

11. Sevestre M.A., Reix T., Makdassi R., Jarri G., Hermida J.S., Remond A. et al. Echo-Doppler et stenose des arteris renalis. Etude a propos de 86 patient. *J. Mai. Vase.* 1996; 21 (2): 72–7.
12. Strandness D.E., Jr. *The Renal Arteries*. In: Duplex Scanning in Vascular Disorders. Ed. D.E. Strandness, Jr. New York: Raven Press; 1993: 197–200.
13. Глазун Л.О., Полухина Е.В. *Ультразвуковая диагностика заболеваний почек*. М.: Видар-М; 2014.

#### References

1. Lopatkin N.A. *Urology [Urologiya]*. Moscow: Meditsina; 1995 (in Russian).
2. Kazimirov V.G., Volkova V.S. *Nephroptosis [Nefroptoza]*. Moscow: Reprintsentr M; 2011 (in Russian).
3. Zorin I.V. *Mechanisms of progression of chronic kidney disease in children*. In: Proceedings of the international schools and scientific-practical conference «Actual problems of Pediatric Nephrology». [Mekhanizmy progressirovaniya khronicheskoy bolezni pochek u detey. In: Materialy mezhdunarodnoy shkoly i nauchno-prakticheskoy konferentsii «Aktual'nye problemy detskoj nefrologii»]. Orenburg: Dimur; 2010: 140–7 (in Russian).
4. Ignatova M.S. *New in nephrology: chronic kidney disease*. In: Proceedings of the VII Russian Congress «Modern technologies in pediatrics and pediatric surgery». [Materialy VII Rossiyskogo kongressa

- «Sovremennye tekhnologii v pediatrii i detskoj khirurgii»]. Moscow; 2008: 209–15 (in Russian).
5. Mar R.H. Chronic kidney disease in children: state of the art. *Pediatr. Nephrol.* 2007; 22 (10): 1687–8.
6. Tatevosyan A.S., Tonyan A.G., Khalafyan A.A. Pathogenetic aspects of complicated course of pathological mobility of the kidney [Patogeneticheskie aspekty oslozhnennogo techeniya patologicheskoy podvizhnosti pochki]. *Urologiya.* 2013; 2: 24–7 (in Russian).
7. Lopatkin N.A., Morozov A.V., Zhitnikova L.N. *Stenosis of the renal vein [Stenoz pochechnoy vey]*. Moscow: Meditsina; 1984 (in Russian).
8. Lelyuk V.G., Lelyuk S.E. *Ultrasonic Angiology [Ul'trazvukovaya angiologiya]*. Moscow: Real'noe vremya; 2003 (in Russian).
9. Nazarenko G.I., Khitrova A.N., Krasnova T.V. Doppler examination in uronephrology [Dopplerograficheskie issledovaniya v uronefrologii]. Moscow: Meditsina; 2002 (in Russian).
10. Miralles M., Cairols M., Cotillas J. et al. Value of Doppler parameters in the diagnosis of renal artery stenosis. *J. Vasc. Surg.* 1996; 23 (3): 428–35.
11. Sevestre M.A., Reix T., Makdassi R., Jarri G., Hermida J.S., Remond A. et al. Echo-Doppler et stenose des arteris renalis. Etude a propos de 86 patient. *J. Mai. Vase.* 1996; 21 (2): 72–7.
12. Strandness D.E., Jr. *The Renal Arteries*. In: Duplex Scanning in Vascular Disorders. Ed. D.E. Strandness, Jr. New York: Raven Press; 1993: 197–200.
13. Glazun L.O., Polukhina E.V. *Ultrasound diagnosis of kidney diseases. [Ul'trazvukovaya diagnostika zabolevaniy pochek]*. Moscow: Vidar-M; 2014 (in Russian).

Поступила 04.02.2015

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616.14-007.64-036.8

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ИЗОЛИРОВАННОГО ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН

А.А. Малинин\*, А.А. Дюржанов, С.И. Прядко, М.С. Джабаева, С.Ю. Сергеев

ФГБНУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» (директор – академик РАН и РАМН Л.А. Бокерия), 121552, Москва, Российская Федерация

**Введение.** В настоящее время наблюдается трансформация в понимании термина «варикозная болезнь». Ультразвуковые методы позволили выявить формы изолированного варикозного расширения притоков без стволового рефлюкса по магистральным поверхностным венам. При лечении изолированного варикозного расширения притоков различной этиологии или по бассейну их впадения должны быть использованы принципы малоинвазивной хирургии с сохранением непораженных вен.

