Г. А. Новікова,
І. Б. Бабинкіна,
Г. П. Бабинкіна,
Л. В. Провар,
О. О. Головіна

ДУ «Інститут загальної
та невідкладної хірургії
ім. В. Т. Зайцева НАМНУ»,
м. Харків

© Колектив авторів

ВИБІР ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ НЕСАФЕННОГО ВАРИКОЗУ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ УЗ-ДІАГНОСТИКИ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК

Реферат. *Мета досліджень.* Визначення варіантів анатомічної будови несафенних вен та патологічних анастомозів при варикозному розширенні атипичних венозних басейнів при ультразвуковій доплерографії вен нижніх кінцівок, в тому числі як джерел патологічного венозного рефлюксу, а також значення неспроможних вен — перфорантів та несафенних вен — у формуванні венозної недостатності для уточнення подальшого протоколу лікування.

Матеріали та методи. Досліджена венозна система у 2348 пацієнтів, включаючи як пацієнтів з різною патологією венозної системи, в тому числі з варикозною хворобою, так і тих, у яких патології вен при ультразвуковій доплерографії не було виявлено.

Результати дослідження та їх обговорення. Хірургічне лікування при несафенному варикозі включає в себе флектомію, склеротерапію й мініфлектомію за Мюллером—Вараді в залежності від діаметру ураженої несафенної вени.

Висновки. Розуміння спеціалістами варіантів несафенного варикозу, а також дотримання повного протоколу дослідження при ультразвуковій доплерографії вен дозволяє надати докладну інформацію з метою визначення найбільш ефективної тактики лікування та здійснити профілактику рецидивів та ускладнень захворювання.

Ключові слова: несафенний варикоз, УЗ-діагностика, хірургічне лікування, мініфлектомія.

Вступ

Покази до операції у випадку несафенного варикозу трапляються у флебологічній практиці значно рідше, ніж у басейні великої та малої підшкірних вен. Урахування значної варіабельності будови венозних анастомозів дозволяє обрати найбільш ефективну тактику оперативного лікування з мінімальною травматизацією й зниженням ризику можливого рецидиву захворювання.

Видами варикозного розширення підшкірних вен нижніх кінцівок, що найбільш часто зустрічаються в клінічній практиці, є ураження в басейні великої та малої підшкірних вен (*v. v. saphena magna et parva*). До несафенного варикозу відносяться ті види варикозної хвороби підшкірних вен нижніх кінцівок, які не входять до системи великої чи малої підшкірних вен, а відносяться до атипичних форм і зустрічаються за різними даними від 1,5 % до 3,7 % серед хворих з венозною патологією. Найбільш поширеними в практиці зустрічаються варикозно розширені вени по латеральній поверхні нижніх кінцівок, розширення вен через неспроможні комуніканти з розширених вен малого тазу. Окремою формою хронічного захворювання вен, з якою зустрічаються акушери гінекологи, хірурги й судинні хірурги на етапах ведення вагітних, є первинне варикозне розширення вен пахових каналів.

Найбільш поширеним видом несафенного варикозу є наявність варикозно розширених вен на латеральній поверхні нижніх кінцівок, що зустрічається приблизно у 1,5–2 % хворих з цією патологією [1]. Розширення вен зовнішньої поверхні нижньої кінцівки відноситься скоріше до ангіодисплазії, ніж до варикозної хвороби. Виділено наступні клініко-анатомічні варіанти варикозного розширення вен латеральної поверхні нижніх кінцівок: 1) ізольований варикоз латеральних підшкірних вен; 2) варикоз латеральних підшкірних вен, що поєднується з варикозним розширенням великої чи малої підшкірних вен; 3) варикозне розширення латеральних підшкірних вен, яке супроводжує варикоз великої чи малої підшкірних вен.

Існують різні анатомічні варіанти впадання латеральної підшкірної вени у велику підшкірну вену, що нерідко є причиною помилок під час операцій з приводу варикозної хвороби нижніх кінцівок і виникнення в подальшому рецидиву варикозної хвороби [2]. Підшкірні вени зовнішньої поверхні нижніх кінцівок пов'язані з глибокими венами гомілки і стегна численними венами-перфорантами. Описані випадки, коли варикозно розширені вени латеральної поверхні стегна впадали в ніжньосідничні вени, вени передньої черевної стінки або

окремим стовбуром в загальну стегнову вену поруч з гирлом великої підшкірної вени [3].

