

терозектомия и др.) были неудачными. Правильный путь лежит в понимании патогенетической сущности этого синдрома, связанной с рефлюксом крови по гонадным венам с последующей варикозной трансформацией их и других вен малого таза. Очевиден и единственно правильный метод лечения — прерывание патологического рефлюкса венозной крови путем эмболизации, перевязки или резекции гонадных вен.

Подводя итог вышесказанному, следует подчеркнуть, что современная флебология — это динамично развивающееся высокотехнологичное направление, затрагивающее все основные разделы клинической медицины. Выделение ее в относительно самостоятельную клиническую дисциплину продиктовано не данью моде, а практической необходимостью, которую осознают специалисты всего мира.

Ю.А. Бельков, И.В. Шуликовская, С.А. Кыштым, Э.В. Шинкевич, А.Г. Макеев

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СТАДИИ ЕЕ ДЕКОМПЕНСАЦИИ

НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

Хроническая венозная недостаточность (ХВН) — это синдром, характеризующийся нарушением венозного оттока из нижних конечностей, развитие которого чаще всего связано с варикозной болезнью.

Чрезвычайная распространенность хронических заболеваний вен (у 68 % женщин и 57 % мужчин), вызываемые ими снижение трудоспособности и качества жизни, позволяют рассматривать проблему профилактики и лечения ХВН не только как чисто медицинскую, но и важную социально-экономическую.

Трофические язвы являются наиболее частым осложнением хронической венозной недостаточности и поражают до 2 % трудоспособного населения индустриально развитых стран. У лиц пожилого возраста эта цифра достигает 4 — 5 %. Парадоксальность ситуации заключается в том, что, несмотря на очевидный прогресс в диагностике и лечении ХВН, частота трофических язв является своего рода константой, выявляемой в результате многочисленных эпидемиологических исследований на протяжении последних 20 лет.

Важность устранения перфорантного сброса при хирургическом лечении больных варикозной болезнью с декомпенсированными формами ХВН очевидна. Наши данные свидетельствуют о том, что несостоятельность перфорантов при ХВН 2 и 3 степеней встречается в 100 % случаев, а недостаточно радикальное устранение перфорантного сброса является важным составляющим возникновения рецидивов варикозного расширения вен голени и прогрессирования трофических расстройств.

До недавнего времени в хирургическом лечении декомпенсированных форм ХВН применялась операция Линтона, заключающаяся в перевязке несостоятельных перфорантных вен из обширных разрезов по переднемедиальной поверхности го-

лени от внутреннего мыщелка большеберцовой кости до внутренней лодыжки. Несмотря на радикальность, подобное вмешательство имеет ряд существенных недостатков. Это, прежде всего, гнойно-некротические осложнения (от локальных эпидермальных некрозов до тяжелых флегмон голени), встречающихся у 15 — 20 % оперированных. Хирургическая травма требует длительного периода медико-социальной реабилитации (до 6 месяцев), а в ряде случаев сама становится причиной стойкой нетрудоспособности и даже инвалидности. Немаловажное значение имеет и грубый послеоперационный рубец, который значительно снижает косметический эффект операции и качество жизни у большинства пациентов.

Конец прошлого столетия характеризуется бурным развитием и совершенствованием миниинвазивных технологий вмешательств на перфорантных венах, в том числе методик, не требующих дорогостоящего эндоскопического оборудования. Реальной альтернативой эндоскопической операции Линтона является субфасциальная диссекция перорантных вен (СФДПВ) из минимизированного доступа. Реализация данного вмешательства стала возможной благодаря наличию специального инструментария, выпускаемого отечественной фирмой «САН», с помощью которого достигается мобилизация и ревизия субфасциального пространства голени на значительном протяжении (в том числе и в области выраженных трофических расстройств). Техника вмешательства достаточно проста: из разреза протяженностью 4 — 5 см по заднемедиальной поверхности голени вскрываем фасцию и вводим в субфасциальное пространство специальные длинные крючки. Постепенное продвижение данного инструментария в субфасциальном ложе сопровождается перевязкой либо коагуляцией встречаемых перфорантных вен.

