

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД У ПОДРОСТКОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

И. В. Доронин¹, С. В. Минаев¹, Я. И. Суходолов²¹ Ставропольский государственный медицинский университет² Краевая детская клиническая больница, Ставрополь

Вопросам диагностики и лечения варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК) у взрослых уделено достаточно большое внимание [1,6,7], тогда как проблеме раннего выявления первых признаков хронических заболеваний вен (ХЗВ) и выбора лечебной тактики у детей посвящены единичные публикации [9, 10]. Вместе с тем у детей и подростков признаки венозных заболеваний наблюдаются в большом проценте случаев. У большинства детей (до 96 %), имеющих хронические заболевания вен, отмечали различную патологию поверхностных вен у родителей.

Венозные заболевания у молодых людей прогрессируют незаметно [9]. Ультразвуковое ангиосканирование (УЗАС), проведенное у немецких школьников в возрасте от 10 до 12 лет, выявило у 3 % рефлюкс поверхностных вен, а при повторном обследовании того же коллектива через 4 года (от 14 до 16 лет) – уже у 10 %. Считается, что в основе данного заболевания лежат дисбаланс коллагена I и III типов, дисплазия соединительной ткани, степень выраженности которых определяет возникновение и интенсивность прогрессирования патологического процесса [3, 5, 10]. На начальном этапе формирования ХЗВ у детей основную роль играет изменение венозного оттока [2, 8].

В детских поликлиниках на медицинских осмотрах практически не уделяется внимание данной патологии, и вопросы ранней диагностики, лечения и профилактики хронической венозной недостаточности (ХВН) у детей остаются не решенными до настоящего времени. Все вышеизложенное свидетельствует об актуальности проблемы и необходимости внедрения современных методик диагностики и лечения ВБНК в практику детского хирурга.

Целью данного исследования являлась разработка лечебно-диагностического подхода у подростков с варикозной болезнью нижних конечностей.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 136 детей и подростков с варикозной болезнью нижних конечностей за период с 2007 по 2009 год.

Доронин Игорь Владимирович,
аспирант кафедры детской хирургии
с курсом анестезиологии и реаниматологии
Ставропольского государственного медицинского университета;
тел.: 8(8652)357769;
e-mail: ronin-st@yandex.ru

Минаев Сергей Викторович,
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой детской хирургии
с курсом анестезиологии и реаниматологии
Ставропольского государственного медицинского университета;
тел.: 8(8652)357769; e-mail: sminaev@yandex.ru

Суходолов Ярослав Игоревич,
врач-хирург ДХО № 2 ГБУЗ СК «Краевая детская клиническая
больница», г. Ставрополь;
тел.: 8(8652)356268; e-mail: Yarozz@mail.ru

Возраст больных – от 12 до 18 лет, мальчиков было 64, девочек – 72. По клинической стадии варикозной болезни все больные распределились следующим образом: C0 – 34 пациента, C1 – 67, C2 – 35. Оценка результатов лечения проводилась по клиническим (жалобы, анамнестические и физикальные данные) и инструментальным данным (ультразвуковое ангиосканирование нижних конечностей). Ультразвуковое ангиосканирование проводили в клиностазе, ортостазе, на фоне пробы Вальсальвы и компрессионных проб на ультразвуковом сканере «ESAOTE MyLab15» с много-частотным линейным датчиком 7–12 МГц и цветовым картированием кровотока. Оценивали следующие параметры: 1) протяженность и характер структурных изменений магистральных поверхностных вен и их притоков; 2) вариабельность диаметра венозных сосудов, их анатомические взаимоотношения (топографическая анатомия) и функциональные взаимосвязи; 3) венозная флебогемодинамика, наличие и степень патологического рефлюкса в магистральных венах и перфорантах.

Лечебная тактика строилась следующим образом. В группе пациентов C0-1 консервативный этап лечения включал медикаментозное лечение, назначением диосмина (Детралекса) и компрессионное лечение (лечебный компрессионный трикотаж), изменение характера нагрузок (бассейн, режим обучения и отдыха). При наличии положительного эффекта и отсутствии ухудшения (в течение 6 месяцев) осуществляли дальнейшее наблюдение пациентов 1 раз в 3 месяца. При отрицательной динамике переходили к активной тактике – инвазивному лечению. В группе пациентов C2 наряду с консервативным лечением осуществляли оперативное (кроссэктомия, короткий стриппинг, минифлебэктомия).

Результаты и обсуждение. Ультразвуковое сканирование нижних конечностей выявило неостоятельность остальных клапанов сафено-фemorального и сафено-поплитеального соустьев у 15,4 % детей.

