

ПРИЧИНИ РЕЦИДИВУ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК ПІСЛЯ ВИКОНАННЯ РАДІОЧАСТОТНОЇ АБЛЯЦІЇ ВЕН В ОФІСНИХ УМОВАХ

Гощинський В.Б., Свідерський Ю.Ю., Пятничка О.З.

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Вступ

Застосування радіочастотної абляції вен (РЧА) за рахунок своєї малотравматичності та косметичного ефекту стало пріоритетним напрямком у лікуванні варикозної хвороби нижніх кінцівок в амбулаторних умовах. Однак, ефективність цієї операції може бути підвищеною за рахунок зменшення кількості післяопераційних рецидивів варикозної хвороби (ПРВХ). В цьому плані немає чіткої відповіді про значення у ПРВХ додаткової великої підшкірної вени (ПДВПВ)

Мета роботи

Встановити причини рецидиву ВХ у післяопераційному періоді після РЧА в офісних умовах з метою його попередження та лікування.

Матеріали та методи

За допомогою РЧА протягом 2016 – 2021 років в умовах медичних центрів хірургії одного дня м. Житомира та Тернополя було прооперовано 928 пацієнтів із ВХ, з клінічними класами С2– С4 за класифікацією CEAP. З них, клас С2 -346, клас С3 – 304 та клас С4 – 278. Вік хворих від 25 до 75 років. Жінок -521, чоловіків -407.

Всім хворим була виконана ультразвукова діагностика для встановлення флебогемодинамічних порушень у кінцівці. При цьому, акцент робився на визначенні наявності в зоні сафено-феморального з'єднання (СФЗ)

рефлюксу по ПДВПВ при компетентному СФЗ, наявність рефлюксу по некомпетентних СФЗ та ПДВПВ, а також присутність рефлюксу тільки по СФЗ при компетентній ПДВПВ.

Для ліквідації вертикального скиду застосовували РЧА за методикою VNUS – Closure FAST, з використанням апарату COVIDIEN фірми Medtronic.

Результати та обговорення

Після ультразвукової діагностики нами встановлено, що із 928 обстежених хворих у 12% (n=111) мало місце ізольована недостатність ПДВПВ (перша група хворих), у 53% випадків (n=492) була виявлена недостатність СФЗ та ПДВПВ (друга група пацієнтів) та у 35% (n=325) хворих (третья група) була виявлена недостатність тільки СФЗ. Показаннями до РЧА ПДВПВ при її недостатності були: наявність рефлюксу в ній $\geq 0,5$ сек., її діаметр $5,2 \pm 0,6$ мм., прямий хід ПДВПВ, відсутність її розширених притоків в нижній третині стегна. Канюляцію субфасціальної частини ПДВПВ проводили під контролем ультразвуку в найнижчій точці рефлюксу, за звичай, це була середня третина передньої поверхні стегна. Абляційний катетер проводили в ПДВПВ до її місця впадіння у СФЗ під сонографічним контролем. Під час виконання радіочастотної абляції (n=38) проводили під тумесцентною анестезією. Середня довжина коагульованої ПДВПВ становила $10,4 \pm 5,2$ см. У випадках, коли була варикозна трансформація вен в проекції ПДВПВ – (середня, нижня третина стегна) РЧА доповнювали мініфлебектомією за Вараді (n=31) або пінною склеротерапією 1% полідоканолу foam-form (n=28). При неможливості проведення катетера у ПДВПВ (її діаметр до $3,1 \pm 0,1$ мм, нерівномірний хід субфасціальної частини, звивистість), у 14

пацієнтів виконана піносклеротерапія під контролем ультразвуку. При недостатності СФЗ та ПДВПВ (n=492) окремий катетер розташовували у ВПВ нижче на 1см від СФЗ. Радіочастотну абляцію проводили почергово, використовуючи тумесцентну анестезію, спочатку ВПВ, а потім ПДВПВ (за вище згаданою технологією). При недостатності тільки СФЗ (n=325) виконували стандартну РЧА, розташовуючи катетер нижче гирла на 1,0 см. Ультразвукове дослідження вен впродовж року спостереження виявило рецидив ВХ по ПДВПВ у 5 (4,5 %) пацієнтів першої групи. Однак, через два роки вже у 23 (20,7%) пацієнтів візуально спостерігалось рецидив ВХ по ПДВПВ, переважно у середній та нижній третині стегна. Рахуємо, що його причиною стала недостатність осціального клапана та клапанів в ВПВ у 17 (15,3 %) пацієнтів.

В інших 6 (5,4 %) випадках причиною рецидиву стало прогресування варикозної хвороби по МПВ. Післяопераційний рецидив був ліквідований за допомогою РЧА ВПВ та МПВ в поєднанні з мініфлебектомією за Вараді та пункційною склеротерапією розширених вен 0,5% розчином полідоканолу. В другій групі хворих, (рефлюкс по некомпетентних СФЗ та ПДВПВ) впродовж першого року після операції, рецидив варикозної хвороби через неспроможну ПДВПВ спостерігався у 12 (2,4 %) хворих. Через 2 роки часткова реканалізація ВПВ в нижній частині стегна наступила у 20 (4%) із 492 пацієнтів. Також через 2 роки спостереження відмічено новий рефлюкс по ПДВПВ у 11 (2,2 %) випадках, а через 3 роки у 19 (3,9 %) пацієнтів. Через 3 роки кількість реканалізації по ВПВ збільшилась до 34 (7%) хворого. В третій групі хворих (присутній рефлюкс тільки по СФЗ при компетентній ПДВПВ) через 3 місяця виник рецидив ВХ через неспроможну ПДВПВ у 5 (1,5 %) випадках, через 6

місяців у 9 (2,8 %) пацієнтів. В подальшому, через рік неспроможність ПДВПВ стала причиною рецидиву ВХ відповідно у 12 (3,7 %) хворих, через 2 роки у 17 (5,2%) пацієнтів, через 3 роки ще в 21 (6,5 %) випадках. Характерним є те, що рецидив ВХ відбувся як в системі ПДВПВ, так і в системах ВПВ та МПВ. Для усунення причин рецидиву ВХ, у цій групі пацієнтів, ми застосовували комплекс мініінвазивних операцій в залежності від клінічних та сонографічних даних. Зокрема: РЧА, мініфлеботомію, склеротерапію колатеральних та перфорантних вен. В окремих випадках облітерація перфорантних вен здійснювалась за допомогою РЧА перфорантної вени стилетним електродом 6 Fr (2,0 mm) за стандартною методикою. Аналіз рецидивів ВХ, причиною якої була прогресуюча недостатність ПДВПВ встановив, що найбільша їх кількість (25,2%) припадає на першу групу пацієнтів, у яких виключення з кровообігу ПДВПВ здійснено за допомогою РЧА, або в комбінації з іншими мініінвазивними операціями. При одночасному застосуванні РЧА ВПВ в комбінації з малоінвазивними операціями на ПДВПВ (друга група пацієнтів) відмічено незначний відсоток (8,5 %) рецидиву. В третій групі через три роки спостереження виявлено виникнення неспроможності ПДВПВ у 20,0 % пацієнтів.

Висновки

1. ПДВПВ може бути однією з причин післяопераційного рецидиву ВХ.
2. При одночасній термоабляції ПДВПВ та ВПВ в комбінації з іншими малоінвазивними втручаннями значно зменшується відсоток післяопераційного рецидиву варикозної хвороби.