

# Приустьева́я эхоFOAM–склеротерапия большой подкожной вены при варикозной болезни нижних конечностей

С. М. Беленцов, Б. А. Веселов

## Резюме

В работе обобщены результаты приустьева́й ЭхоFOAM–склеротерапии большой подкожной вены (БПВ) без предварительной кроссэктомии у 168 больных со 2–6 классами хронической венозной недостаточности (ХВН). Выполнено 218 процедур. В рамках исследования результатов флебосклерозирования проведено изучение влияния на качество жизни пациентов, принимавших полivalentный флеботоник Антистакс® при сравнении 2-х групп больных (по 10 человек) с 3 классом ХВН.

Установлено, что приустьева́я ЭхоFOAM–склеротерапия приводит к окклюзии БПВ в 97,7%, при этом в срок до 1 года окклюзия сохраняется у 88,7% больных.

Применение Антистакса® позволяет добиться более значимого регресса основных симптомов ХВН и улучшения качества жизни пациентов по сравнению с больными без применения флеботоников.

**Ключевые слова:** варикозная болезнь нижних конечностей, большая подкожная вена, приустьева́я ЭхоFOAM–склеротерапия.

## Введение

Актуальность проблемы хронической венозной недостаточности (ХВН) на сегодняшний день определяется ее распространенностью. По данным Международного союза флебологов (1998) [1], более чем у половины населения развитых стран можно обнаружить различные формы этой патологии. Столь высокая частота встречаемости позволяет назвать ХВН «болезнью цивилизации».

Эта патология сопровождается стойкими жалобами косметического и функционального характера, в результате чего существенно снижается качество жизни больных. На наш взгляд, основными задачами хирургического аспекта лечения этой патологии являются ликвидация вертикальных и горизонтальных рефлюксов как непосредственной причины варикозной трансформации подкожных вен, а также устранение самих варикозных вен.

В последнее время большой интерес как у флебологов, так и у больных, вызывают так называемые методы «офисной хирургии». Под

этим подразумевается лечение без госпитализации больного.

Одним из таких методов является компрессионная склеротерапия. И хотя новым его назвать нельзя, один из вариантов, а именно, ЭхоFOAM–склеротерапия с полным правом может быть названа современным методом [2, 3, 4]. В целом, показания и технические варианты этого вида флебосклерозирования разработаны, тем не менее в ведении этих больных еще остается ряд не решенных вопросов.

### Задачи исследования:

1. Определить эффективность приустьева́й ЭхоFOAM–склеротерапии для ликвидации высокого вертикального вено-венозного рефлюкса как в ближайшем, так и в отдаленном периоде.

2. Определить необходимость применения веноактивных препаратов при проведении флебосклерозирования, изучить их влияние на качество жизни пациентов с ХВН.

## Материал и методы

Аналізу подвергнуты результаты приустьева́й ЭхоFOAM–склеротерапии БПВ без выполнения предварительной кроссэктомии. Показанием к выполнению манипуляции было наличие высокого вено-венозного рефлюкса и наличие

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

Веселов Борис Анатольевич — врач-хирург отделения сосудистой хирургии ГКБ № 40, г. Екатеринбург.

варикозных вен в бассейне БПВ. 168 больным с 2–6 классом ХВН проведено 218 процедур. Из них 61 пациенту проведена ЭхоФОАМ-склеротерапия БПВ слева, 69 — справа, и 40 — с двух сторон.

Всем больным перед вмешательством по протоколу в положении стоя и лежа выполнялось ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) вен нижних конечностей с использованием датчика 5–10 мГц (аппараты «LOGIC 5» General Electric и Siemens Sonoline Antares). Ультразвуковое исследование подтвердило наличие вертикального вено-венозного рефлюкса через сафенофemorальное соустье и несостоятельность клапанов ствола БПВ.

Методика флебосклерозирования была следующей. Эластическая компрессия назначалась как минимум за 3–е суток до первого сеанса склеротерапии. Приустевая ЭхоФОАМ-склеротерапия БПВ выполнялась с использованием

микропены 2%-го Фибро-Вейна, пункционно. Использовалось 2,0 мл раствора на одну манипуляцию.

Сразу после процедуры накладывался эластический компрессионный бандаж или надевался чулок 2 класса компрессии для круглосуточного ношения на 2 недели. По их истечении проводилось контрольное УЗДС и по показаниям компрессионная склеротерапия варикозных вен. Спустя 2 недели пациенты использовали компрессионный трикотаж 1-го класса с регламентом ношения — только днем.

Все больные принимали аспирин в дозе 1 мг/кг массы тела в течение 1-го месяца. Лечение проводилось амбулаторно, освобождение от работы не требовалось.

Для определения влияния веноактивных препаратов на качество жизни пациентов были выделены 2 группы по 10 больных в каждой.