**Материал и методы.** Проведен анализ эффективности лечения 231 больного, у которых было диагностировано изолированное варикозное расширение вен при использовании хирургических и малоинвазивных методов флебооблитерации. Авторы разработали классификацию одного из вариантов варикозного расширения вен без наличия стволового рефлюкса по поверхностным магистральным венам. Из них сафенные притоки выявлены у 83 (35,9%) пациентов, несифенные – у 127 (55%), сочетанный вид поражения имелся в 21 (9,1%) случае. Для лечения предложена собственная методика с использованием прецизионных принципов флебэктомии притоков.

**Результаты.** Положительные результаты были получены в 93,1%, отрицательные – в 6,9% случаев. Анализ показал преимущества этой методики, которая позволяет добиться хорошего клинического и косметического результата и исключить возможное повреждение поверхностных магистральных вен. При изолированном склерозировании сафенных притоков и перфорантных вен количество неудовлетворительных результатов составляет 5 и 57,1% случаев. После склерозирования сафенных притоков во всех случаях был достигнут эффект склерозирования варикозного притока, но в 62,5% случаев наблюдался флебит стенки БПВ, а в 37,5% – пристеночный тромбоз вены сафены в месте впадения притока.

\*Малинин Александр Александрович, доктор мед. наук. E-mail: malisan47@mail.ru  
121552, Москва, Рублевское ш., 135.

**Заключение.** Согласно принципу сберегательной хирургии, предложены прецизионные методики, которые позволяют сохранить поверхностные магистральные вены с целью возможности их использования в дальнейшем для реконструктивных шунтирующих операций.

**Ключевые слова:** варикозная болезнь без стволового рефлюкса; изолированное варикозное расширение вен; флебооблитерация; флебэктомия.

*Для цитирования:* Анналы хирургии. 2015; 1: 41–48.

## COMPARATIVE EVALUATION OF TREATMENTS FOR VARIOUS TYPES OF ISOLATED VARICOSE VEINS

*A.A. Malinin, A.A. Dyurzhanov, S.I. Pryadko, M.S. Dzhabaeva, S.Yu. Sergeev*

A.N. Bakoulev Scientific Center for Cardiovascular Surgery, 121552, Moscow, Russian Federation

**Introduction.** Currently, there is a transformation within the meaning of the term varicose veins. Ultrasonic methods revealed an isolated form of varicose tributaries without reflux along main stem surface veins. Approach to the treatment of varicose tributaries isolated various etiologies or pool their confluence should use the principles of minimally invasive surgery with preservation of uninvolved veins.

**Material and methods.** The analysis of the effectiveness of treatment of 231 patients who were diagnosed with isolated varicose veins using minimally invasive surgical techniques and phlebectomy. The authors have developed a classification of one of the options for varicose veins without reflux stem trunk of surface veins. Saphenous tributaries of them were detected in 83 (35.9%) patients, nonsaphenous tributaries in 127 (55%) and combined type of lesion was available in 21 (9.1%) case. For the treatment offered own technique using the principles of precision phlebectomy tributaries.

**Results.** Positive results were obtained in 93.1% and 6.9% in negative cases. The analysis has shown the advantages of this technique, which allows to achieve a good clinical and cosmetic result and to avoid possible damage to the surface of the main veins. The separate sclerosing saphenous tributaries and perforating the number of unsatisfactory results is 5% and 57.1% of cases. After hardening of saphenous tributaries in all cases the effect was achieved sclerosing varicose inflows, but 62.5% of cases had phlebitis wall GSV, and in 37.5% of cases parietal vein thrombosis safety at the confluence of the inflow.

**Conclusion.** Implementing the principle of savings surgery offered precision techniques that preserve the superficial vein trunk for their possible use in the future for reconstructive bypass surgery.

**Key words:** open surgery; endovascular techniques; mini-invasive techniques; extraanatomical bypass; endoscopic techniques.

*Citation:* Annaly khirurgii. 2015; 1: 41–48 (In Russ.).

### Введение

Частота выявления изолированного варикозного расширения притоков без стволового рефлюкса по магистральным поверхностным венам колеблется от 3,9–17,9% [1, 2]. Современное развитие методов ультразвуковой диагностики предполагает осмотр всего поверхностного магистрального венозного русла, оценку различных вариантов строения вен, их клапанного аппарата на всем протяжении и позволяет непосредственно выявлять локальное поражение вен [3].

