
С.А. СУШКОВ

**ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ**

УО «Витебский государственный медицинский университет»,

Республика Беларусь

На основании анализа литературы и собственного клинического опыта изложены основные принципы оперативного лечения варикозной болезни нижних конечностей. Освещены вопросы показаний и противопоказаний к нему, даны рекомендации по выбору объема оперативного вмешательства в зависимости от стадии заболевания и характера гемодинамических нарушений не только в поверхностных, перфорантных, но и в глубоких венах.

Объем оперативного вмешательства должен быть патогенетически обоснованным, т.е. выбор варианта оперативной коррекции следует осуществлять, базируясь на принципе наиболее полного устранения основных патогенетических механизмов заболевания, которые могут быть предметом хирургического воздействия. Изменения в венозной системе в каждом конкретном клиническом случае могут быть различными, поэтому вторым принципом оперативного лечения является индивидуальный подход. При выборе объема оперативного вмешательства необходимо опираться на результаты современных инструментальных методов исследований, в первую очередь ультразвукового ангиосканирования.

Ключевые слова: варикозная болезнь, хроническая венозная недостаточность, оперативное лечение, выбор объема операции.

The main principles of the varicosity operative treatment of the lower limbs are presented in the article on the basis of the literature analysis and own clinical experience. The problems of indications and contraindications for it are covered; recommendations on the choice of operative intervention volume depending on the disease stage and the character of hemodynamic disturbances not only in the superficial, peripheral but also in deep veins are given.

The operative intervention volume must be pathogenetically proved, i.e. the choice of the operative correction variant should be performed using the principle of the most complete elimination of the main pathogenetical mechanisms of the disease, which can themselves be the object of surgical intervention. Changes in the venous system in every concrete clinical case may be different, that is why the second principle of the operative treatment is the individual approach. While choosing the volume of operative intervention, the results of modern instrumental methods of investigation should be taken into consideration, first of all ultrasound angioscanning.

Keywords: varicosity, chronic venous insufficiency, operative treatment, operative volume.

Лечение варикозной болезни нижних конечностей до настоящего времени остаётся одной из актуальных проблем хирургии. Обусловлено это двумя причинами: с одной стороны, распространённостью патологии,

с другой – неудовлетворённостью результатами применяемых методов лечения.

Несмотря на внедрение в последнее время в клиническую практику большого количества новых лекарственных препара-

тов и современного компрессионного трикотажа, следует признать, что оперативное лечение остается основным и наиболее эффективным. Особенно это положение актуально для нашей республики, так же, как и других стран СНГ. По данным А.Н. Косинца с соавт. [1], в настоящее время в Беларуси оперативному лечению подлежат до 40% больных варикозной болезнью. Обусловлено это тем, что в силу сложившихся традиций как среди населения, так и врачей больные обращаются за помощью к специалистам уже при развитии функциональных расстройств, характерных для ХВН. В этой ситуации оперативное лечение является приоритетным. Тем более, что грамотно спланированная и выполненная операция позволяет воздействовать на максимальное количество патогенетических факторов заболевания.

В то же время следует заметить, что, к сожалению, варикозная болезнь – одно из массовых хирургических заболеваний, в лечении которого не удалось добиться убедительных успехов. Однажды перенесенная операция совсем не дает гарантии излечения. Частота рецидивов варикозного расширения вен, по данным разных авторов, колеблется от 5,9 до 80% [2, 3, 4, 5, 6], а трофические язвы повторно возникают у 10-33% оперированных [7, 8, 9, 10]. Такие неутешительные результаты обусловлены двумя причинами. Во-первых, до настоящего времени не ясны все звенья этиопатогенеза заболевания. Во-вторых, широко применяемые способы оперативного лечения, разработанные ещё в первой половине XX века, часто оказываются неэффективными. Кроме того, приходится признать, что «...практически ни при одной хирургической патологии не совершается столько технических и тактических ошибок, как при варикозных и тромботических поражениях венозной системы» [11].

В Республике Беларусь ежегодно выполняется около 5 тысяч операций по поводу варикозного расширения вен [12]. Большинство пациентов оперируются в общехирургических отделениях хирургами, часто не имеющими специальной подготовки по флебологии и пользующимися знаниями, полученными ещё в вузе или самостоятельно. Как показало ранее проведенное нами анкетирование белорусских хирургов [13], у 73,8% из них единственным применяемым вариантом оперативного лечения при варикозной болезни остается радикальная флебэктомия. Современные вмешательства – мифлебэктомия, частичный стриппинг, вмешательства на берцовых венах – выполняют единицы хирургов, а коррекцию клапанов и эндоскопическую диссекцию – никто из опрошенных. Это, несомненно, сказывается на результатах лечения.

