

Мы провели анализ хирургического лечения у 68 пациентов (74 нижних конечности), страдающих варикозной болезнью в стадии ее декомпенсации, которые находились на лечении в отделении сосудистой хирургии Иркутской государственной ордена «Знак Почета» областной клинической больницы с 2000 по 2005 гг. Нами выделены 2 группы больных. В основную группу включены 48 пациентов (52 нижних конечности), которым выполнялось устранение вертикального и горизонтального веновенозного сброса одновременно, с применением субфасциальной диссекции перфорантных вен (СФДПВ) из минимизированного доступа на голени. В группу клинического сравнения включены 20 пациентов (22 нижних конечности), которым выполнялась классическая операция Линтона с целью устранения

горизонтального (перфорантного) вено-венозного сброса.

При выполнении СФДПВ из мини доступа осложнения наблюдались в 3-х случаях (5,7 %), при выполнении стандартной операции Линтона — в 6 случаях (27,2 %). В основной группе койко-день составил 7–9 суток, в контрольной — 12–14 суток.

Таким образом, хирургическое лечение больных варикозной болезнью в стадии ее декомпенсации с применением СФДПВ из минимизированного доступа является радикальным и малотравматичным методом устранения перфорантного сброса. Данная методика позволяет значительно уменьшить число послеоперационных осложнений, сократить сроки пребывания больного в стационаре, а так же получить хороший косметический эффект и тем самым улучшить качество жизни пациентов.

Р.Е. Мешкова, С.Н. Очиров, Ж.Б. Мункуев, Б.А. Дониров, Л.Э. Гылыков, П. Батчулуун

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

АКТУАЛЬНОСТЬ

Варикозная болезнь нижних конечностей встречается у 20–25 % трудоспособного населения развитых стран мира и является одним из самых распространенных заболеваний сосудистой системы (Кириенко А.И., 1996). Наиболее радикальным и эффективным методом лечения варикозной болезни по праву считается хирургическое вмешательство (Лосев Р.З., 2002). Однако в последние годы в лечении варикозной болезни все большее распространение получает комбинированное использование хирургического вмешательства и склеротерапии. Компрессионная склеротерапия менее травматична, выполняется амбулаторно, не требует ограничения физической активности и обеспечивает хорошие косметические результаты (Шиманко А.И., 2000). Однако ее выполнение требует наличия определенных показаний, к каковым относятся первичное варикозное расширение вен при сохраненной функции клапанного аппарата подкожных и глубоких вен, рецидив варикозной болезни после операции в системе боковых ветвей большой и малой подкожных вен, наличие ретикулярного варикоза и телеангиоэктазий (Стойко Ю.М., 2001).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За 2002–2004 гг. в нашем отделении комбинированное лечение варикозной болезни нижних конечностей получили 57 пациентов (54 женщины и 3 мужчины) в возрасте от 18 до 38 лет. Всем больным предварительно было выполнено ультразвуковое исследование венозной системы нижних ко-

нечностей. В последующем 17 человек получили интраоперационную стволую катетерную склеротерапию по методике Г.Д. Константиновой и Т.В. Алекперовой, из них 3 — с обеих сторон. У 24 пациентов выполнена флебэктомия по Троянову — Бэбкокку и у 16 пациентов — флебэктомия по Троянову. В последующем этим больным также выполнена компрессионная склеротерапия оставшихся варикозных вен. Техника выполнения компрессионной склеротерапии, применяемая в нашей клинике, не имеет принципиальных отличий от общеизвестных. В качестве склерозанта используются препараты «Тромбовар» и «Этоксисклерол», вводимые посредством инсулиновых шприцев. Концентрация вводимого склерозанта зависит от диаметра пунктируемой вены. Для склерозирования чаще применяются 0,3%, 0,5%, 1% растворы «Этоксисклерола» и 3% — «Тромбовара». Режим эластической компрессии сохраняется до 1–1,5 мес.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Больные наблюдались в течение периода времени от 2 месяцев до 3 лет. Критериями качества проведенного лечения явились купирование симптомов венозной недостаточности, отсутствие варикозно расширенных вен и телеангиоэктазий. Ни у одного больного не зарегистрирован рецидив варикозной болезни. У 5 больных при проведении пункционной склеротерапии препаратом «Тромбовар» имели место ограниченные некрозы эпидермиса, чего не отмечено после применения «Этоксисклерола». У 4 пациентов после стволую

