

странств, восходящего фасциита (некроза фасциальных листков) голени, нейропатического и воспалительного отека голени.

Применение фасциотендотомии в сочетании с «малыми» ампутациями на стопе уменьшают риск развития восходящих фасциитов, и снижают количество «высоких» ампутаций и сохраняют опорную функцию конечности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурьева И.В., Пузин С.Н. // Раны и раневая инфекция / Материалы VII Всерос. конф. с междунар. участием. – М., 2006. – С. 197-208.
2. Дедов И.И., Галстян Г.Р., Токмаков А.Ю. Синдром диабетической стопы. – М., 2003. – 112 с.
3. Древаль А.В., Бахарев И.В., Кривихин В.Т. Основные методы диагностики и лечения синдрома диабетической стопы. – М., 2001. – 41 с.
4. Калинин А.П., Рафибеков Д.С., Ахунбаев М.И. Диабетическая стопа. – Бишкек, 2000. – 283 с.
5. Калинин А.В., Зеленин В.Н., Садохина Л.А. // Раны и раневая инфекция / Материалы VII Всерос. конф. с междунар. участием. – М., 2006. – С. 227-231.
6. Машнова О.М., Толстых П.И., Данилянц Э.И., Хазин А.Д. Комплексное лечение гнойно-некротических поражений «стопы диабетика». – М., 1990. – 127 с.

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ В СТАДИИ ТРОФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

О.В. Кудрявцева

Центр эндоскопической хирургии, г. Тула

Хроническая венозная недостаточность (ХВН) нижних конечностей на фоне варикозной болезни является одной из самых распространенных сосудистых патологий в мире. Тяжелые формы ХВН в индустриально развитых странах составляет 1-2%, причем у 0,3% больных наблюдаются открытые, длительно не заживающие трофические язвы. Возникновение трофических расстройств (гиперпигментация, липодерматосклероз, трофические язвы) в области голени как проявление ХВН связано с нижним горизонтальным рефлюксом крови из системы глубоких вен в поверхностные вены, недостаточностью клапанов перфорантных вен голени. Следовательно, основными задачами оперативного лечения ХВН является устранение патологического вертикального и горизонтального рефлюкса.

За многие годы предложены разнообразные хирургические методики разделения перфорантных вен – операции Линтона – Фельдера, Коккета, Шермана. Однако эти методы предполагают проведение разрезов в зонах трофических изменений кожи, что, в свою очередь, приводит к большому числу инфекционных раневых осложнений и сопровождается большими сроками нетрудоспособности, длительной реабилитацией (6-8 месяцев). Этим объясняется непопулярность указанных методик.

В последние годы большое распространение получили малоинвазивные методики исключения из кровотока основных стволов подкожных вен, исключающие травматичный этап экстрагирования вены на зонде. Одним из таких методов является интраоперационная катетерная склерооблитерация (ИКС).

Эндоскопическая субфасциальная диссекция перфорантных вен (SEPS) голени, впервые выполненная в 1985 г. немецким хирургом Hauer, за 20 лет получила распространение по всему миру, став «золотым стандартом» в лечении ХВН в стадии трофических расстройств. Снижению травматичности без ущерба для радикальности способствует мини-флебэктомия. Применение послеоперационного пунк-

ционного склерозирования также существенно снижает объем, травматичность и длительность вмешательства.

В настоящем исследовании рассматриваются результаты хирургического лечения больных ХВН в стадии трофических расстройств, при сочетанном применении малоинвазивных технологий (ИКС, SEPS, мини-флебэкстракции, пункционного склерозирования).

В городском Центре эндоскопической хирургии Горбольнице № 5 г. Тулы за период с января 2005 г. по январь 2007 г. прооперированы 19 пациентов (14 женщин и 5 мужчин), страдавших декомпенсированными формами ХВН IV-VI классов CEAP. Возраст больных – от 42 до 65 лет (в среднем – 53,5 года). У всех пациентов отмечались выраженные трофические нарушения кожи и подкожной клетчатки в нижней трети голени. Длительность варикозного расширения вен – от 4 до 22 лет, трофические нарушения наблюдались от 2 до 5 лет. У 13 пациентов были трофические язвы (в трех случаях под струпом, в 10 – в фазе репарации), которые располагались на медиальной поверхности нижней трети голени. Площадь язвенного дефекта составляла от 3,5 до 20,3 см². У двух пациентов отмечался выраженный липодерматосклероз, у четырех в области голени имелся стойкий отек и гиперпигментация.

Всем пациентам выполнены кроссэктомия, короткий стриппинг на бедре, ИКС на голени и SEPS. Расширенные притоки удалялись по Мюллеру с использованием мини-флебэкстракторов Варади. При необходимости проводилось пункционное склерозирование расширенных притоков в послеоперационном периоде.