На основании прецизионной ультразвуковой диагностики варикозного расширения вен установлено, что существуют различные варианты поражения поверхностной венозной системы нижних конечностей. Помимо классической варикозной болезни с наличием рефлюкса по магистральным поверхностным венам имеется изолированное варикозное расширение венозных притоков из магистральных или перфорантных вен при сохранении функции клапанов большой (БПВ) и малой подкожных вен (МПВ) [4, 5].

Эти исследования продолжились с изучением гемодинамических и анатомических эффектов от

изолированной флебэктомии на рефлюкс и диаметр БПВ [6, 7].

Учитывая сберегательный подход при лечении варикозного расширения вен, современная тактика предполагает в этих случаях избирательное удаление пораженных вен [6, 8, 9].

Среди классических хирургических методов существует огромный арсенал малоинвазивных и облитерационных методов лечения, количество которых постоянно увеличивается. Каждый из них имеет свои преимущества и недостатки [3, 6, 9, 10]. Исследование клинической и косметической эффективности результатов использования различных методов лечения изолированного варикозного расширения вен нижних конечностей, а также характера и частоты осложнений, частоты развития рецидивов позволит оценить выбор лечебной тактики при каждой форме поражения.

В настоящее время применяется тактика хирургической коррекции только выявленных патологических вено-венозных рефлюксов [11].

Хирургическое удаление изолированных варикозных притоков, а также малоинвазивные методики и методы облитерации имеют разную клиническую эффективность, что требует изучения



Рис. 1. Классификация изолированного расширения вен при состоятельности клапанов БПВ и МПВ

и определения конкретных показаний для каждого метода в зависимости от формы изолированного варикозного расширения вен нижних конечностей [9].

Изменение взглядов на проблему варикозного расширения поверхностных вен позволит разработать тактические подходы и показания для различных видов хирургического и малоинвазивного лечения, а также для методов облитерации, классифицировать формы поражения при изолированном варикозном расширении вен.

Целью работы явилось изучение эффективности различных методов лечения изолированного варикозного расширения вен при сохранении компетентности магистральных подкожных вен.

### Материал и методы

С 2004 по 2014 г. по поводу варикозной болезни пролечено 2287 больных. Из них у 231 (10,1%) было диагностировано изолированное варикозное расширение вен. При этом основные стволы БПВ и МПВ подкожных вен были интактными, отсутствовала варикозная трансформация и несостоятельность остиальных клапанов подкожных магистральных вен.

Проведя анализ имеющихся вариантов поражения, мы разработали этиоанатомическую классификацию изолированного расширения вен при со-

стоятельности клапанов БПВ и МПВ. Она построена на принципе определения бассейна впадения варикозных притоков, которые подразделялись на сафенные, нессафенные и сочетанные варианты их впадения (рис. 1). Таким образом, все больные с изолированным варикозным расширением поверхностных венозных притоков были подразделены в зависимости от бассейна или анатомического варианта их впадения. Сафенные венозные притоки характеризуются непосредственным впадением в БПВ на различных уровнях.

Несафенные притоки впадали непосредственно в бассейн глубокой венозной системы, перфорантные вены или в сафенные притоки. Например, ягодичные и вальвулярные поверхностные вены являются нессафенными притоками и относятся к венозной системе таза и непосредственно к бассейну внутренней подвздошной вены.

Сафенные притоки подразделялись на медиальный дополнительный приток БПВ, переднелатеральный приток БПВ, заднюю венозную дугу БПВ на голени, переднюю венозную дугу БПВ на голени, проксимальный приток МПВ и др.

К нессафенным притокам относились ягодичные и вальвулярные поверхностные вены, которые являлись притоками венозной системы таза из бассейна внутренней подвздошной вены. Заднелатеральная и задненижняя вены бедра и подколенной ямки относятся к атипичным перфорантным венам.

Венозные притоки типичных перфорантных вен на бедре Додда, Понтера и на голени Бойда, Шермана, Коккета и др. по локализации распределяются следующим образом: согласно предложенной нами классификации все больные были разделены на три группы в зависимости от вида пораженных притоков по бассейну впадения и подгруппы с уточнением их локализации (табл. 1).

Из 231 больного у 83 (35,9%) пациентов были различные этиологические варианты изолированных варикозных сафенных притоков, из которых у 67 (80,7%) больных – к БПВ, у 16 (19,3%) – к МПВ.

