

НЕТЕРМІЧНА КЛЕЄВА ОБЛІТЕРАЦІЯ ВЕН – ВЛАСНИЙ ДОСВІД

Стащук Р.П.

МЦ Ангіолайт

Вступ

Революція, яка відбулась в кінці 90-х років минулого століття з появою ендовенозних процедур (РЧО, ЕВЛО), затвердила нові принципи лікування варикозної хвороби. В першу чергу, це мінімальна інвазивність та травматичність втручання при максимальній радикальності та естетичності. Втручання виконуються під місцевим знеболенням без госпіталізації, під постійним ультразвуковим контролем. Негайна активізація пацієнта як найкращий спосіб профілактики тромбоемболічних ускладнень. Швидка реабілітація та висока естетичність. Термічні методи облітерації за 20 років змогли практично прибрати класичну флебектомію з арсеналу судинних хірургів, флебологів. Але на цьому розвиток технологій не зупинився. В 2009 р. з'явилися нові нетермічні нетумісцентні методи: це механо-хімічна облітерація та в 2011 р. - клеєва облітерація.

Мета роботи

Проаналізувати результати лікування хворих на варикозну хворобу методом нетермічної клеєвої облітерації вен.

Матеріали і методи

Почали виконувати клеєву облітерацію вен з 2016 року. За цей час прооперовано 112 пацієнтів. З них жінок 93, чоловіків 19. Вік пацієнтів

коливався від 19 до 82 років, середній вік склав 61 рік. Майже половина пацієнтів була похилого та старечого віку з супутньою патологією. Прооперовано 130 басейнів. З них ВПВ 75 %, МПВ 19 %, ПДПВ 6 %. У 28 % пацієнтів було виконано поєднані втручання: як ви бачите це дві ВПВ, ВПВ з МПВ, дві МПВ, одній пацієнтці було виконано одразу дві ВПВ та МПВ.

Результати та обговорення

У 47 пацієнтів вдалось проаналізувати результати протягом 12 місяців. Анатомічний успіх склав 100 %. На початку впровадження методики у двох пацієнтів під час місячного контролю виявлено часткову реканалізацію – було виконано ЕВЛО. Довжина кукси коливалась від 0 до 3 см. Процедура виконується за стандартним протоколом, тобто кінець катетера встановлюється на відстані 3 см від гирла. Тому передбачити якої довжини буде кукса неможливо. Тішило те, що значимого пролабування клею в загальну стегову вену в наших спостереженнях не було. Флебітоподібна реакція відмічалась у 8 пацієнтів, яка успішно проходила на фоні антигістамінних та нестероїдних протизапальних препаратів. Дуже важлива оцінка інтраопераційного болю. По візуально-аналоговій шкалі від 1 до 10 балів у всіх пацієнтів менше 3 балів. На комфорт пацієнтів впливає відсутність тумісцентної анестезії з серією уколів. Процедура виконується лише з одного укола. Такі ускладнення, як алергія, тромбоз, тромбоемболія, парестезії, в наших спостереженнях не виявлялись.

Висновки

Отже, які очевидні переваги клеєвої облітерації. Це відсутність тумісцентної анестезії. Відповідно – відсутність болю. Відсутність

термічного пошкодження нервів та шкіри. Швидкість виконання процедури. Не потребує еластичної компресії. Негайне повернення до нормальної активності. Це дійсно метод, який не потребує реабілітації. Не потребує застосування дороговартісного устаткування, яке ми застосовуємо при термічних методах – лазерний коагулятор, радіочастотний генератор, помпа. І важлива перевага – це високий відсоток оклюзії в ранньому та віддаленому п/о періоді.