

© Г.М. Махатилов, 2006
УДК 616.14-007.64: 616.13(045)

ОБЪЕМ ПОВЕРХНОСТНОЙ ФЛЕБЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ СОСТОЯТЕЛЬНОГО САФЕНО-ФЕМОРАЛЬНОГО СОУСТЬЯ

Г.М. Махатилов

Дагестанская государственная медицинская академия

В последние годы просматривается стремление лимитировать выполнение «радикальной» сафенэктомии без ущерба «радикальности» лечения варикозной болезни нижних конечностей [2,4,8,12]. Это обусловлено отчасти желанием зарезервировать венозные магистрали в качестве пластического аутоматериала для реваскуляризации различных артериальных бассейнов при наличии у пациента соответствующей сопутствующей патологии [4,5,7,8,11].

Пациенты, ориентированные на сафеносберегающие операции, это лица в основном с варикозной трансформацией притоков большой подкожной вены (БПВ) в условиях несостоятельности остиального клапана данной вены. При этом рефлюкс в области сафено-фemorального соустья устраняется либо высоким лигированием БПВ, либо экстравазальной коррекцией остиального клапана [4,6,15].

Мы не встретили в литературе данных о подобной стратегии у лиц с состоятельным сафено-фemorальным соустьем. В то же время у пациентов варикозной болезнью интактное сафено-фemorальное соустье встречается до 43 % случаев [9].

Цель исследования - изучение функционального статуса БПВ после сафеносохраняющих операций у больных варикозной болезнью нижних конечностей в условиях состоятельного сафено-фemorального соустья.

Материал и методы. С 1998 по 2000 гг. в отделении сердечно-сосудистой хирургии РКБ находилось 33 пациента (34 ноги) с варикозной трансформацией притоков БПВ (при состоятельном сафено-фemorальном соустье), сочетанной несостоятельностью клапанов бедренной вены и рефлюксом ниже щели коленного сустава, что от общего количества (254) обратившихся в отделение составило 12,9%.

Состояние пораженной конечности соответствовало C3EpAS5D131415PR (по классификации CEAP). Среди пациентов женщин было 24. Соотношение женщины/мужчины = 2,6/1. Возраст от 28 до 54 лет, в среднем - 43,6 года.

Всем пациентам на заключительном этапе обследования выполнялась ретроградная флебография. Проводилось измерение диаметра БПВ на семи уровнях по F.P. Fonseca и соавт. [7] до и после операции, а также измерение диаметра коммуникантных вен голени при помощи дуплексного сканирования (аппарат Toshiba Sonolar SSH-140 A/C с датчиком PLF-705S7,5-10Mr₄).

Для того, чтобы после операции визуализировать те же коммуникантные вены, они во время первого исследования маркировались. Во время измерений исследуемый находился в вертикальном положении.

Объем операции заключался: в иссечении варикозно расширенных притоков БПВ (рис.1) и в устранении рефлюкса в глубокие вены. Восстановление запирающей функции клапанов глубоких вен обеспечивалось экстра-



Рис. 1. Варикозная трансформация притока БПВ.

вазальной коррекцией. Для коррекции использовались круглые (внутренний диаметр 7-8мм) или эллипсовидные (с внутренним сечением равным сечению круглой спирали) лавсановые спирали. Выбор спирали зависел от анатомического статуса корригируемого клапана [10].

В отдаленном послеоперационном периоде (через 5 лет) больные приглашались на контрольный осмотр для оценки результатов лечения - наличия рецидивов варикоза и изучения их причин. При обнаружении рецидива всем пациентам выполнялась ретроградная флебография.

Полученные данные обрабатывались с помощью пакета программ «Statistica 6».

Результаты. Полученные значения измерения диаметра БПВ до и после операции представлены в виде кривых на диаграмме (рис.2). В среднем диаметр БПВ $5,2 \pm 1,4$ мм до операции достоверно отличался от диаметра БПВ в послеоперационном периоде $3,8 \pm 1,3$ мм ($t = 6,72$, $p < 0,001$).

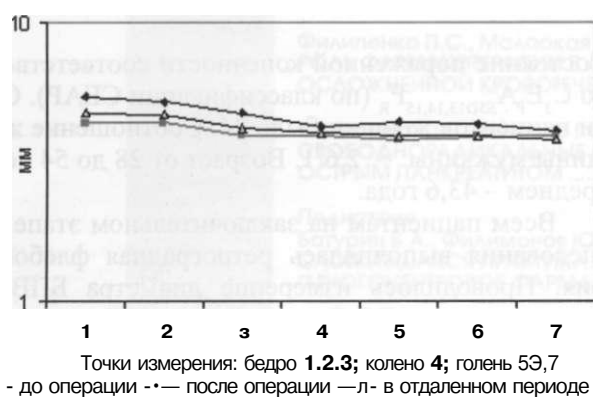


Рис. 2. Диаметр БПВ до операции и в послеоперационном периоде.

Средний диаметр перфорантных вен голени до операции составлял $3,2 \pm 1,8$ мм, в послеоперационном периоде $2,8 \pm 1,2$ мм ($t = 3,6$, $p < 0,01$).

