

ной недостаточности нижних конечностей, обусловленной варикозной (ВБ) и посттромботической (ПТБ) болезнью. Эта операция, предложенная Линтоном и ее модификации, до сих пор не утратили своего значения, несмотря на внедрение эндоскопических методов в хирургию перфорантных вен.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 1984 по 2004 гг. ОСДПВ выполнена 338 больным в возрасте от 20 до 79 лет. Превалировали женщины — 255 (75,4 %) человек. У 249 (73,6 %) была ВБ и у 89 (26,3 %) — ПТБ. Длительность заболевания составляла от 3 до 45 лет. Продолжительность ХВН III ст. была от 1 года до 37 лет. В 179 (53 %) случаях имелись незаживающие трофические язвы площадью от 1 до 130 см², в остальных случаях язвы были эпителизированы после консервативного лечения. Несостоятельность перфорантных вен голени, как источник прогрессирования ХВН III ст., подтверждена флебографически у 126 (37,3 %) больных, а в остальных случаях ультразвуковой доплерографией и дуплексным сканированием. Зашивание субфасциального доступа на голени после диссекции несостоятельных перфорантных вен, в зоне наиболее выраженных трофических расстройств, проводилось по оригинальной методике (Патент на изобретение № 2242182, 31.07.2003 г.). Она включала применение только фасциально-клетчаточных швов, без зашивания кожи, на протяжении всей зоны индукции. При этом диастаз между краями раны мог достигать 2—3 мм. В течение 2—3-х дней после операции с возвышенным положением конечности края раны смыкались, и заживление происходило первичным натяжением.

У 159 (47 %) больных при зажившей трофической язве или площади ее до 1 см². ОСДПВ выполнена одновременно с флебэктомией.

У 179 (53 %) пациентов при обширных трофических язвах операцию проводили в два этапа, первый этап при ВБ с сегментарной относительной клапанной недостаточностью включал в себя флебэктомию до зоны трофических расстройств, а при тотальной — экстравазальную коррекцию клапанов глубоких вен. При ПТБ сначала выполнялись переключающие операции Уоррена — Тайера и А.Н. Введенского по показаниям, а затем через 1—2 месяца после заживления язвы проводили ОСДПВ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ранний послеоперационный период после ОСДПВ протекал без осложнений у 327 (96,7 %) больных. Локальное поверхностное нагноение подкожной клетчатки отмечено у 11 (3,3 %). Все эти осложнения были купированы в течение ближайших 1,5—2 недель. Сочетание этапной хирургической тактики при ХВН III ст. и модифицированного зашивания субфасциального доступа при открытой диссекции несостоятельных перфорантных вен голени позволило увеличить оперативную активность в отношении этой наиболее тяжелой группы больных с 60 до 92 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выполнение оригинальной методики зашивания субфасциального доступа при открытой субфасциальной диссекции несостоятельных перфорантных вен голени позволяет избежать осложнений со стороны раны в 96,7 % случаев.

А.П. Сахарюк, В.В. Шимко, П.А. Докучаев

ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ И ОТДЕЛЕНИЯХ КРАТКОВРЕМЕННОГО ПРЕБЫВАНИЯ

*Диагностический клинический центр № 1 (Москва)
Амурская государственная медицинская академия (Благовещенск)*

Увеличение объемов склерозамещающих медицинских технологий и потока больных с целью хирургической санации, организация профилактики осложнений имеют актуальное значение во флебологии.

В центре амбулаторной хирургии № 1 г. Москвы и отделениях кратковременного пребывания пациентов г. Благовещенска за период с 2001 г. по настоящее время находилось на лечении 1213 пациентов с патологией венозного русла. Из них 1013 больных страдали варикозной болезнью вен нижних конечностей.

На диспансерном учете на настоящий момент находится 726 пациентов с диагнозом варикозная

болезнь нижних конечностей. Среди данной группы 543 (74,8 %) женщины, 183 (25,2 %) мужчины.

В лечении варикозной болезни нами приняты клинические стандарты. Каждый пациент с установленным диагнозом подлежит обязательной диспансеризации, наблюдению вне зависимости от формы варикозной болезни и наличия осложнений. Диспансерная явка таким больным назначается 3—4 раза в год. При контрольном осмотре, по показаниям, назначаем консервативное лечение, включающее антиагреганты, венотоники, адаптогены, а также пневмомассаж и компрессионная терапия.

