СКЛЕРООБЛИТЕРАЦИЯ МАЛОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ И ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН В ЗОНЕ ТРОФИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ПРАВОЙ ГОЛЕНИ: МЕТОДИКА И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Ославский А. И.[1], Рутко А. А.[1], Воронов Д. А.[2], Лагутик И. В.[2]

[1]Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно
[2]Гродненский государственный медицинский университет
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Склеротерапия – это современный и эффективный метод лечения хронических заболеваний вен. Задачей склеротерапии является значительное повреждение эндотелия и субэндотелиальных структур, что приводит к образованию в просвете вены специфического сгустка крови, прекращению кровотока по ней и, в последующем, превращению вены в фиброзный тяж. Целью склеротерапии является не достижение тромбоза вены, который может реканализоваться, а фиброз (склероз) вены. В таком случае результат склеротерапии эквивалентен хирургическому лечению [2, с. 148]

Последнее десятилетие характеризовалось внедрением в клиническую практику качественно новой технологии – пенной склерооблитерации вен, основанной на введении препарата в форме мелкодисперсной пены. Ультразвуковой контроль процедуры не только упрощает этап пункции расширенных вен, но и дает возможность оценить непосредственный и отдаленный результаты лечения. Новизна в одновременном устранении вертикального и горизонтального рефлюкса для ликвидации венозной гипертензии. Было выявлено, что данная методика значительно сокращает риск нагноения как язвенного дефекта, так и донорской раны, ускоряет ее заживление, что ведет к уменьшению средней длительности пребывания на койке, экономии медикаментозных средств, что в итоге способствует экономии бюджета государства [1].

Цель. Оценить эффективность и безопасность сочетанной ультразвуковой склерооблитерации малой подкожной вены (МПВ) и патологических перфорантных вен (ПВ) у пациентов с язвой правой голени. Сравнить эффективность комбинированной ультразвуковой-склерооблитерация малой подкожной вены и перфорантных вен и консервативных методов лечения. Оценить возможное развитие осложнений и их минимизировать.

Методы исследования. В исследование включены 24 пациента с активной язвой (С6) и рефлюксом в МПВ и ПВ. Простой рандомизацией сформированы две группы:

1. Основная (n=12): выполнена комбинированная УЗ-склеротерапия. Под контролем дуплексного сканирования проводили катетеризацию МПВ с введением

Репозиторий ГГМУ

3% пены Полидоканола и прицельную склерооблитерацию всех несостоятельных ПВ (диаметр >3,5 мм) в зоне язвы.

2. Контрольная (n=12): проводилась стандартная консервативная терапия (флеботоники, мази и спреи, содержащие гепарин и НПВС, компрессионная терапия, аутодермопластика по показаниям).

Оценка результатов лечения (планиметрия, визуальная аналоговая шкала боли, сроки эпителизации, рецидивы) проводилась через 1, 3 и 6 месяцев. Статистическая обработка в Statistica 10.0.

Результаты и их обсуждение. Полная эпителизация язвы в основной группе наступила через 7,8 ± 1,9 недель, в контрольной – через 13,6 ± 3,2 недель ($p<0,01$). Сокращение сроков заживления составило 42,5%. Через 6 месяцев рецидив зафиксирован у 1 пациента (8,3%) в основной группе и у 5 (41,7%) в контроле ($p<0,05$). Интенсивность боли по ВАШ снижалась быстрее в основной группе. Длительность госпитализации в основной группе составила 10,4 ± 2,1 койко-дня против 16,0 ± 3,8 в контроле ($p<0,05$). Осложнения в основной группе были минимальными: 2 случая гиперпигментации и 1 локальный флебит. Тромбоэмболических осложнений не наблюдалось.

Выводы.

1. Комбинированная УЗ-склерооблитерация малой подкожной вены и перфорантных вен – эффективный и безопасный метод, устраняющий ключевые причины венозной гипертензии.

2. Метод сокращает сроки заживления на 42,5%, снижает частоту рецидивов в 4,8 раза и уменьшает время госпитализации на 5,6 койко-дня и быстрее купирует боль по сравнению со стандартной терапией.

3. С точки зрения экономической приоритетности, пенная эхоконтролируемая склеротерапия является более привлекательным методом для устранения стволового рефлюкса, чем открытое хирургическое вмешательство, эндовенозная лазерная облитерация (ЭВЛО) или Радиочастотная облитерация (РЧО). Кроме того, склеротерапия имеет более короткий период восстановления по сравнению с открытым хирургическим лечением, что с учетом относительной дешевизны метода может оказаться немаловажным фактором для пациента

4. Для предотвращения попадания склерозанта в систему глубоких вен при проведении склерооблитерации и минимизации осложнений необходимо соблюдать следующие меры:

А) Ультразвуковое сопровождение (УЗ-ангиосканирование). Проведение процедуры под контролем УЗИ позволяет визуализировать точное положение иглы в поверхностной вене, исключая случайное введение препарата в глубокую венозную систему.

Б) Использование пенной формы: Применение склерозанта в виде пены позволяет более точно контролировать его распространение по целевой вене и снижает риск вымывания в глубокие вены.

Репозиторий ГрГМУ

В) Правильная позиция пациента: Введение препарата обычно проводят в горизонтальном положении пациента с приподнятой конечностью, что уменьшает скорость кровотока в поверхностных венах и предотвращает быстрое попадание вещества в глубокие вены.

Г) Контроль объема препарата: Использование разрешенных безопасных доз и концентраций склерозанта.

Д) Компрессионная терапия: сразу после введения препарата накладывается компрессионный трикотаж, который помогает прижать вены и препятствует миграции препарата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ославский, А. И. Первый опыт комплексного лечения трофических язв нижних конечностей варикозной этиологии по методике SHAVE-THERAPY / А. И. Ославский, Н. Н. Иоскевич, В. И. Головня // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2019. – Т. 25, № S2. – С. 342.

2. Лысов, Н. А. Варикозная болезнь нижних конечностей и ее осложнения : монография / Н. А. Лысов, С. А. Столяров, И. Г. Лещенко. – Самара : Реавиз, 2023. – 239 с.

ОСОБЕННОСТИ ТОПОГРАФИИ УСТЬЕВ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ В СИНУСАХ АОРТЫ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА

Пасюк А. А., Лиянаге Л. Х.

Белорусский государственный медицинский университет
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Венечные артерии (aa. coronariae dextra et sinistra) в норме начинаются от луковицы аорты из соответствующих синусов аорты (Вальсальвы) [1-4; 5, с. 43]. Их главной функциональной задачей является стабильное и адекватное обеспечение кровью миокарда. Согласно современным данным, архитектоника, геометрические параметры и топография устьев венечных артерий оказывают значимое влияние на локальную гидродинамику, стабильность коронарного кровотока и перфузионное давление [2, с. 122]. Особенности расположения устьев венечных артерий относительно полулунных заслонок, надклапанного гребня и спаек полулунных заслонок могут влиять на движение крови на входе в магистральные сосуды сердца [3, с. 76] а также создавать затруднения при катетеризации и стентировании венечных артерий [4, с. 174].

Репозиторий ГрГМУ