склерооблитерации отмечены достаточно болезненные инфильтраты по ходу склерозированной большой подкожной вены, но эти явления быстро купировались назначением физиотерапевтических процедур. Аллергических реакций на введение препарата отмечено не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В нашей республике компрессионная склеротерапия варикозной болезни нижних конечностей выполняется с начала 90-х годов, однако ее результаты не всегда были успешными. Так, в условиях отделения сосудистой хирургии мы столкнулись с частыми рецидивами варикозной болезни после выполненной склеротерапии. После внедрения в клиническую практику ультразвуковой доплерометрии венозной системы нижних конечностей мы получили возможность дифференцированного под-

хода к лечению таких больных. Так, изолированная компрессионная склеротерапия в настоящее время выполняется нами при отсутствии вертикальных и горизонтальных вено-венозных рефлюксов, во всех остальных случаях мы считаем более рациональным проведение комбинированного лечения.

Комбинированное лечение у больных варикозной болезнью нижних конечностей с верхними и нижними вено-венозными рефлюксами представляется экономически обоснованной мерой по оптимизации тактики лечения этой категории больных. Так, улучшаются косметические и клинические результаты лечения, снижается количество как интра-, так и послеоперационных осложнений, предупреждается развитие рецидивов. В качестве препарата выбора может быть рекомендован «Этоксисклерол» как наиболее адекватный и отвечающий необходимым требованиям.

И.В. Шаламова, А.Г. Кузнецов, В.Ф. Негрей

МЕСТО КОМПРЕССИОННОЙ СКЛЕРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Государственный институт усовершенствования врачей (Иркутск)

Исследованы результаты компрессионной склеротерапии (КС) у 101 пациента с варикозной болезнью (ВБ) нижних конечностей. У 70 из них КС выполнена в клинике хирургии сосудов, а у 31 пациента в лечебных учреждениях Иркутской области и Республики Бурятия. Для выявления патологических вено-венозных рефлюксов и объективной оценки результатов лечения применяли ультразвуковую доплерографию и дуплексное сканирование. В качестве самостоятельного метода лечения КС выполнена у 23 из 70 пациентов (32,8 %) с 1 стадией ХВН (классификация СЕАР), в послеоперационном периоде после хирургического устранения патологических рефлюксов — у 43 больных 2 — 5 стадии ХВН (61,4 %). У 4 (5,7 %) пациентов с тяжелой сопутствующей патологией и отказавшихся от хирургического лечения КС использована для профилактики рецидивов кровотечения из варикозных вен.

При проведении КС применяли пункционную технику, использовали препараты, относящиеся к группе детергентов: Fibro-Vein и Aethoxysclerol в концентрациях 0,5 — 3 % в зависимости от диаметра вены. С целью изучения клинического и эстетического результатов применяли оригинальную 4-балльную методику оценки. У больных, обратившихся к нам по поводу осложнений КС из других клиник, оценивались анамнез, имеющаяся медицинская документация и данные клинического и инструментального обследования на момент осмотра.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Сроки наблюдения составили от 2 до 5 лет. Все 70 пациентов, получившие лечение в условиях специализированной клиники КС имели отличные (93 %) и хорошие (7 %) ближайшие и отдаленные клинические и эстетические результаты. Общие ваго-вазальные реакции на введение склерозанта, проявившиеся повышенной потливостью и головокружением, наблюдали в 3 случаях. Осложнения КС в виде стойкой пигментации, сохранявшейся до 6 месяцев — у 2 пациентов и постинъекционные телеангиэктазии — в 1 случае. Последние устранены с применением микросклеротерапии.

У 31 пациента, обратившегося в клинику в связи с осложнениями КС, выполненной в других лечебных учреждениях, выяснено, что инструментальные методы диагностики применялись лишь в 1 случае (3 %). Среди осложнений преобладали некрозы кожи — 7 (22,5 %) случаев и стойкая обширная пигментация кожи — 6 (19,4 %), локальный тромбофлебит варикозно расширенных вен — 11 (35,5 %), восходящий тромбофлебит — 12 (38,7 %), в том числе с тромбозом сафено-бедренного соустья, флотирующим тромбом в бедренной вене — 9 (29 %) и угрозой развития тромбоза магистральных вен и ТЭЛА. Рецидив варикозной болезни имел место у 28 пациентов (90,3 %). Пациентам этой группы после обследования была выполнена экстренная операция тромбэктомии из бедренной вены, лигирование устья большой подкожной вены для профилактики ТЭЛА, а в последующем — флебэктомия.