Сложившаяся ситуация, разумеется, не может никого удовлетворять и требует проведения комплекса организационных мероприятий, направленных на улучшение оказания помощи этой категории больных. Ещё длительное время основная роль в лечении варикозной болезни будет принадлежать хирургам общего профиля областных, городских и районных больниц. Поэтому, кроме разработки рациональных, экономически обоснованных схем лечения больных варикозной болезнью нижних конечностей и внедрения их в клиническую практику, необходима всесторонняя работа, направленная на повышение уровня подготовки врачей в этом разделе хирургии.

Целью настоящей работы является ознакомление широкого круга хирургов с основными принципами оперативного лечения варикозной болезни. В основу её положены анализ достижений мировой флебологии, результаты исследований ведущих специалистов республики, а так же собственный многолетний опыт оказания помощи больным этой категории.

Показания и противопоказания к оперативному лечению

Так же, как и при другой хирургической патологии принято выделять абсолютные и относительные показания к оперативному лечению. Абсолютными показаниями являются восходящий тромбофлебит большой или малой подкожной вен, а также кровотечение из варикозно-расширенных вен. При этих клинических ситуациях может возникнуть непосредственная угроза жизни пациента. Вероятность развития тромбоза легочной артерии при восходящем тромбофлебите требует выполнения экстренного вмешательства. Кровотечение из варикозно-расширенных вен легко остановить наложением давящей повязки, но нестабильность гемостаза и возможность возникновения повторных геморрагий вынуждают ликвидировать источник более радикальными оперативными методами. Во всех остальных клинических ситуациях показания являются относительными.

В литературе в настоящее время практически не дискутируется вопрос о показаниях к оперативному лечению. Ведущие флебологи пришли к однозначному выводу, что варикозная болезнь в любой стадии подлежит хирургическому лечению [2, 5, 14, 15, 16, 17]. В практическом здравоохранении, к сожалению, такого единогласия нет. 50% опрошенных нами хирургов считают, что больного следует оперировать только при появлении признаков хронической венозной недостаточности [13]. Такая позиция, несомненно, отражается на структуре больных, направляемых на оперативное лечение. Проведенный нами анализ показал, что 32,84% пациентов поступают уже с трофическими нарушениями. Эти данные оказались вполне объяснимыми. Только 17,04% пациентов имели длительность заболевания до 5 лет, 24,77% больных страдали варикозным расширением от 5 до 10

лет, а 58,18% – более 10 лет. В настоящее время такой тактический подход уже нельзя считать правильным. Общеизвестным является факт – худшие результаты оперативного лечения отмечаются при операциях у пациентов с признаками хронической венозной недостаточности, особенно в случае развития трофических расстройств. В связи с этим вопрос об оперативном лечении следует решать как можно раньше, в первые годы заболевания. Арсенал современных оперативных вмешательств не ограничивается только удалением поверхностных вен и позволяет подходить к каждому случаю индивидуально. Поэтому при определении показаний следует исходить из предполагаемого объема и технологии оперативного вмешательства.

Противопоказания к оперативному лечению могут быть общими и местными. К первым относятся состояния после перенесенного инфаркта миокарда или инсульта, поздние стадии гипертонической болезни и др. Хотелось бы подчеркнуть, что пожилой возраст нельзя рассматривать как противопоказание к операции. На практике приходится сталкиваться с ситуациями, когда врачи амбулаторного звена отказываются направлять больных старше 60 лет на плановую операцию, забывая при этом, что пациенты в этом возрасте обращаются за помощью не из-за косметических дефектов. Большинство из них имеют выраженные трофические расстройства, страдают рецидивирующими тромбофлебитами. Именно неэффективность консервативных мероприятий и подталкивает больных обратиться за хирургической помощью. Наш личный опыт свидетельствует, что успешно можно оперировать пациентов этой возрастной группы [18]. Следует только индивидуально определять объем и характер операции.