Несафенные виды притоков были выявлены у 127 (55%) пациентов. Из них притоки бассейна глубокой венозной системы таза и ягодичной области имелись у 19 (8,2%) больных, интактных сафенных притоков – у 12 (5,2%). У остальных

96 (41,5%) больных имелись варикозные притоки перфорантных вен с несостоятельными клапанами. Сочетанный вид поражения выявлен у 21 (9,1%) больного, когда изолированный варикозный приток соединялся с двумя или несколькими поверхностными сосудистыми бассейнами, то есть с БПВ, МПВ и одной или несколькими перфорантными венами (см. табл. 1).

Для лечения изолированного варикозного расширения вен использовались методы классической, малоинвазивной хирургии и склеротерапии (табл. 2).

Из 231 больного с изолированным нестволовым варикозным расширением притоков у 28 (12,2%) была выполнена минифлебэктомия изогнутым крючком Мюллера, флебэктомия притока по Нарату – у 31 (13,4%), склерозирование микропенным склерозирующим препаратом – в 109 (47,2%)

Таблица 1

**Распределение больных с изолированным варикозным расширением вен по этиологическим видам и полу**

Группа. Вид варикозных притоков	Подгруппа. Бассейн впадения варикозных притоков	Пол		Итого...
		мужской	женский	
Сафенные притоки	БПВ и МПВ с первичным рефлюксом	16	67	83
Несафенные притоки	Бассейн глубокой венозной системы	5	14	19
	Интактные сафенные притоки	4	8	12
	Несостоятельные перфорантные вены	14	82	96
Сочетанные	Соединение венозного притока с различными бассейнами	9	12	21
Всего...		48 (20,8%)	183 (79,2%)	231 (100%)

Таблица 2

**Распределение больных по методам лечения и этиологическим видам изолированных варикозных притоков**

Метод лечения	Вид варикозных притоков					Итого...
	Сафенные	Несафенные			Сочетанный	
	БПВ и МПВ с первичным рефлюксом	бассейна глубокой венозной системы	интактных сафенных притоков	несостоятельных перфорантных вен	соединение притока с различными бассейнами	
Минифлебэктомия	9	10	3	2	4	28
Флебэктомия притоков по Нарату	2	5	4	9	11	31
Склерозирование притоков различных локализаций	8	4	5	–	3	20
Склерозирование перфоранта и его притоков	–	–	–	11	3	14
Прецизионное разобщение перфоранта и удаление притока по Нарату	–	–	–	34	–	34
Прецизионное разобщение перфоранта и склерозирование	–	–	–	40	–	40
Прецизионная кроссэктомия притока БПВ и удаление притока по Нарату	29	–	–	–	–	29
Прецизионная кроссэктомия притока БПВ и склерозирование	35	–	–	–	–	35
Всего...	83	19	12	96	22	231 (100%)

