

ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ ВЕНЫ ДЖИАКОМИНИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Роговой Н. А.¹, Янушко В. А., Климчук И. П.¹, Калинин С. С.¹

¹УЗ «4-я ГКБ им. Н.Е.Савченко» г. Минск, Республика Беларусь

²РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь

Введение. По данным разных авторов, рефлюкс по вене Джаиакomini выявляется у 2-19% пациентов с варикозной болезнью (ВБ). Нисходящий или ортодоксальный рефлюкс по вене Giacomini из бассейна БПВ может стать причиной варикозного расширения МПВ. Возможен и обратный механизм, когда в результате клапанной недостаточности МПВ возникает восходящий или парадоксальный рефлюкс, в результате которого происходит варикозная трансформация вены Giacomini с вовлечением в процесс БПВ.

Материал и методы. В 2014-2016 гг. были прооперированы 25 пациентов с парадоксальным рефлюксом по вене Джаиакomini. Все эндовенозные лазерные коагуляции (ЭВЛК) выполняли по разработанной методике с применением тумесцентной анестезии при визуализации процесса воздействия с помощью интраоперационного ультразвукового (УЗ) контроля на медицинском лазере с длиной волны 1560 нм. При облитерации использовали мощность 10 Вт со средней линейной плотностью энергии $60 \pm 6,2$ Дж/см. Средний возраст пациентов $49 \pm 13,6$ лет.

Процедура ЭВЛК вены Джаиакomini. Под УЗ контролем осуществляли ретроградную венепункцию иглой 18G, в точке которая является конечной точкой распространения антеградного рефлюкса крови в субфасциальной части вены Джаиакomini. Далее в вену вводили проводник J-формы, по которому осуществляли катетеризацию вены ангиографическим катетером 6 F. После извлечения проводника в катетер вводили лазерный световод, который позиционировали у сафено-поплитеального соустья. Интродьюсер извлекали из вены, в просвете оставался лазерный световод.

Результаты и обсуждение. Оценку результатов лечения проводили на основании клинических данных и УЗ контроля. Проведена оценка качества жизни при помощи опросника CIVIQ-2 и тяжести заболевания по шкале VCSS через 1 год после операции. Через год после операции отмечено значительное улучшение качества жизни – 29,0 (25,0; 40,0) баллов до операции и 22,0 (20,0; 25,0) баллов после операции и уменьшение тяжести заболевания – 7,0 (5,0; 8,0) баллов до операции и 4,00 (2,0; 6,0) баллов после операции. Болевые ощущения в ходе оперативного вмешательства и в первые 5-ть суток после операции оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Отмечен полный регресс болевых ощущений к 5-м суткам после операции. Оклюзия коагулированной вены была подтверждена в ходе операции и на контрольном осмотре на 1, 7 сутки и 1, 3, 6, 12 месяцев после ЭВЛК с помощью ультразвукового исследования.

Выводы:

1. ЭВЛК вены Giacomini с обязательным интраоперационным УЗ контролем является эффективным и безопасным методом лечения ВБ нижних конечностей при несостоятельной вене Джакомини с высоким клиническим и косметическим результатом.

2. Предложенная методика позволяет целенаправленно работать с веной Джакомини, сохраняя интактные БПВ и МПВ, которые могут быть использованы в виде пластического материала для потенциального артериального шунтирования.

РОЛЬ НЕСОСТОЯТЕЛЬНЫХ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН В РАЗВИТИИ РЕЦИДИВА ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Сушков С. А., Фролов Л. А., Скоморощенко В. А.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, г. Витебск, Республика Беларусь

Введение. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в хирургическом лечении варикозной болезни, послеоперационные рецидивы возникают, по данным отечественных и зарубежных авторов, в 12-80% случаев и являются актуальной проблемой