Surg. 2003; 38 (5): 935-43.
7. Cabrera Garrido J. R., Cabrera Garcia-Olmedo J. R., Garcia Olmedo Dominguez M. A. Elargissement des limites de la sclerotherapie: nouveaux produits sclerosants. Phlebologie. 1997; 50: 181-188.
8. Богачев В. Ю., Золотухин И. А., Брюшков О. В., Журавлева О. В. Флебосклерозирующее лечение варикозной болезни вен нижних конечностей с использованием техники «Foam-Form». Ангиология и сосудистая хирургия. 2003; 2: 81-5.