Диаметр БПВ в отдаленном послеоперационном периоде, у пациентов с отсутствием рецидива варикоза был достоверно меньше, чем диаметр БПВ до операции ($t = 3,10$, $p < 0,005$).

Через пять лет после операции рецидив варикоза выявлен в 16 конечностях (47%). У 10 больных наблюдалась варикозная трансформация притоков БПВ как на бедре, так и на голени. У 6 больных обнаружена варикозная трансформация ствола БПВ с различной степенью вовлеченности его в трансформацию. У всех пациентов с рецидивом варикоза выявлена несостоятельность остаточного клапана БПВ. Рецидива рефлюкса в глубокие вены у них не выявлено (рис.3).

Обсуждение. Хотя существующие упрощенные объяснения причин возникновения варикозного расширения вен не удовлетворяют флебологов, по данным большинства из них, основными пато-

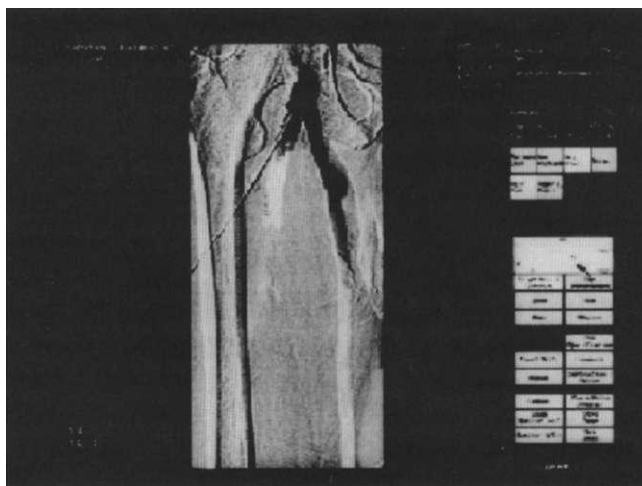


Рис. 3. Рефлюкс контраста в БПВ.

генетическими факторами развития варикозной трансформации подкожных вен являются нисходящий и восходящий [1,3,14]. При нисходящем патологический рефлюкс крови происходит через устья большой и малой подкожных вен. При восходящем - через несостоятельные перфорантные вены [1,14]. При этом в абсолютном большинстве случаев недостаточность перфорантных вен вторична и развивается вследствие вертикального рефлюкса по глубоким венам [16].

Исходя из современных взглядов на патогенез варикоза, сафеносохраняющий подход к пациентам с состоятельным остаточным клапаном БПВ при варикозной трансформации части данной вены или ее притоков патогенетически обоснован. Данное исследование, как и некоторые другие [16], показывает, что устранение рефлюкса в глубокие вены (при интактном сафено-феморальном соустье) уменьшает гипертензию в подкожных венах пораженной конечности, улучшая регионарную гемодинамику и отдаляя у большинства больных варикозную трансформацию ствола БПВ.

С учетом того, что ведущей причиной, приводящей к варикозной трансформации БПВ в отдаленном послеоперационном периоде, является развитие несостоятельности сафено-феморального соустья, за ними необходимо динамическое наблюдение для своевременного выявления и устранения развившейся несостоятельности остаточного клапана БПВ. ЭТО ПОЗВОЛИТ улучшить результаты сафеносохраняющих операций. Сохранение же БПВ у больных с сопутствующими окклюзионно-стенотическими поражениями магистральных артерий позволит воспользоваться ей при наличии показаний для реваскуляризации различных артериальных бассейнов.

Закключение. Устранение рефлюкса в глубокие вены и удаление варикозно трансформированных притоков БПВ улучшает функциональный статус БПВ у пациентов с интактным сафено-феморальным соустьем. При сафеносохраняющем подходе

большинству пациентов удается сохранить ствол БПВ от варикозной трансформации на протяжении 5 лет. В выборе объема поверхностной флебэктомии в условиях состоятельного оставшегося клапана необходимо руководствоваться как вовлеченностью ствола БПВ в патологическую трансформацию, так и наличием сопутствующей патологии, при которой может потребоваться БПВ в качестве пластического аутоматериала.