Затронув роль возраста при определении показаний и противопоказаний к оперативному лечению, нельзя не коснуться

вопроса выполнения вмешательств у очень молодых пациентов (до 20 лет). Этой проблеме до настоящего времени не уделялось достаточного внимания. Мы склонны относиться сдержанно к оперативному лечению в этой возрастной группе. По крайней мере, им вряд ли следует стремиться выполнять наиболее радикальные операции (удаление основных стволов большой и малой подкожной вен, коррекцию клапанов глубоких вен). Обусловлено это тем, что окончательное формирование венозной системы нижних конечностей происходит именно к 20 годам и неизвестно, как избыточно радикальное вмешательство может сказаться на этих процессах. Следует помнить также, что варикозное расширение поверхностных вен у молодых пациентов может быть проявлением врожденной ангиодисплазии, требующей особого подхода при лечении.

К местным противопоказаниям следует отнести гнилостно-некротические трофические язвы, распространенную экзему, пиодермию, рожистое воспаление и др. Все они являются относительными, больных можно оперировать после проведения соответствующей предоперационной подготовки. Особого внимания требуют пациенты с нарушением лимфооттока. Но и им не следует выставлять абсолютные противопоказания. Несомненно, простое удаление магистральных вен у них недопустимо, но выполнение некоторых вариантов корригирующих операций всё же возможно.

Выбор объема оперативного вмешательства

Наиважнейшим вопросом при лечении больных с варикозной болезнью является выбор рационального объема операции. Большой арсенал оперативных вмешательств, с одной стороны, предоставляет широкие возможности хирургу, с другой

вынуждает его постоянно определять наиболее оптимальный вариант оперативного пособия. Анализ современной литературы показывает, что к настоящему времени единые стандарты по выбору объема оперативного вмешательства при разных формах и стадиях заболевания не выработаны. Нередко авторы рекомендуют в решении этого вопроса разные подходы. Одни считают, чем сложнее операция и чем больше удалено поверхностных вен, тем лучше отдаленные результаты. Другие рекомендуют, аргументируя необходимость повышения косметичности вмешательства, максимально уменьшать его объем. На наш взгляд эти две крайние точки зрения не приемлемы. Объем оперативного вмешательства должен быть патогенетически обоснованным, т.е. выбор варианта оперативной коррекции следует осуществлять, основываясь на принципе наиболее полного устранения основных патогенетических механизмов заболевания, которые могут быть предметом хирургического воздействия.

Во время оперативного вмешательства можно устранить:

1) высокий ретроградный сброс в поверхностную венозную систему при недостаточности приустьевых клапанов большой или малой подкожных вен;

2) увеличенную патологическую емкость поверхностной венозной системы, обусловленную ее варикозной трансформацией и гемодинамическими нарушениями;

3) низкий ретроградный сброс крови в поверхностную венозную систему через недостаточные перфорантные вены;

4) механизмы, обуславливающие нарушения оттока крови в глубоких венах нижних конечностей.

Изменения в венозной системе в каждом конкретном случае могут быть различными, поэтому вторым принципом оперативного лечения является индивидуальный

подход. Время стандартных операций при варикозной болезни ушло. Большинство ведущих флебологов считает, что каждый случай оперативного лечения необходимо рассматривать как отдельную клиническую задачу, которая должна быть решена хирургом [5, 14, 15]. Объем хирургического вмешательства зависит от характера выявленной патологии и редко может предусматривать выполнение только одного какого-либо вида коррекции, так как чаще всего требуется воздействие на несколько звеньев патогенеза.

Вышеизложенное ещё раз позволяет нам обратить внимание на важность детального обследования больного в предоперационном периоде. По мнению многих специалистов, результат операции больше зависит от точности исследования причин заболевания, чем от техники оперирования [14, 15, 19]. Поэтому при выборе объема оперативного вмешательства необходимо опираться на результаты современных инструментальных методов исследований, в первую очередь – ультразвукового ангиосканирования. Отказ от них и определение варианта операции только на основании клинического обследования следует в настоящее время расценивать как грубую тактическую ошибку.

При выборе объема оперативного вмешательства следует придерживаться следующей принципиальной схемы:

- определить, какие отделы венозной системы вовлечены в патологический процесс;
- определить протяженность и уровень поражения венозных сосудов;
- определить характер функциональных и морфологических нарушений, обусловленных нарушением венозного оттока.