Все пациентки — женщины имели 3–й класс ХВН по классификации СЕАР (1994), одностороннее поражение, возраст от 22 до 48 лет. Были исключены пациенты с признаками ожирения — индекс массы тела > 30, а также имевшие в анамнезе за 2 месяца и менее терапию веноτονиками, или же сопутствующую патологию, которая могла повлиять на оценку результатов. Диаметр БПВ на бедре был практически одинаков —  $5,2 \pm 1,3$  мм в основной группе и  $5,3 \pm 1,4$  мм в контрольной.

Пациенты основной группы принимали Антистакс® по 2 капсулы в сутки в течение 1,5 месяцев, в контрольной группе лечение флеботониками не проводилось.

До лечения все пациентки предъявляли жалобы на тяжесть в ногах, отеки, а большинство — судороги и парестезии. Проводилась оценка выраженности данных симптомов с использованием 10-ти балльной визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) на день 1-го сеанса склеротерапии, а также в сроки 2, 4 и 6 недель. Кроме того, проводилось исследование динамики субъективной оценки самочувствия.

Результаты исследования обработаны с применением методов стандартной статистики.

## Результаты

Ближайшие результаты (через 2–4 недели) прослежены у всех 168 больных. Оклюзия БПВ, подтвержденная УЗДС, достигнута в 213 случаях из 218 (97,7%). При этом, у 26 пациентов в этот период времени потребовалась повторная процедура. Отдаленные результаты в срок до 1 года оценены в 71 случае. По данным ультразвукового исследования отмечено, что реканализация ствола БПВ наступила в 14 случаях, из них гемодинамически значимая — в 8 случаях (11,3%).

Рисунок 1. Динамика симптома «тяжелых ног» в баллах ВАШ



Рисунок 2. Динамика отека в баллах ВАШ



У всех больных основной и контрольной групп (n = 20), вошедших в раздел изучения влияния флеботоника **Антистакс®**, ЭхоFOAM-склеротерапия привела к окклюзии приустьев-ного отдела БПВ, а также ствола вены в верхней трети и (или) средней трети бедра.

Динамика основных симптомов ХВН у больных до и после лечения представлена на рисунках 1, 2, 3, 4. Динамика субъективной оценки выраженности ХВН на рис. 5.

Приведенные диаграммы иллюстрируют более значимое улучшение качества жизни у пациентов, принимавших **Антистакс®**. Как отражено на рис. 1, симптом «тяжелых ног» в контрольной группе в период до 6-ти недель оставался в пределах 2,4–2,2 балла, в то время как в основной он снизился до 1,2–0,7 балла. Ощущение отечности, как видно из рис. 2, в контрольной группе снизилось с 5,4 балла до 1,9 в течение 6-ти недель, в то же время в основной группе отмечено большее снижение — до 0,4 балла.

Что касается судорог, то, как следует из рис. 3, эти проявления в контрольной группе уменьшились до 1 балла, а в основной — до 0,37. Более выраженная положительная динамика отмечена и в отношении парестезий (рис. 4): 1,8 балла в контрольной группе против 1,1 балла в основной группе через 6 недель. Аналогичное улучшение прослеживается и в отношении субъективной оценки пациентами своего состояния (рис. 5): балльная оценка в контрольной группе на протяжении 6 недель колеблется в пределах 1,4–1,6, в то время как в основной — 0,8–0,5.

## Выводы

1. Приустьевая ЭхоFOAM-склеротерапия является высокоэффективным методом ликвидации высокого вертикального вено-венозного рефлюкса, который достигает цели в 97,7% случаев с сохранением окклюзии ствола БПВ в отдаленном периоде в 88,7%.

2. Применение препарата **Антистакс®** позволяет получить более значимый регресс основных симптомов ХВН и улучшения качества жизни пациентов по сравнению с больными, не принимавшими флеботоники.

## Литература

1. Abstracts of XIV World Congress of Union Internationale de Phlebologie. Rome Sept.9-14, 2001. Intern. Angiology. 2001; 20. Suppl. 1(2): 402.
2. Cabrera Garrido JR, Cabrera Garcia-Olmedo JR, Garcia-Olmedo Dominguez MA. Elargissement des limites de la sclerotherapie: nouveaux produits sclerosants. Phlebologie. 1997; 50: 181–8.
3. Кириенко А. И., Григорян Р. А., Золотухин И. А. Современные принципы лечения хронической венозной недостаточности. Консилиум медикум. 2003; 5–6: 3–14.
4. Perrin M. Radiofrequency, laser and foam: selection of patients International Angiology. 2006; 25, Suppl 1 (2): 5–6.

Рисунок 3. Динамика судорожного синдрома в баллах ВАШ



Рисунок 4. Динамика парестезий в баллах ВАШ



Рисунок 5. Динамика субъективной оценки в баллах ВАШ