УЗАС, проведенное в клиностазе и ортостазе, а также на фоне пробы Вальсальвы и компрессионных проб, выявило не только патологические изменения сосудов, но и локализацию с протяженностью рефлюкса (рис. 1, 2).

Консервативное лечение у подростков с ВБНК (C0s и C1a) начинали с коррекции образа жизни: регулярной гимнастики и плавания, контроля массы тела, ношения свободной одежды, удобной обуви на устойчивом каблучке, ежедневного гигиенического и контрастного душа. Детралекс применяли по 15 мг/кг/сут. курсами 2 месяца 2 раза в течение года. Использовали лечебную эластическую компрессию (18,4–22,1 мм рт. ст. – 1 класс компрессии).

При неэффективности консервативного лечения и наличии признаков ВБНК (C1s, C2a, C2s) переходили к оперативному лечению.



Рис. 1. УЗАС многочастотным линейным датчиком 7–12 МГц с цветным картированием кровотока в ортостазе. Несостоятельность терминального и претерминального клапанов СФС слева при проведении пробы Вальсальвы



Рис. 2. УЗАС многочастотным линейным датчиком 7–12 МГц с цветным картированием кровотока в клиностазе. Увеличение диаметра малой подкожной вены слева более 0,9 см

Из используемых на сегодняшний день методик лечения ВБНК выполняли Foam-Form флосклерозирование по методике Tessari у 38 детей, селективную минифлебэктомию у 14 и кроссэктомию в сочетании со стриппингом и минифлебэктомией у 21 пациента. У 7 больных в послеоперационном периоде выполнялось послеоперационное флосклерозирование по традиционной методике. Рецидив ВБНК отмечался после флосклерозирования у 3 пациентов. Причиной неудовлетворительных результатов являлось возобновление кровообращения (реканализация) в бассейне большой подкожной вены (диаметр около 1,0 см). Субъективные ощущения в виде чувства тяжести

и дискомфорта в области оперированной конечности имели место у 2 пациентов через 2 года после оперативного лечения и были связаны с изменением нагрузки (функциональная ортостатическая флебопатия).

Примененный лечебно-диагностический подход позволил в 80,7 % случаев добиться хорошего, 16,1 % удовлетворительного и 3,2 % – неудовлетворительного результатов лечения у детей с ВБНК.

В результате проведенного обследования было определено, что на ранних стадиях варикозной болезни, ультразвуковое исследование выявляет преимущественно изолированный патологический рефлюкс в притоках большой и малой подкожных вен на голени или бедре, а также в сегментах большой и малой подкожных вен при отсутствии истинных аксиальных «высоких» венозных сбросов. Эти результаты предоставляют возможность уменьшить объем оперативного вмешательства за счет сохранения фрагментов венозных стволов, в которых отсутствуют патологические изменения. Большую роль в определении объема и уменьшении количества рецидивов ВБНК сыграло проведение ультразвукового картирования непосредственно перед операцией и ЭХО-контроль во время склеротерапевтических процедур.

Выводы

1. Ранняя диагностика ВБНК, включающая ультразвуковое ангиосканирование, позволяет своевременно определить дальнейшую тактику лечения и диспансерного наблюдения детей и подростков в группах риска.
2. Использованный в работе лечебно-диагностический подход позволил в 80,7 % случаев добиться хорошего результата лечения у детей с ВБНК.

Литература

1. Богачев, В.Ю. Новые данные о хронической венозной недостаточности: от эпидемиологии к лечению / В.Ю. Богачев // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2002. – Т. 8, № 2. – С. 119–122.
2. Золотухин, И.А. Как отражаются наши знания об этиологии и патогенезе ХВН на лечебной программе / И.А. Золотухин // Сателлитный симпозиум: «ХВН как заболевание сердечно-сосудистой системы» в рамках 12-го Конгресса «Человек и лекарство». – М., 2005. – С. 11–13.
3. Игнатъев, И.М. Значение венозного тонуса в диагностике варикозной болезни / И.М. Игнатъев, Р.А. Бредихин, С.Ю. Ахунова // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – М., 2002. – № 4. – С. 76–81.
4. Поляев, Ю.А. Клиническая оценка применения микронизированного диосмина (Детралекс) при первичных лимфатических отеках у детей / Ю.А. Поляев [и др.] // Современные проблемы стационарной помощи детям : материалы научно-практической конференции, посвященной 20-летию РДКБ. – М., 2005. – С. 54.