Варикозне розширення вен латеральної поверхні нижніх кінцівок, як правило, розвивається у жінок і значно рідше у чоловіків. Варикозно змінені вени зовнішньої поверхні стегна або гомілки з'являються у молодих жінок у віці від 13 до 19 років і часто є провісниками подальшого розвитку варикозної хвороби нижніх кінцівок з ураженням великої і/або малої підшкірних вен. Характерною особливістю при цій патології є «змієподібний» тип варикозного розширення латеральної підшкірної вени, поверхневе розташування й інтимне зрощення її вариксів з тонкою шкірою.

Ця патологія вимагає повного обсягу оперативного втручання, який передбачає усунення патологічного кровотоку по комунікантних венах і венах-перфорантах, висічення конгломератів варикозно розширених вен. При варикозному розширенні вен латеральної поверхні нижніх кінцівок велика підшкірна вена може бути незміненою, а остальний клапан спроможним. У таких випадках необхідно прагнути до збереження великої підшкірної вени, тому що вона відіграє основну роль в компенсації відтоку крові при тромбозах глибоких вен стегна й гомілки, що є не тільки природним шунтом між венами стопи і клубовою веною, а й забезпечує відтік з м'язових вен по численних комунікантних венах [4].

Крім того, велика підшкірна вена є пластичним матеріалом при хірургічному лікуванні ішемічної хвороби серця і в реконструктивній хірургії артерій стегново-підколінного сегменту. Ретельне передопераційне ультразвукове дослідження з маркуванням всіх патологічних рефлюксів та можливістю усунення їх під час оперативного лікування, є запорукою запобігання рецидиву й прогресування захворювання, профілактикою ускладнень варикозної хвороби, тромбозів глибоких та поверхневих вен, венозної недостатності [5]. Диференційований підхід до вибору лікувальної тактики з урахуванням типу ураження вен дозволяє значно поліпшити результати лікування пацієнтів цієї групи.

Мета досліджень

Визначення варіантів анатомічної будови несафенних вен та патологічних анастомозів при варикозному розширенні атипових венозних басейнів при ультразвуковій доплерографії (УЗДГ) вен нижніх кінцівок, в тому числі як джерел патологічного венозного рефлюксу, а також значення неспроможних вен — перфорантів та несафенних вен — у формуванні венозної недостатності для уточнення подальшого протоколу лікування.

Матеріали та методи досліджень

За період з 2016 по 2020 роки була досліджена венозна система у 2348 пацієнтів, включаю-

чи як пацієнтів з різною патологією венозної системи, в тому числі з варикозною хворобою, так і тих, у яких патології вен при ультразвуковій доплерографії (УЗДГ) не було виявлено. У всіх були запротокольовані результати УЗДГ вен з обов'язковим описом рівня й характеру анатомічної будови ізольованого несафенного варикозу, а також у поєднанні з ураженням великої та/або малої підшкірних вен, наявність неспроможних вен-перфорантів та комунікацій з басейнами великої та малої підшкірних вен і глибокими венами в зоні дослідження, наявність та поширеність рефлюксу при його виявленні, наявність чи відсутність тромбозу.

Рис. 1. Неспроможний перфорант до несафенної вени по латеральній поверхні стегна з поверхневої вени стегна

Результати досліджень та їх обговорення

У пацієнтів при УЗДГ були виявлені різні анатомічні варіанти будови анастомозів несафенних вен. Анастомоз може виглядати як вена-перфорант і мати досить гострий кут відхилення від стовбуру. Зустрічалися також види неспроможного анастомозу із загальною стегною веною вище чи дещо нижче спроможного сафено-феморального з'єднання. У цих випадках для уточнення етіології патологічного рефлюксу рекомендовано проведення обов'язкового дослідження пацієнта в положенні стоячи. Оперативна тактика передбачала збереження не зміненого сафено-феморального сполучення.

Нерідкими виявилися непрямі варіанти співустя, наприклад, через велику підшкірну вену з наявністю додаткових венозних судин (до 18 % серед досліджених). У таких випадках перше за все треба виключити наявність неспроможного анастомозу будь-якої будови.