В первую очередь, принципиально важным является вопрос, вовлечены ли в патологический процесс глубокие вены или заболевание ограничено только варикозной

трансформацией поверхностных и несостоятельностью перфорантных вен. Исходя из этого и будет определяться оптимальная операционная тактика. Если не выявлено эктазии глубоких вен и несостоятельности их клапанов, то оперативное пособие будет ограничиваться вмешательством на поверхностных и перфорантных венах. При выявлении недостаточности глубоких вен, кроме поверхностных и перфорантных вен, объектом операции должны стать и глубокие венозные сосуды [5, 17, 20], поэтому следует предусмотреть выполнение на них корригирующих вмешательств (коррекцию клапанов, резекцию или окклюзию задних большеберцовых вен).

Выбор объема операции на поверхностных венах

Классическая радикальная флебэктомия при варикозной болезни предусматривает выполнение перевязки сафено-фemorального и сафено-поплитеального соустий, удаление основных стволов и варикозно-расширенных притоков подкожных вен, перевязку несостоятельных перфорантов. Однако, учитывая уникальный характер гемодинамических нарушений у каждого конкретного больного, нет необходимости во всех случаях осуществлять полный объем операции. В настоящее время оправдано выполнение локальной и сегментарной флебэктомии (короткий, средний, дистальный стриппинг) [2, 16, 24], веносохраняющих вмешательств [5, 17, 25, 26]. Во всех случаях при выборе объема вмешательства на поверхностных венах следует опираться на результаты дуплексного ангиосканирования.

Оперативная тактика должна определяться с учетом характера и распространенности варикозного поражения вен, а так же степени трофических нарушений тканей, обусловленных венозной недостаточностью. Изначально необходимо определить, какая из подкожных вен вовлечена в патологический

процесс, и в каком состоянии находятся их основные стволы, подвержены ли они варикозной трансформации или имеется только расширение притоков. Важным является также и оценка приустьевых клапанов.

Оперативное вмешательство должно производиться только на той вене, которая вовлечена в патологический процесс. Абсолютно не оправдано удаление неизменной малой подкожной вены при изолированном варикозном расширении большой подкожной вены и интактной большой подкожной вены при варикозной трансформации только малой подкожной вены. Операции на обеих венах выполняются при их сочетанном поражении.

При варикозном расширении большой подкожной вены и её притоков следует придерживаться дифференцированного подхода. Больным с сегментарным варикозом, с не измененным основным стволом и не имеющих признаков хронической венозной недостаточности (класс С 2 по CEAP), оправдана веносохраняющая тактика, можно производить локальную флебэктомию. Следует только обратить внимание на состояние остиального клапана. Наиболее стойкие результаты удастся получить, если клапан состоятелен. В противном случае, сохранившийся ретроградный кровоток через сафено-фemorальное соустье в довольно короткие сроки все же приведет к расширению большой подкожной вены.

Пациентам с распространенным варикозом и признаками нарушения венозного оттока (судорожный синдром, отеки, пигментация – классы С 3-С 4 по CEAP) следует производить полное удаление большой подкожной вены и измененных притоков. При наличии выраженных трофических нарушений (липодерматосклероз, трофические язвы – классы С 4-С 6) оптимальнее выполнить средний стриппинг и обтурацию дистального участка большой подкожной вены аутовеной [2].

Хирургам не часто приходится производить вмешательства на малой подкожной вене. Обусловлено это тем, что варикозная трансформация её встречается значительно реже, чем большой подкожной. Возможно, это обстоятельство и обуславливает не редкие случаи необоснованного отказа от удаления малой подкожной вены. С другой стороны, не всегда расширение вен на задней поверхности голени и подколенной ямке обусловлено поражением малой подкожной вены. Оно может быть следствием варикозной трансформации притоков большой подкожной вены или отдельных ветвей, связанных перфорантами с системой суральных вен. Поэтому необходимо четко определять показания к удалению малой подкожной вены. Ими является её варикозное расширение и недостаточность сафено-поплитеального соустья [20]. При этом следует помнить, что малая подкожная вена в средней и верхней трети голени располагается между листками глубокой фасции и визуально оценить её состояние затруднительно. Неоценимую помощь оказывает ультразвуковое ангиосканирование, позволяющее выявить и недостаточность соустья, и начальные стадии расширения вены. Именно на его результаты следует ориентироваться при отсутствии видимых изменений дистального участка малой подкожной вены, располагающегося непосредственно под кожей. Отказ от удаления вены при несостоятельности сафено-поплитеального соустья и начальных стадиях расширения проксимального отдела в последующем приведет к прогрессированию патологического процесса.

