

© Коллектив авторов, 2007
УДК 616.14-007.64-089

Г.Г.Хубулава, А.Б.Сазонов, А.А.Сазонов

ОПЕРАЦИЯ ТРОЯНОВА–ТРЕНДЕЛЕНБУРГА В СОЧЕТАНИИ СО СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИЕЙ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Кафедра хирургии усовершенствования врачей № 1 им. П.А.Куприянова (нач. — проф. Г.Г.Хубулава)
Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

Ключевые слова: операция Троянова–Тренделенбурга, склерозирующая терапия, амбулаторное лечение.

Введение. Варикозная болезнь вен нижних конечностей является серьезной медико-социальной проблемой, оставаясь и по сей день самой распространенной патологией периферических сосудов [1, 4, 6]. В нашей стране варикозным расширением вен нижних конечностей страдают 35 млн россиян, причем у 15% из них наблюдаются декомпенсированные формы заболевания с выраженными трофическими нарушениями кожи и рецидивирующими язвами [4, 7].

В последние десятилетия в лечении хронической венозной недостаточности был достигнут серьезный прогресс, позволивший внедрить во флебологическую практику новые высокотехнологичные и миниинвазивные методы лечения [1, 4, 7, 8]. Однако частота рецидивов остается высокой, что, безусловно, связано не только с лечебно-диагностическими ошибками, а в большей степени с необратимым характером течения варикозной болезни [2, 5, 6, 9].

Таким образом, даже с помощью наиболее радикальных методов хирургического лечения варикозной болезни навсегда избавить больного от данной патологии крайне сложно, но вполне реально проводить лечение с минимальным отрывом пациента от повседневной деятельности, что является огромным преимуществом, тем более, что при нынешнем ритме жизни даже кратковременная потеря трудоспособности является крайне нежелательной для многих пациентов и порой вынуждает их отказываться от лечения [3].

Цель нашего исследования — оценить эффективность комбинированного метода лечения, включающего проведение операции Троянова–Тренделенбурга и склерозирующей терапии в

амбулаторных условиях у пациентов разных возрастных групп, а также обосновать оптимальную последовательность в его применении.

Материал и методы. С ноября 1999 г. по март 2006 г. комбинированным методом в амбулаторных условиях было пролечено 452 пациента, страдавших II–III формами варикозной болезни вен нижних конечностей (по классификации Совещания экспертов 2000 г.), в том числе 76 человек старше 60 лет, которые составили гериатрическую группу. Всем больным под местной анестезией была выполнена операция Троянова–Тренделенбурга, продолжительность которой в среднем составила 30 мин, включая обработку операционного поля и введение местного анестетика, в качестве которого у 90% больных использовался новокаин. Устранение вертикального рефлюкса через сафенофеморальное соустье дополняли склерозирующей терапией, причем у большинства больных инъекции склерозанта выполняли в варикозно-расширенные притоки большой подкожной вены на уровне голени. В качестве склерозирующего препарата чаще всего применяли тромбовар и этоксисклерол. Являясь сторонниками ирландской школы, мы старались применять методику введения склерозанта в «пустую», опорожненную от крови вену, предложенную Fegan.

В первые два года применения комбинированного метода сначала проводили флебосклерозирующее лечение, а затем операцию Троянова–Тренделенбурга. Однако в дальнейшем тактика выбора последовательности лечения изменилась. Это было связано с тем, что у пациентов, прошедших до операции курс склерозирующей терапии, в области овальной ямки наблюдался выраженный перипроцесс, значительно затруднявший выделение сафенофеморального соустья и повышавший риск травмирования как самой большой подкожной вены, так и паравенозных структур. На основании данного наблюдения, была выдвинута гипотеза о дистантном повреждающем действии склерозирующего препарата. Для ее подтверждения было решено провести сравнительное морфологическое исследование биоптатов устьевого отдела большой подкожной вены, взятых интраоперационно у двух групп пациентов. 1-ю группу составили пациенты, не проходившие до операции флебосклерозирующего лечения, а во 2-ю вошли больные, прошедшие в разные сроки до операции склерозирующую терапию, причем, инъекции склерозанта выполняли им в варикозно-расширенные притоки большой подкожной вены только в области голени.

Результаты и обсуждение. С помощью световой и электронной микроскопии удалось установить ряд патоморфологических изменений в стенке устьевого отдела большой подкожной вены, происходящих после склерозирования ее притоков на уровне голени. В ранней стадии (до 1 мес после проведения флебосклерозирующего лечения) наблюдались дистрофические и некробиотические изменения со стороны эндотелия (рис. 1), развитие острого воспаления с лейкоцитарной инфильтрацией в средней и адвентициальной оболочках.

В поздней стадии (через 1 год после склерозирующей терапии) наблюдался выраженный диффузный фиброз всей венозной стенки (рис. 2).