Хірургічне лікування при несафенному варикозі включає в себе флектомию, склеротерапію й мініфлектомию за Мюллером—Вараді в залежності від діаметру ураженої несафенної вени.

У якості ілюстрації приводимо етапи хірургічного лікування пацієнта С., 29 років з діагнозом: несафенний варикоз правої нижньої кінцівки. Хронічна венозна недостатність С-3 (класифікація CEAP) (рис. 4).

Рис. 2. Розширена несафенна вена стегна з ознаками неспроможності клапанного апарату при кольоровому дуплексному картуванні

Рис. 3. Патологічний рефлюкс по несафенній вені стегна в режимі кольорового дуплексного картування

Рис. 4. УЗ-діагностика та маркування патологічних вен

Рис. 5. Маркування варикозних вен перед оперативним утручанням

а

б

в

Рис. 6. Етапи хірургічного втручання мініфлебектомії за Мюллером—Вараді: а — видалення варикозних вен через проколи шкіри мікрофлебектомічним гачком; б — сегмент видаленої варикозної вени; в — кінцевий результат операції (шви на рану не накладаються)

Висновки

Варіабельність анатомічної особливості анатомії несафенних вен, діагностика їх патології, а отже й визначення показів для операції, є непередбачуваним і досить складним завданням. Розуміння спеціалістами варіантів несафенно-

го варикозу, а також дотримання повного протоколу дослідження при УЗДГ вен дозволяє надати докладну інформацію з метою визначення найбільш ефективної тактики лікування та здійснити профілактику рецидивів та ускладнень захворювання.

REFERENCE

1. Garcia-Gimeno M, Rodrigues-Camarero S, Tagarro-Villalba S. Reflux patterns and risk factors of primary varicose veins clinical severity. *Phlebology*. 2013;28(3):153-61.
2. Robertson L, Lee AJ, Christine J, et al. Incidence of chronic venous disease in the Edinburgh Vein Study. *J. Vasc. Surg: Venous and Lym Dis*. 2013;1:59-67.
3. Robertson LA, Evans CJ, Lee AJ, et al. Incidence and Risk Factors for Venous Reflux in the General Population. *Edinburgh Vein Study, European Society for Vascular Surgery*. 2014. Published by Elsevier Ltd.
4. Tatarchuk AN. Capacities of ultrasound study in a follow-up of patients with lower extremity varicose veins after phlebectomy. *Vestn. RentgenoRadiol*. 2011;1:22-5.
5. Bootun R, Onida S, Tristan RA, et al. Varicose veins and their management. *Surgery (Oxford)*. 2016;34:165-71.

SELECTION OF SURGICAL TACTICS FOR TREATMENT OF NON-APHENIC VARICOSIS ON THE RESULTS OF US-DIAGNOSTICS OF THE VENES OF THE LOWER LIMBS

**A. Novikova, I. B. Babinkina,
G. P. Babinkina, L. V. Provar,
O. A. Golovina**

Summary. Purpose of research. Determination of variants of the anatomical structure of non-saaphenic veins and pathological anastomoses in varicose enlargement of atypical venous basins with ultrasound Doppler of the veins of the lower extremities, including as sources of pathological venous reflux, as well as the importance of insolvent veins — perforants and non-saaphenic veins — in the formation of venous insufficiency to clarify the treatment protocol.

Materials and methods. The venous system was studied in 2348 patients, including both patients with various pathologies of the venous system, including those with varicose veins, and those in whom the pathology of the veins was not detected by Doppler ultrasound.

Research results and discussion. Surgical treatment for non-safenic varicose veins includes phlebectomy, sclerotherapy and Möller-Varadi miniflebectomy, depending on the diameter of the affected non-safenic vein.

Conclusions. The specialists' understanding of the variants of non-safenic varicose veins, as well as adherence to the full research protocol for ultrasound Doppler ultrasound of the veins, allows us to provide detailed information in order to determine the most effective treatment tactics and prevention of relapses and complications of the disease.

Key words: nonsaphenous varicose veins, ultrasound diagnostics, surgical treatment, miniflebectomy.