В предоперационном периоде всем больным выполнялось дуплексное сканирование, при котором проводилась маркировка перфорантных вен. Во всех случаях отсутствовали признаки острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей. Операция проводилась под спинномозговой анестезией.

Кроссэктомию выполняли из доступа по паховой складке, что обеспечивало косметичность вмешательства. Далее зонд проводили до верхней трети голени, где большую подкожную вену выделяли и пересекали. Временно накладывали зажим на дистальный участок вены. Троакар вводили субфасциально через тот же доступ. Манипуляционный троакар устанавливали под контролем эндоскопа. SEPS проводили по газовой методике с использованием CO₂. Диаметр несостоятельных перфорантных вен составлял от 3 до 6 мм. Обработку перфорантов проводили с использованием моно- и биполярной коагуляции. После завершения SEPS субфасциальное пространство дренировалось активным дренажом.

Следующим этапом была мини-флебэктомия расширенных притоков с использованием мини-флебэкстракторов Мюллера. Затем выполняли интраоперационное склерозирование большой подкожной вены на голени с использованием 6 мл 3% раствора этоксисклерола. Перед введением препарата конечность бинтовали эластичным бинтом средней растяжимости, вдоль ствола большой подкожной вены укладывали валик.

После операции больным разрешали вставать через 10-12 часов. В течение первых суток пациенты получали ненаркотические анальгетики, в дальнейшем они отказывались от анальгетиков в связи с невыраженностью болевого синдрома. Перевязку проводили на следующий день, при этом удаляли валик, уложенный по ходу большой подкожной вены (БПВ). Дренаж удаляли на 1-2-е сутки послеоперационного периода.

Все больные получали венотоники (детралекс, флебодиа 600) по стандартной схеме. В качестве местного лечения у пациентов с трофическими язвами использовался эбермин, что позволило не прибегать к аутодермопластике.

Для оценки результатов лечения через 1 и 6 месяцев всем больным проведено

ультразвуковое дуплексное сканирование.

Окончательный диагноз и выбор объема оперативного вмешательства основывался на данных дуплексного сканирования, при котором проводилась маркировка несостоятельных перфорантных вен. В 90% случаев они совпадали с операционными находками.

У больных с трофическими язвами в стадии репарации эпителизация достигнута в среднем на 12-13-е сутки послеоперационного периода, длительность пребывания в стационаре – 4-5 дней. В дальнейшем пациенты наблюдались и лечились амбулаторно.

Полученные данные позволяют сделать вывод, что оптимальным является проведение оперативного вмешательства в семь этапов:

- кроссэктомия в паховой области;
- зондирование БПВ до верхней трети голени;
- катетеризация БПВ на голени;
- эндоскопическая диссекция перфорантных вен;
- мини-флебэктомия расширенных притоков;
- интраоперационная катетерная склерооблитерация на голени;
- стриппинг на бедре.

По данным ультразвукового дуплексного сканирования, у двоих больных отмечались участки реканализации БПВ на голени, в связи с чем проведено склерозирование под УЗ-контролем. Тогда же выполнено пункционное склерозирование варикозно расширенных притоков. Через 6 месяцев участков реканализации, несостоятельных перфорантных вен не выявлено.

Таким образом, применение малоинвазивных технологий для лечения пациентов с декомпенсированными формами ХВН, позволяет:

- проводить одномоментное устранение горизонтального и вертикального рефлюкса у больных с выраженными трофическими расстройствами;
- сократить сроки подготовки пациента к радикальному оперативному лечению;
- улучшить качество жизни пациента в послеоперационном периоде за счет уменьшения болевого синдрома, сокращения сроков его пребывания в стационаре и на больничном листе;
- повысить косметический результат хирургического вмешательства за счет уменьшения количества рубцов;
- сократить вероятность возникновения осложнений в связи с отсутствием вмешательства в зоне трофических расстройств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Константинова Г.Д., Донская Е.Д. // Ангиол. сосуд. хир. – 2000. – № 3. – С. 44-46.
2. Константинова Г.Д., Воскресенский П.К., Гордина О.В. и др. Практикум по лечению варикозной болезни / Под ред. Г.Д. Константиновой. – М., 2006. – 188 с.
3. Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. и др. Флебология: Руководство для врачей / Под ред. В.С. Савельева. – М., 2001. – 664 с.
4. Савельев В.С., Думпе Э.П., Яблоков Е.Г. Болезни магистральных вен. – М., 1972. – 440 с.
5. Стойко Ю.М., Шайдаков Е.В., Ермаков Н.А. // Consilium Medicum. – 2001 (Прил.) – С. 28-31.
6. Яблоков Е.Т., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Хроническая венозная недостаточность. – М., 1999.