По показаниям пациентам с варикозной болезнью нижних конечностей выполнено 713 процедур с использованием склерохирургического метода путем пункционной или катетерной склерооблитерации. Все процедуры выполнены по принципам «Хирургии одного дня».

Произведено 155 (21,7 %) операций катетерного флебосклерозирования, 558 (78,3 %) пациентам выполнена пункционная склерооблитерация. Стволовая склерооблитерация проводилась по общепринятой методике с обязательным выполнением кроссэктомии и тщательным лигированием притоков. В качестве склерозанта использовали 1–3% раствор этоксисклерола или фибровейна. Осложнения в виде сегментарного флебита наблюдались у 4 пациентов (2,6 %). Данное осложнение не потребовало специального лечения и госпитализации в круглосуточный стационар.

Анестезиологическое пособие проводилось 56 пациентам. Послеранковых осложнений не отмечено. Время наблюдения анестезиологом составило 4–6 часов.

После оперативного лечения пациентов доставляли домой санитарным или личным транспортом через 6–8 часов после операции. Явка в поликлинику назначалась на 7 сутки послеоперационного периода.

Пункционное сегментарное склерозирование выполнено 558 пациентам. Применяли 0,5–1% раствор этоксисклерола или 0,2–1% раствор фибровейна. Осложнение в виде легкой гиперпигментации кожи отмечены в 23,4 %. Данное осложнение купировано использованием местно лекарственных средств.

Результаты лечения прослежены в сроки до 3 лет. Рецидив после стволовой катетерной склеротерапии наступил у 7 пациентов (4,5 %).

Таким образом, склерохирургические методы лечения варикозной болезни нижних конечностей могут с успехом применяться в амбулаторных условиях или отделениях кратковременного пребывания. К достоинствам данных вмешательств относятся малотравматичность, быстрая реабилитация пациентов, невысокая затратность.

Н.Г. Хорев, В.М. Кузьмичев

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ГЛУБОКИХ ВЕН

Алтайская государственная медицинская академия (Барнаул)

Цель — изучить эффективность оперативного лечения глубокого венозного рефлюкса у больных с варикозной болезнью (4 форма) с использованием операции экстравазальной коррекции клапана бедренной вены спиралью Веденского (ЭВККБВ).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За период с 1990 по 2004 гг. в клинике проведено 8 260 операций по поводу варикозной болезни, из них в 345 случаях выполнена ЭВККБВ как в изолированном (41 случай) варианте, так и в сочетании с различными видами флебэктомии и операциями на перфорантных венах. Показания для ЭВККБВ строились на основании данных ультразвуковых методов (ультразвуковая доплерометрия и дуплексное сканирование), а так же по результатам проксимальной флебографии. Отдаленный результат операции изучен у 32 больных в сроки от 1 года до 10 лет. Этим пациентам проведено контрольное дуплексное сканирование по принятому в клинике протоколу. Количественные симптомы хронической венозной недостаточности (ХВН) изучены по клинической шкале регресса симптомов ХВН (СЕАР, 1995 г.).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Патологический венозный рефлюкс зарегистрирован у 15 (46,8 %) пациентов. Причина сохраняющегося сброса — гипоплазия створок венозного клапана. Слабый венозный рефлюкс выявлен у 5 (15,6 %) больных. Такой рефлюкс оценивался как физиологический (продолжительность не более 0,5 сек, протяженность не более 15 мм). Отсутствие венозного рефлюкса зафиксировано у 12 (37,5 %) больных. Динамика симптомов ХВН в до и послеоперационном периоде была следующей: боль (2,2–0,8), отек (2,5–2,0), варикозные вены (2,0–0,5), пигментация (2,6–1,5), липодерматосклероз (2,5–2,0), размер язвы (2,5–2,0), длительность язвы (3,0–1,5), количество язв (2,5–1,5), воспаление (2,5–0,5), компрессионная терапия (2,5–1,5).

ВЫВОДЫ

Частота регресса глубокого венозного рефлюкса, а так же уменьшение выраженности симптомов ХВН в отдаленном периоде свидетельствуют об эффективности операции ЭВККБВ.