Литература

1. Аскерханов, Р.П. Хирургия периферических вен / Р.П. Аскерханов. - Махачкала, 1973. - 226 с.
2. Лесько, В.А. Щадящая и эстетическая хирургия неосложненного варикоза / В.А. Лесько // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2000. - №3 (приложение). - С. 101.
3. Шевченко, Ю.Л. Ошибки, опасности и осложнения в хирургии вен / Ю.Л. Шевченко. - С-Петербург, 1999. - 328 с.
4. A study of the Mechanisms by Which the Hemodynamic Function Improves Following LSV / J. Hammarsten, P. Bernland, M. Campanello, M. Falkenberg, O. Henrikson, J. Jensen // Saving Surgery Phlebology. - 1995. - Suppl.1. - P. 362-363.
5. Eckstein, F.S. Minimizing aortic manipulation during OPCAB using the symmetry aortic connector system for proximal vein graft anastomoses / F.S. Eckstein, L.F. Bonilla, L. Englberger // Ann. Thorac. Surg. - 2001. - Vol. 72. - P. 995-998.
6. External valve-support (EVS) for saphenofemoral junction incompetence. Randomized trial at 3 years follow-up / G.B. Agus, P.M. Bavera, P. Mondani, D. // Santuari Acta Phlebologica. - 2002. - Vol. 3, №2. - P. 101.
7. Fonseca, F.P. Surgery for Primary Truncular Varicose Veins Without Stripping the Saphenous Vein - Pre- and Post- Operative Evaluation by Duplex Scan and Photoplethysmography / F.P. Fonseca, A.L. Sarquis, S.S.M. Evangelista // Phlebology. - 1995. - Suppl.1. - P. 419-421.
8. Histologic evidence of the safety of endoscopic saphenous vein graft preparation / D.M. Meyer, T.E. Rogers, M.E. Jessen, A.S. Estrera, A.K. Chin // Ann. Thorac. Surg. - 2000. - Vol. 70. - P. 487-491.
9. Hollingsworth, S.J. Primary Varicose Veins in the Presence of an Intact Sapheno-femoral Junction / S.J. Hollingsworth, C.B. Tang, S.G.E. Barker // Phlebology. - 2001. - Vol. 16. - P. 68-72.
10. Makhatilov, G.M. Surgical results on deep vein insufficiency treated by external valve repair / G.M. Makhatilov // ACQA Surgery. - 2006. - Vol. 2, №6. - P. 66-69.
11. Open versus endoscopic saphenous vein harvesting: wound complications and vein quality / J.D. Crouch, D.P. O'Hair, J.P. Keuler, T.P. Barragry, P.H. Werner, L.H. Kleinman // Ann. Thorac. Surg. - 1999. - Vol. 68. - P. 1513-1516.
12. Preoperative duplex venous mapping: A comparison of positional techniques in patients with and without atherosclerosis / J. Blebea, W.R. Schomaker, G. Hod, R.J. Fow, R.F. Kempezsinsla // Vase. Surgery. - 1994. - Vol. 20. - P. 226-234.
13. Schapira, A. Great saphenous trunk preservation: enough to increase recurrent varicose veins rate? / A. Schapira, G. Kaplan, O. Curto // International Angiology. - 2001. - Vol.20. - Suppl.1, №2. - P. 46.
14. Smith, P.C. The Cause of Varicose Veins / P. C. Smith // Phlebology. - 2001. Vol. 16. - P. 51-52.
15. Tretbar, L.L. Comparison of Externally Banded Valvuloplasty to Interruption of the Saphenofemoral Junction by Clipping-in-Continuity for Isolated GSV Incompetence / L.L. Tretbar // Phlebology. - 1995. - Suppl.1 - P. 367-369.
16. Zambony, P. Reflux elimination without any ablation or disconnection of the saphenous vein an hemodynamic for venous surgery / P. Zambony // International Angiology. - 2001. - Vol. 20 - Suppl.1, №2 - P. 52.

ОБЪЕМ ПОВЕРХНОСТНОЙ ФЛЕБЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ СОСТОЯТЕЛЬНОГО САФЕНО-ФЕМОРАЛЬНОГО СОУСЬЯ

Г.М. МАХАТИЛОВ

Анализируются результаты сафеносохраняющего подхода, примененного в лечении 33 пациентов (34 нижние конечности) с варикозной трансформацией притоков большой подкожной вены (БПВ) в условиях интактного сафено-фemorального соустья. У всех пациентов имелась недостаточность клапанов глубоких вен. Объем операции заключался в удалении варикозно расширенных притоков БПВ и коррекции клапанов глубоких вен. Через 5 лет после операции рецидив варикоза выявлен в 16 (47%) конечностях. Основной причиной рецидива была несостоятельность сафено-фemorального соустья, развившаяся после операции. У большинства больных (53% конечностей) «сохраненная от варикозной трансформации» БПВ могла бы быть использована при выполнении реконструктивных вмешательств на магистральных артериях.

Ключевые слова: варикозная болезнь нижних конечностей, несостоятельность клапанов глубоких вен, сафеносохраняющая хирургия

LONG SAPHENOUS VEIN SAVING SURGERY AT PATIENTS WITH INTACT SAPHENO-FEMORAL JUNCTION

MAKHATILOV G.M.

Analyzed results of Long Saphenous Vein (LSV) - saving surgery at 33 patients (34 limbs) with intact sapheno-femoral junction. All patients had deep vein insufficiency with reflux below knee. Deep vein valve repair and varicose veins (LSV branches) removing was carried out. Varicose veins recurrence (WR) revealed at 47% of operated lower limbs during 5years follow up. Main cause of WR was LSV ostial valve incompetence developed after operation. At most of our patients (53%) LSV may be used as graft for arterial reconstructions after 5 years preservation.

Key words: varicose veins, deep veins insufficiency, valve repair, Long Saphenous Vein - saving surgery