Особый подход необходим при локализации варикозного расширения на латеральной поверхности бедра и голени [17]. В этом случае поражается латеральная поверхностная вена. Следует напомнить, что её наличие не относят к нормальному варианту строения поверхностной венозной систе-

мы. Она сохраняется при задержке редукции латеральной подкожной вены в период эмбриогенеза [15, 21]. Особенности её строения являются наличие большого количества связей с глубокими венами и частое впадение не в большую подкожную, а в бедренную или нижнюю ягодичную вены.

Варикозная трансформация латеральной вены обычно обусловлена ретроградным кровотоком через соустье с глубокими сосудами, реже через перфорантные вены. Латеральная подкожная вена обычно имеет тонкую стенку с очень слабым мышечным слоем. Поэтому даже небольшая гипертензия, которую выдерживают основные поверхностные вены, приводит к её варикозной трансформации. В связи с указанными обстоятельствами нередко большая подкожная вена остается у таких больных неизменной. По данным Ю.Л.Шевченко с соавт. [5], варикозное расширение большой подкожной вены у больных с латеральным варикозом встречается в 41% случаев. Следует отметить, что при изолированном расширении латеральной подкожной вены у больных, несмотря на длительные сроки заболевания, признаки хронической венозной недостаточности (судороги, отеки, трофические нарушения) отсутствуют, пациенты обычно обращаются к хирургу только из косметических соображений.

Объем оперативного вмешательства при латеральном расширении определяется исходя из состояния большой подкожной вены [17]. Если остиальный клапан сафено-фemorального соустья сохрaнен и основной ствол большой подкожной вены не изменен, то она сохраняется. Вмешательство ограничивается только удалением латеральной вены и её притоков. При сочетанном поражении большую подкожную вену приходится также удалять.

Рассматривая вопросы выбора объема оперативного вмешательства на поверхностных венах нельзя не остановиться на та-

ком важном аспекте, как варикозное расширение вен стопы. В настоящее время большинство исследователей сходятся во мнении, что отказ от их удаления обязательно приведет к развитию рецидива [22, 23]. Объем вмешательства на стопе избирается индивидуально, но следует помнить, что удаляются только варикозно-расширенные вены. Благодаря отсутствию на тыле стопы подкожной клетчатки, хорошо визуализируются и неизменные вены, они должны быть сохранены. Самое главное, чтобы в области голеностопного сустава были пересечены все перетоки со стопы на голень.

При выборе объема вмешательства следует учитывать, что оно должно обеспечивать не только радикальность, но хорошие косметические результаты. Обеспечиваться это может путем минимизации операционной травмы и применения малоинвазивных технологий. Целесообразно для удаления поверхностных вен шире применять минифлебэктомию по Мюллеру [14, 17, 27, 28].

Внедрение в практику современных высокотехнологичных методов (эндоскопия, криохирургия, лазерное излучение и т.д.) привело к совершенствованию традиционных и разработке новых вмешательств во многих разделах хирургии. Не осталась в стороне и флебология. В различных клиниках для лечения варикозной болезни применяются электрокоагуляция вен, криодеструкция, криофлебэкстракция, радиочастотная облитерация, эндовазальная лазерная облитерация, эндоскопическая трансиллюминационная флебэктомия, эндоскопическая флебэктомия. В настоящее время интенсивно осуществляется международный мониторинг применения таких оперативных вмешательств. После оценки отдаленных результатов и детализации показаний к применению каждой из них, вероятно, они займут достойное место в арсенале хирургов. В республике из этих технологий прошли апробацию и могут



Рис.1. Этап эндоскопического удаления большой подкожной вены.



Рис.2. Удаленная большая подкожная вена.

рекомендоваться для широкого применения криофлебэкстракция, эндовазальная лазерная облитерация [2, 29]. Перспективным представляется и использование эндоскопической флебэктомии [30, 31]. К настоящему времени мы имеем ещё небольшой опыт эндоскопического удаления большой подкожной вены, но уже первые вмешательства показали, что основным преимуществами его является уменьшение количества послеоперационных гематом и повышение косметичности вмешательства. На рисунках 1 и 2 представлены отдельные этапы эндоскопической флебэктомии.