Таким образом, на основании результатов гистологического и цитологического исследований, удалось подтвердить гипотезу о дистантном повреждающем действии склерозирующего препарата на венозную стенку. В связи с дистантным повреждающим действием склерозанта был сделан вывод о нецелесообразности использования большой подкожной вены в качестве шунтирующего материала у пациентов, прошедших курс склерозирующей терапии ее варикозно-расширенных

притоков даже на уровне голени. Кроме того, была выработана и обоснована последовательность в применении комбинированного метода, подразумевающая выполнение сначала операции Троянова–Тренделенбурга, а затем склерозирующей терапии.

В ходе клинического наблюдения и анализа было установлено, что полнота анестезии и легкость, с которой пациенты переносили вмешательства, позволили нам у 20% больных с выявленной двусторонней дисфункцией остиального клапана выполнить операции на обеих конечностях одновременно. Еще у 68 человек операции на двух конечностях выполнялись последовательно и, наконец, у 67% больных вертикальный рефлюкс был выявлен только на одной из конечностей, поэтому им были выполнены односторонние вмешательства. Все прооперированные пациенты сразу после операции вставали и самостоятельно проходили в палату, где наблюдались в течение 2–3 ч, после чего были отпущены домой. На следующий день выполнялась перевязка, а на 5-й день после операции снимали швы. Флебосклерозирующее лечение начинали проводить с 4-х суток после оперативного вмешательства при полной уверенности в отсутствии воспалительной реакции в послеоперационной ране.

Из всех осложнений, наблюдавшихся у наших пациентов в послеоперационном периоде, а также в результате проведения склерозирующей терапии, чаще всего имела место лимфорея, зафиксированная у 10% больных. Повышенная кровоточивость во время операции была установлена у 6%, умеренное нагноение операционной раны было отмечено у 5%, еще у 5% больных после проведения склерозирующей терапии наблюдался

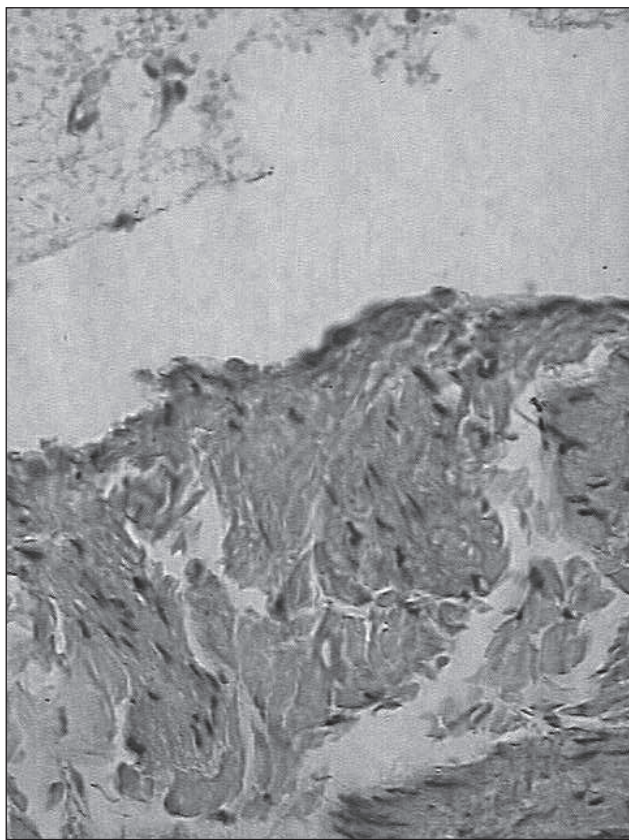


Рис. 1. Дистрофические и некробиотические изменения со стороны эндотелия вплоть до его десквамации на 10-е сутки после склерозирующей терапии (микрофотография).

Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 400.

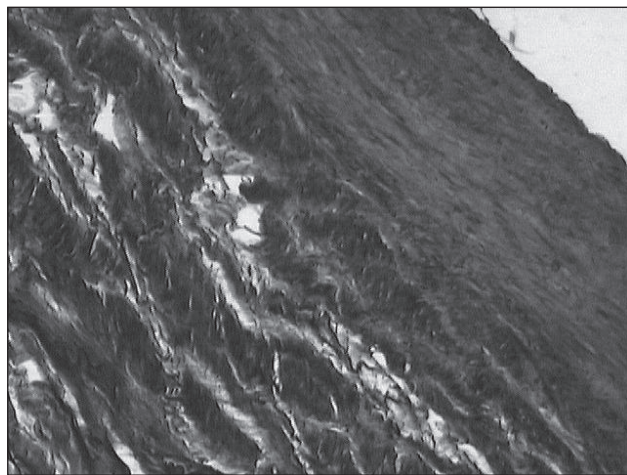


Рис. 2. Склероз всех слоев стенки устьевого отдела большой подкожной вены через 1 год после склерозирующей терапии (микрофотография).

Окраска по Ван-Гизону. Ув. 200.