5. Цуканов, Ю.Т. Варикозная болезнь нижних конечностей как следствие дисплазии соединительной ткани / Ю.Т. Цуканов, А.Ю. Цуканов // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2004. – Т. 10, № 2. – С. 84–89.
6. Швальб, П.Г. Диагностический и лечебный алгоритмы при хронической венозной недостаточности / П.Г. Швальб // Стандарты диагностики и лечения хронической венозной недостаточности : мат. V конф. ассоциации флебологов России. – М., 2004. – С. 23–25.
7. Antignani, P.L. Анализ классификаций хронической венозной недостаточности нижних конечностей / P.L. Antignani // Рефераты симпозиума в рамках XIV Всемирного конгресса Международного союза флебологов. 9–14 сентября 2001 года, Рим, Италия. – М. : «Митра-Пресс», 2001. – С. 16.
8. Caggiati, A. Segmental hypoplasia of the great saphenous vein and varicose disease / A. Caggiati, E. Mendoza // Europ. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 2004. – Vol. 28, № 3. – P. 257–261.
9. Cavezzi, A. Удаление притоков и склеротерапия с помощью склерозирующих средств в виде пены большой подкожной вены ноги на втором этапе / A. Cavezzi // Флебология. – 2004. – Т. 22. – С. 8.
10. Ramelet, A.A. Варикозные вены и телеангиоэктазии / A.A. Ramelet, P. Kern, M. Perrin ; пер. с франц. под ред. Т.В. Алекперовой. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – С. 288.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД У ПОДРОСТКОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

И. В. ДОРЕНИН, С. В. МИНАЕВ,
Я. И. СУХОДОЛОВ

Проанализированы результаты диагностики и лечения 136 детей и подростков с ВБНК. В соответствии с классификацией CEAP определили степень варико-за: C0 – 34 пациента, C1 – 67, C2 – 35. Выбор стратегии и тактики лечения, а также эффективность лечебных действий у больных с варикозной болезнью зависели от своевременной диагностической программы, клинико-анатомической формы заболевания и предполагали применение современных методик консервативного и оперативного лечения. Примененный лечебно-диагностический подход позволил в 80,7 % случаев добиться хорошего результата лечения у детей с ВБНК.

Ключевые слова: варикозная болезнь, нижние конечности, лечебно-диагностическая тактика, дети

MEDICAL-DIAGNOSTIC APPROACH IN ADOLESCENTS WITH LOWER LIMB VARICOSITY

DORONIN I. V., MINAEV S. V.,
SUKHODOLOV Y. I.

The results of diagnosis and treatment of 136 children and adolescents with lower limb varicosity. According to the CEAP classification of the degree of varices were as follows: C0 – 34 patients, C1 – 67 C2 – 35. The choice of treatment strategy and tactics, as well as the effectiveness of therapeutic action in patients with varicose veins depended on timely diagnostic program, clinical and anatomical forms of the disease according to the CEAP classification, and suggested the use of modern techniques of conservative and surgical treatment in children and adolescents. Applied Medical-Diagnostic approach allowed in 80.7 % of cases to achieve a good outcome of treatment in children with lower limb varicosity.

Keywords: varicose veins, lower extremity, therapeutic and diagnostic tactics and children

© Р. Р. Курбанисмаилова, Р. Т. Меджидов, 2013
УДК 616.366-003.7-053.9-089.879

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Р. Р. Курбанисмаилова, Р. Т. Меджидов

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала

Проблема лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ) и, особенно, ее осложнений у больных старческого возраста до настоящего времени остается одной из актуальных задач хирургии [1, 3]. Многообразие существующих методов лечения осложненной ЖКБ делает не-

легкой задачу индивидуального выбора лечения заболевания в каждом конкретном случае [3, 4]. Возраст больного не является противопоказанием к оперативному пособию, однако характер инволютивных изменений органов и систем у лиц старшей возрастной группы заставляет рассматривать эту категорию больных как наиболее неблагоприятную в плане развития осложнений и требующую адекватной предоперационной подготовки [2, 6].

У больных старческого возраста значительно чаще развиваются деструктивные формы острого холецистита (ОХ) с высокой частотой осложнений и летальностью. С внедрением в практику малоинвазивных хирургических технологий появились возможности снизить эти показатели [2, 5, 7, 8].

Курбанисмаилова Рахимат Рамазановна,
аспирант кафедры общей хирургии
Дагестанской государственной медицинской академии;
тел.: 89288781280

Меджидов Расул Тенчаевич,
доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой
общей хирургии, проректор по лечебной работе
Дагестанской государственной медицинской академии;
тел.: 670806