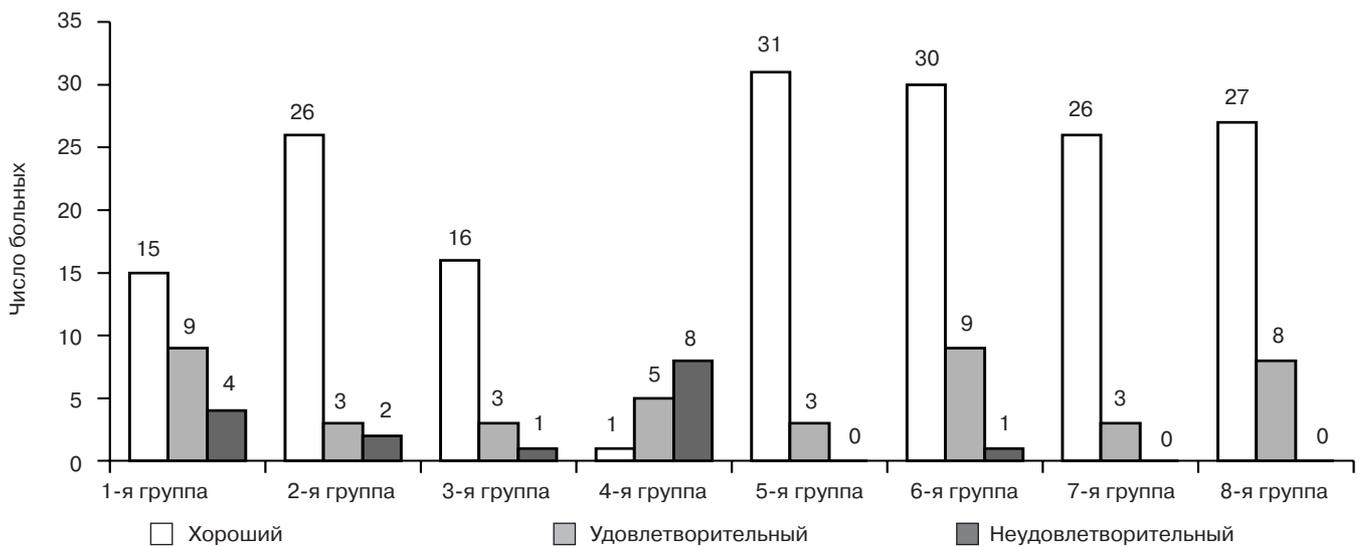


Рис. 2. Дифференцированные результаты лечения относительно каждой группы лечения

случаях, из которых у 20 (18,3%) притоков различных локализаций и 14 (12,8%) перфорантных вен. У 75 (68,8%) склерозирование производили после преустьевого пересечения притока или реципиентной перфорантной вены (табл. 2). Для этого проводили ультразвуковое картирование области впадения варикозного притока или перфорантной вены. У 63 (27,3%) больных использовали тактику прецизионного пересечения перфорантной вены или кроссэктомии притока и его хирургическое удаление по Нарату (см. табл. 2).

Для сравнительной оценки результатов лечения мы использовали собственные критерии эффективности лечения изолированных венозных притоков:

– хороший результат – отсутствие вены, отсутствие косметических изменений и клинических симптомов;

– удовлетворительный – частичный рецидив варикоза, резидуальный или реканализация отдельных сегментов вены, культя притока, наличие тромбированной вены, склерозированного тяжа. Косметические изменения – гиперпигментация кожи, множественные рубцы и др.;

– неудовлетворительный – полный рецидив, наличие варикозного притока в результате неэффективности лечения: технических ошибок, резидуальных притоков или реканализации вены.

При анализе результатов по методам лечения использовался отдельный дифференцированный подход, который заключался в определении процентного эффекта от каждого вида операции, принятого за 100%. Для оптимизации оценки эффективности методов лечения по принятым нами критериям решено пользоваться терминами «положительный результат» и «отрицательный результат». К положительному результату были отнесены все случаи с хорошим и удовлетворительным ис-

ходом, а к отрицательному – с неудовлетворительным.

Сравнительный анализ результатов позволит определить эффективность различных методов лечения при изолированном варикозном расширении вен. Для этого использовался примитивный метод определения эффективности по критериям лечения в процентном отношении от каждого вида операции, принятого за 100%.

## Результаты

Оценка результатов лечения проводилась в отдаленном периоде по количеству резидуального варикоза или реканализации патологической вены и косметическим изменениям при каждом виде лечения. Для этого использовались разработанные нами критерии эффективности лечения изолированного варикозного расширения притоков различной этиологии. Дифференцированные результаты лечения относительно каждой группы лечения изолированных варикозных притоков представлены в зависимости от метода на рисунке 2.

При микрофлебэктомии резидуальный варикоз имелся у 9 (32,1%) пациентов, а косметические результаты были в виде множественных мелких рубцов на коже. После флебэктомии по Нарату остатки варикозного расширения вен были выявлены у 3 (9,6%) больных. Визуально на коже имелись отдельные рубцы длиной до 1 см, внешний вид конечности удовлетворителен.

В группе больных с изолированным склерозированием микропенным препаратом реканализация вены наблюдалась в 5% случаев, а при склерозировании в группе перфорантных вен – в 57,1% случаев.

После склерозирования притока обычно на коже в проекции склерозированной вены имелась