выраженный флебит, потребовавший перорального приема антибиотиков и аппликации гепариновой мази. Наконец, у 4% больных наблюдались послеоперационные гематомы. Необходимо отметить, что ни при одном из данных осложнений госпитализации в стационар не потребовалось, а значит пациенты не были лишены основных преимуществ амбулаторного лечения.

Средняя длительность лечения больных комбинированным методом составила 27,9 дня, при среднем количестве визитов к врачу 8,5, а среднее число инъекций склерозанта — 7,9 на человека. При этом стоит отметить, что продолжительность одного визита, как правило, не превышала 25 мин.

Значительную группу пациентов, пролеченных комбинированным методом, составили люди пожилого возраста, поэтому нами был проведен сравнительный анализ результатов лечения в гериатрической группе больных и в группе пациентов моложе 60 лет. Выяснилось, что у пожилых в 3 раза чаще встречались некроз кожи и флебит после проведения склерозирующей терапии, и в 2 раза чаще имела место лимфорея в послеоперационном периоде по сравнению с пациентами молодого и среднего возраста. Однако средняя продолжительность лечения больных гериатрического профиля лишь на два дня превысила такую у пациентов моложе 60 лет.

На сегодняшний день нами оценены результаты лечения первых 120 пациентов в отдаленном периоде до 5 лет. У 79 (66%) человек рецидива варикозного расширения вен не выявлено. У 30 (25%) больных наблюдался сегментарный варикоз без патологического вено-венозного рефлюкса, в связи с чем им был проведен повторный курс склерозирующей терапии в объеме 3–4 инъекций. Наконец, у 11 (9%) пациентов произошло развитие горизонтального рефлюкса через несостоятельные перфорантные вены голени. Им в амбулаторных условиях под местной анестезией было выполнено субфасциальное лигирование перфорантов.

Выводы. 1. Операция Троянова–Тренделенбурга в сочетании со склерозирующей терапией является высокоэффективным методом комбинированного лечения варикозной болезни в амбулаторных условиях без отрыва пациентов от повседневной деятельности.

2. У пациентов гериатрической группы отмечается более высокий риск развития флебита и некроза кожи после проведения склерозирующей терапии, а также лимфорей после операции Троянова–Тренделенбурга.

3. Продолжительность лечения больных пожилого возраста сопоставима с таковой у пациентов молодого и среднего возраста.

4. Склерозирующая терапия должна выполняться после операции Троянова–Тренделенбурга, так как инъекции склерозанта в притоки большой подкожной вены даже на уровне голени вызывают дегенеративно-склеротические изменения в адвентициальной оболочке стенки ее устьевого отдела, что в ряде случаев приводит к выраженному перипроцессу, который резко затрудняет выделение сафенофemorального соустья во время операции и повышает риск травмирования как самой вены, так и паравенозных структур.

5. Большая подкожная вена пациентов, прошедших курс склерозирующей терапии ее притоков на уровне голени, становится непригодной для использования в качестве шунтирующего материала, так как склерозирующий препарат оказывает выраженное дистантное повреждающее воздействие на венозную стенку.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Богачев В.Ю. Флебосклерозирующее лечение варикозной болезни. Современное состояние вопроса // Амбулаторная хир.—2001.—№ 2.—С. 27–30.
2. Веденский А.Н. Варикозная болезнь.—Л.: Медицина, 1983.—207 с.
3. Константинова Г.Д., Алекперова Т.В., Донская В.Д. Амбулаторное лечение больных варикозной болезнью вен нижних конечностей // Анн. хир.—1996.—№ 2.—С. 52–55.
4. Савельев В.С. Флебология.—М.: Медицина, 2001.—664 с.
5. Савельев В.С., Думпе Э.П., Яблоков Е.Г. Болезни магистральных вен.—М.: Медицина, 1972.—С. 440.
6. Шевченко Ю.Л., Веденский А.Н., Лыткин М.И. Ошибки, опасности, осложнения в хирургии вен.—СПб.: Питер, 1999.—308 с.
7. Яблоков Е.Г., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Хроническая венозная недостаточность.—М.: Берг, 1999.—127 с.
8. Golman M. Sclerotherapy Treatment of Varicose and Teleangiectatic Leg Veins.—Mosby, 1995.—P. 120–137.
9. Tournay R. La sclerose des varices.—Paris: Expansions Scientifique Francaise, 1985.—234 p.

Поступила в редакцию 06.06.2007 г.

G.G.Khubulava, A.B.Sazonov, A.A.Sazonov

THE TROYANOV-TRENDELENBURG OPERATION IN COMBINATION WITH SCLEROTHERAPY AS AN EFFECTIVE METHOD OF OUTPATIENT TREATMENT OF VARICOSE DISEASE

The authors have analyzed the strategy and results of treatment of varicose disease of lower extremities in 452 patients on an outpatient basis. It was shown that the Troyanov-Trendelenburg operation should be used as the first stage of treatment, and sclerotherapy should be carried on after the 4th day.