Мы провели анализ хирургического лечения у 68 пациентов (74 нижних конечности), страдающих варикозной болезнью в стадии ее декомпенсации, которые находились на лечении в отделении сосудистой хирургии Иркутской государственной ордена «Знак Почета» областной клинической больницы с 2000 по 2005 гг. Нами выделены 2 группы больных. В основную группу включены 48 пациентов (52 нижних конечности), которым выполнялось устранение вертикального и горизонтального веновенозного сброса одновременно, с применением субфасциальной диссекции перфорантных вен (СФДПВ) из минимизированного доступа на голени. В группу клинического сравнения включены 20 пациентов (22 нижних конечности), которым выполнялась классическая операция Линтона с целью устранения

горизонтального (перфорантного) вено-венозного сброса.

При выполнении СФДПВ из мини доступа осложнения наблюдались в 3-х случаях (5,7 %), при выполнении стандартной операции Линтона — в 6 случаях (27,2 %). В основной группе койко-день составил 7–9 суток, в контрольной — 12–14 суток.

Таким образом, хирургическое лечение больных варикозной болезнью в стадии ее декомпенсации с применением СФДПВ из минимизированного доступа является радикальным и малотравматичным методом устранения перфорантного сброса. Данная методика позволяет значительно уменьшить число послеоперационных осложнений, сократить сроки пребывания больного в стационаре, а так же получить хороший косметический эффект и тем самым улучшить качество жизни пациентов.

Р.Е. Мешкова, С.Н. Очиров, Ж.Б. Мункуев, Б.А. Дониров, Л.Э. Гылыков, П. Батчулуун

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

АКТУАЛЬНОСТЬ

Варикозная болезнь нижних конечностей встречается у 20–25 % трудоспособного населения развитых стран мира и является одним из самых распространенных заболеваний сосудистой системы (Кириенко А.И., 1996). Наиболее радикальным и эффективным методом лечения варикозной болезни по праву считается хирургическое вмешательство (Лосев Р.З., 2002). Однако в последние годы в лечении варикозной болезни все большее распространение получает комбинированное использование хирургического вмешательства и склеротерапии. Компрессионная склеротерапия менее травматична, выполняется амбулаторно, не требует ограничения физической активности и обеспечивает хорошие косметические результаты (Шиманко А.И., 2000). Однако ее выполнение требует наличия определенных показаний, к которым относятся первичное варикозное расширение вен при сохраненной функции клапанного аппарата подкожных и глубоких вен, рецидив варикозной болезни после операции в системе боковых ветвей большой и малой подкожных вен, наличие ретикулярного варикоза и телеангиоэктазий (Стойко Ю.М., 2001).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За 2002–2004 гг. в нашем отделении комбинированное лечение варикозной болезни нижних конечностей получили 57 пациентов (54 женщины и 3 мужчины) в возрасте от 18 до 38 лет. Всем больным предварительно было выполнено ультразвуковое исследование венозной системы нижних ко-

нечностей. В последующем 17 человек получили интраоперационную стволую катетерную склеротерапию по методике Г.Д. Константиновой и Т.В. Алекперовой, из них 3 — с обеих сторон. У 24 пациентов выполнена флебэктомия по Троянову — Бэбкокку и у 16 пациентов — флебэктомия по Троянову. В последующем этим больным также выполнена компрессионная склеротерапия оставшихся варикозных вен. Техника выполнения компрессионной склеротерапии, применяемая в нашей клинике, не имеет принципиальных отличий от общеизвестных. В качестве склерозанта используются препараты «Тромбовар» и «Этоксисклерол», вводимые посредством инсулиновых шприцев. Концентрация вводимого склерозанта зависит от диаметра пунктируемой вены. Для склерозирования чаще применяются 0,3%, 0,5%, 1% растворы «Этоксисклерола» и 3% — «Тромбовара». Режим эластической компрессии сохраняется до 1–1,5 мес.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Больные наблюдались в течение периода времени от 2 месяцев до 3 лет. Критериями качества проведенного лечения явились купирование симптомов венозной недостаточности, отсутствие варикозно расширенных вен и телеангиоэктазий. Ни у одного больного не зарегистрирован рецидив варикозной болезни. У 5 больных при проведении пункционной склеротерапии препаратом «Тромбовар» имели место ограниченные некрозы эпидермиса, чего не отмечено после применения «Этоксисклерола». У 4 пациентов после стволую