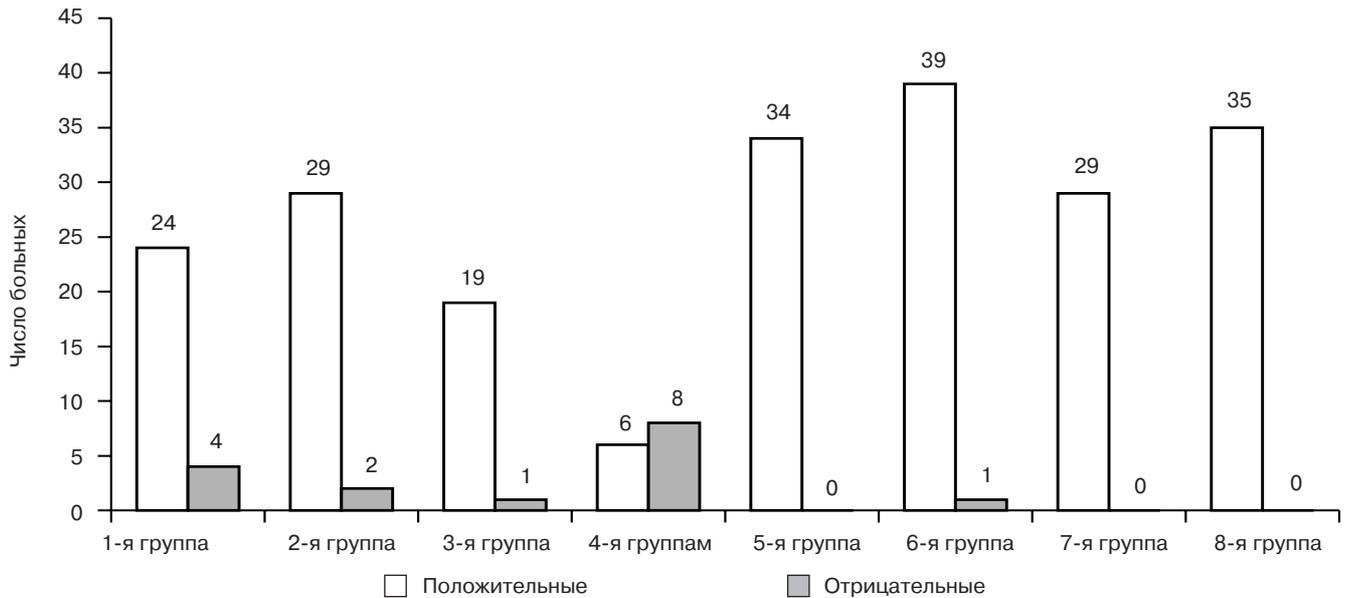


Рис. 3. Соотношение эффективности результатов лечения с использованием различных методов по группам

пигментация кожи и уплотнение по ходу вены даже при хорошей локальной компрессии с валиком. Косметический результат в этих случаях считали удовлетворительным. В случае ультразвукового выявления перфорантных вен и их прецизионного надфасциального хирургического пересечения рецидива варикоза в области перфоранта не наблюдалось ни в одном случае (см. рис. 2). В 1 (2,5%) случае результат признан неудовлетворительным, когда был выявлен резидуальный рецидив варикозного расширения притока после прецизионного разобщения перфоранта и удаления притока по Нарату. В группе прецизионной кросэктомии притока склерозирования или удаления по Нарату неудовлетворительных результатов не было.

Положительные результаты были получены в 93,1%, а отрицательные – в 6,9% случаев. На рисунке 3 представлено распределение соотношения эффективности результатов лечения с использованием различных методов по группам.

После склерозирования сафенных притоков у 8 больных было установлено, что склерозирующий препарат, поступающий из притока в БПВ привел к разной степени флебита стенки вены у 5 пациентов, а в 3 случаях наблюдался пристеночный тромбоз вены. В то же время во всех случаях был достигнут эффект склерозирования варикозного притока.

### Обсуждение

Систематизация и изучение частоты выявления различных форм изолированного варикозного расширения венных притоков различной этиологии в аспекте современных взглядов на тактику использования малоинвазивных методов их лечения

является важной задачей и нуждается в решении [4, 6, 9].

Методы устранения изолированного варикозного расширения вен нижних конечностей в виде притоков магистральных и перфорантных вен должны иметь патогенетическое обоснование и высокую косметическую эффективность при низком риске развития тромбоза глубоких вен и рецидивов [7].

На современном этапе развития диагностики и лечения варикозной болезни нижних конечностей появилось большое количество методов флебэктомии и склерооблитерации, которые основаны на малоинвазивном принципе лечения. Использование венозного материала нижних конечностей для реконструктивных операций в артериальной и коронарной хирургии насуточно диктует бережное отношение к этому виду ауто трансплантатов [9]. Эра поголовного удаления поверхностных вен при выявлении варикозного расширения отдельных венозных притоков уходит в прошлое. На современном этапе применения ультразвукового дуплексного сканирования с детализацией всех варикозных расширенных вен возможно определить источники и распространенность венозного рефлюкса для каждой патологической вены.

На основании прецизионной ультразвуковой диагностики варикозного расширения вен установлено, что существуют различные варианты поражения поверхностной венозной системы нижних конечностей. Помимо классической варикозной болезни с наличием рефлюкса по магистральным поверхностным венам имеется изолированное варикозное расширение венозных притоков из магистральных или перфорантных вен при сохранении функции клапанов большой и малой под-

кожных вен [4, 11]. С учетом сберегательного подхода при лечении варикозного расширения вен современная тактика предполагает в этих случаях избирательное удаление пораженных вен. Среди классических хирургических методов существует огромный арсенал малоинвазивных и облитерационных методов лечения, количество которых постоянно увеличивается [3, 6, 10]. Каждый из них имеет свои преимущества и недостатки. Исследование клинической и косметической эффективности результатов с использованием различных методов лечения изолированного варикозного расширения вен нижних конечностей, а также характера и частоты осложнений и развития рецидивов позволит оценить выбор лечебной тактики при каждой форме поражения.

Хирургическое удаление изолированных варикозных притоков, а также малоинвазивные методики и методы облитерации имеют разную клиническую эффективность, что требует изучения и определения конкретных показаний для каждого метода в зависимости от формы изолированного варикозного расширения вен нижних конечностей.

Изменение взглядов на проблему варикозного расширения поверхностных вен позволит разработать тактические подходы и показания для различных видов хирургического и малоинвазивного лечения, а также для методов облитерации, классифицировать формы поражения при изолированном варикозном расширении вен.

Результаты лечения показывают различную эффективность классических и малоинвазивных методов, а также свидетельствуют о необходимости дифференцированного подхода к выбору метода лечения в зависимости от вида варикозного притока.

Доказано, что склерозирование перфорантных вен более чем в 50% случаев не дает эффекта. Доказано, что склерозирование сафенных варикозных притоков приводит к флебиту БПВ и даже к пристеночному тромбозу. В результате возможность использования БПВ для шунтирующих операций становится сомнительной. Тактика прецизионной кроссэктомии варикозного притока с последующим его склерозированием исключает подобное осложнение и позволяет сохранить БПВ для шунтирования при реконструктивных операциях на артериях конечностей и коронарных сосудах.

Все это свидетельствует о важности правильного выбора метода лечения в зависимости от этиологического вида варикозного притока. Разработанный и описанный в статье принцип предварительного прецизионного пересечения венозного притока или перфорантной вены с последующим хирургическим удалением или склерозированием притока дает наилучшие результаты и позволяет предотвратить повреждение магистральных поверхностных вен.

## Выводы

При изолированном варикозном расширении вен используются классические и малоинвазивные методы лечения, каждый из которых имеет свои преимущества и недостатки. Полноценное сохранение ствола БПВ возможно только при хирургическом пересечении пораженного варикозного притока. Основные принципы сберегательной флебэктомии заключаются в использовании тактики и методов лечения, которые позволяют сохранить ствол БПВ для шунтирующих операций в сердечно-сосудистой хирургии.

Изолированное варикозное расширение вен сопровождается локальным поражением поверхностной венозной системы.

В концепции сберегательной хирургии лечение не требует выполнения флебэктомии стволов БПВ или МПВ.

Для сафенных и перфорантных притоков методом выбора является прецизионное пересечение варикозной вены в устье с последующим склерозированием или хирургическим удалением.

Для сохранения интактности БПВ рекомендуется использовать метод прецизионного пересечения сафенного притока в области его соединения с БПВ с последующим его механическим удалением или склерозированием.

## Литература

1. Кириенко А.И., Золотухин И.А., Юмин СМ., Селиверстов Е.И. Варикозная болезнь нижних конечностей у женщин и мужчин: данные проспективного обсервационного исследования СПЕКТР. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2012; 18: 65–8.
2. Бурлева Е.П., Бурлева Н.А. Российская обсервационная программа СПЕКТР: анализ возрастной структуры пациентов с хроническими заболеваниями вен. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2013; 19: 67–73.
3. Беленцов С.М. Миниинвазивная хирургия варикозной болезни нижних конечностей (литературный обзор). *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2009; 15 (1): 85–90.
4. Labropoulos N., Kang S.S., Mansour M.A., Giannoukas A.D., Buckman J., Baker W.H. Primary superficial vein reflux with competent saphenous trunk. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 1999; 18: 201–6.
5. Pittaluga P., Chastanet S., Rea B., Barbe R. Midterm results of the surgical treatment of varices by phlebectomy with conservation of a refluxing saphenous vein. *J. Vasc. Surg.* 2009; 50: 107–18.
6. Золотухин И.А. Удаление варикозно-измененных притоков большой подкожной вены приводит к исчезновению, рефлюкса по ее стволу (предварительные результаты проспективного исследования). *Флебология*. 2014; 8 (2): 38.
7. Pittaluga P., Chastanet S., Locret T., Barbe R. The effect of isolated phlebectomy on reflux and diameter of the great saphenous vein: A prospective study. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 2010; 40 (1): 122–8.
8. Mendoza E. CHIVA 1988–2008: review of studies on the CHIVA method and its development in different countries. *Gefasschirurgie*. 2008; 13: 249–56.
9. Малинин А.А. Эффективность различных методов лечения изолированного варикозного расширения вен в аспекте сберегательной хирургии. *Флебология*. 2014; 8 (2): 45.
10. Макарова Н.П. Сравнительная оценка малоинвазивных методов лечения варикозной болезни нижних конечностей. *Флебология*. 2014; 8 (2): 44.
11. Крылов А.Ю. Комплексное лечение основных заболеваний поверхностной венозной системы нижних конечностей: Автореф. ... дис. канд. мед. наук. М.; 2010.

## References

1. Kirienko A.I., Zolotukhin I.A., Yumin C.M., Seliverstov E.I. Varicose disease of the lower extremities in women and men: data from prospective observational studies RANGE. *Angiologiya i sosudistaya khirurgiya*. 2012; 18: 65–8 (in Russian).
2. Burleva E.P., Burleva N.A. Russian observational Program RANGE: analysis of the age structure of patients with chronic illnesses veins. *Angiologiya i sosudistaya khirurgiya*. 2013; 19: 67–73 (in Russian).
3. Belentsov S.M. Minimally invasive surgery of varicose disease of lower limbs (Review). *Angiologiya i sosudistaya khirurgiya*. 2009; 15 (1): 85–90 (in Russian).
4. Labropoulos N., Kang S.S., Mansour M.A., Giannoukas A.D., Buckman J., Baker W.H. Primary superficial vein reflux with competent saphenous trunk. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 1999; 18: 201–6.
5. Pittaluga P., Chastanet S., Rea B., Barbe R. Midterm results of the surgical treatment of varices by phlebectomy with conservation of a refluxing saphenous vein. *J. Vasc. Surg.* 2009; 50: 107–18.
6. Zolotukhin I.A. Removing varicose-modified tributaries of the great saphenous vein leads to the disappearance of reflux in its trunk (preliminary results of a prospective study). *Flebologiya*. 2014; 8 (2): 38 (in Russian).
7. Pittaluga P., Chastanet S., Locret T., Barbe R. The effect of isolated phlebectomy on reflux and diameter of the great saphenous vein: A prospective study. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 2010; 40 (1): 122–8.
8. Mendoza E. CHIVA 1988–2008: review of studies on the CHIVA method and its development in different countries. *Gefasschirurgie*. 2008; 13: 249–56.
9. Malinin A.A. The effectiveness of various methods of treatment of isolated varicose veins in the aspect of saving surgery. *Flebologiya*. 2014; 8 (2): 45 (in Russian).
10. Makarova N.P. Comparative evaluation of minimally invasive methods treatment of varicose disease of the lower extremities. *Flebologiya*. 2014; 8 (2): 44 (in Russian).
11. Krylov A.Yu. Comprehensive treatment of major diseases on the surface of the venous system of the lower extremities. *Med. Sci. Diss.* Moscow; 2010 (in Russian).

Поступила 25.03.2015

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616.136.42-089.49:616.411-089.87

## СОХРАНЕНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ ПУТЕМ ПЕРЕВЯЗКИ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ ПО ПОВОДУ ЯТРОГЕННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ГАСТРЭКТОМИИ

*Р.Б. Байрамов\**, *Р.Т. Абдуллаева*, *С.Э. Гусейнова*

Азербайджанский медицинский университет, AZ1022, Баку, Азербайджан

**Цель.** Изучены результаты перевязки селезеночной артерии в ее дистальном отделе по поводу сильного паренхиматозного кровотечения из-за глубокого ятрогенного разрыва паренхимы селезенки при гастрэктомии, которое не поддавалось другим доступным методам коагуляции.

**Материал и методы.** У одного больного с повреждением селезенки I степени и у 5 больных – II степени вследствие неэффективности других методов остановки кровотечения селезеночная артерия была перевязана в ее дистальном отделе капроновой нитью 2/0. У 4 больных селезеночная артерия была перевязана на расстоянии 3–4 см от ворот селезенки, у 2 больных – 1–3 см.

**Результаты.** У всех 6 больных кровотечение было остановлено удачно с сохранением селезенки, и послеоперационный период был характерным для гастрэктомии, без особенностей. Случаев осложнений и смерти не наблюдалось.

\* Байрамов Рамиз Бахтияр оглы, доктор мед. наук, профессор. E-mail: ramizbayramov@gmail.com  
Азербайджан, AZ1022, Баку, ул. 3. Алиева, 26/28.