В настоящее время практически оставлены попытки противопоставления оперативного и склерозирующего лечения варикозного расширения вен. Более того, наметилась четкая тенденция их сочетанного применения. Комбинированное применение этих методов нивелирует недостатки каждого из них. Оперативная коррекция патологических рефлюксов повышает радикальность лечения, а склерозирование варикозно-расширенных вен – его косметичность. Одним из эффективных методов комбинированного лечения считается интраоперационная катетерная склерооблитерация [32, 33, 34, 35, 36]. Явным преимуществом этого варианта оперативного вмеша-

тельства является возможность значительно расширить круг пациентов с распространенным варикозом, которым можно провести радикальное лечение в амбулаторных условиях.

Следует отметить, что большинство предложенных высокотехнологичных операций (криодеструкция и криофлебэкстракция, радиочастотная и эндовазальная лазерная облитерация, эндоскопическая трансиллюминационная флебэктомия, эндоскопическая флебэктомия и др.) по своей сути предусматривают новое техническое, нередко довольно дорогое, решение по выполнению отдельных этапов традиционных операций. То же можно сказать и о комбинированном лечении. Обладая такими преимуществами, как мининвазивность и высокая косметичность, они практически не предусматривают изменения тактических подходов и при их выполнении следует придерживаться тех же принципов, что и при выполнении традиционных вмешательств на поверхностных венах.

Выбор объема операции на глубоких венах

Вопросы выбора оптимального варианта вмешательства на глубоких магистральных венозных сосудах до настоящего времени окончательно не решены. В боль-

Таблица 1

Характер выполненных оперативных вмешательств на глубоких венах

| Вид операции | Количество операций |
|---|---------------------|
| Экстравазальная коррекция клапана бедренной вены в сочетании с вмешательствами на подкожных и перфорантных венах | 131 |
| Экстравазальная коррекция клапана бедренной вены в сочетании с вмешательствами на подкожных, перфорантных венах и резекцией задних большеберцовых вен | 50 |
| Экстравазальная коррекция клапана бедренной вены в сочетании с вмешательствами на подкожных, перфорантных венах и дистанционной окклюзией задних большеберцовых вен | 18 |
| Вмешательства на подкожных, перфорантных венах в сочетании с резекцией задних большеберцовых вен | 393 |
| Вмешательства на подкожных, перфорантных венах в сочетании с дистанционной окклюзией задних большеберцовых вен | 110 |
| Изолированная резекция задних большеберцовых вен | 3 |
| Изолированная дистанционная окклюзия задних большеберцовых вен | 32 |
| Итого: | 737 |

шинстве опубликованных работ авторы освещают только отдельные аспекты применения того или иного метода коррекции. Мы располагаем опытом выполнения различных вмешательств на глубоких венах при варикозной болезни более чем у 700 пациентов. Применялись экстравазальная коррекция клапанов, резекция и дистанционная окклюзия задних большеберцовых вен в различных комбинациях. Данные о характере оперативных вмешательств представлены в таблице 1.

Накопленный опыт позволяет нам высказать рекомендации по выбору варианта коррекции кровотока в глубоких венах. Он должен осуществляться с учетом возраста больного, характера и уровня поражения глубоких венозных сосудов, а также степени хронической венозной недостаточности.

У больных с несостоятельностью клапанов бедренной вены вне зависимости от класса ХВН показано выполнение коррекции клапанного аппарата. Наиболее простым и доступным методом, позволяющим получить хороший функциональный результат, является экстравазальная коррекция лавсановой спиралью по А.Н. Веденскому [5, 17, 20, 21]. Обязательным условием для её выполнения является сохранение клапанных створок. Следует воздерживаться от выполнения коррекции у больных старше 50 лет из-за высокого риска повреждения клапанных синусов во время операции.

Вмешательства на задних большеберцовых венах (резекция, дистанционная окклюзия) выполняются больным с недостаточностью клапанов глубоких вен при наличии отеков, трофических нарушений, т.е.

относящихся к классам С 3-6. Если имеются только отеки, то достаточно выполнить резекцию задних большеберцовых вен. При трофических нарушениях наилучшим вариантом является дистанционная окклюзия. Фактором, ограничивающим её выполнение, является диаметр вен. Если он не превышает 2 мм, то произвести окклюзию не удастся. В таких случаях следует выполнять дистальную резекцию задних большеберцовых вен.

Коррекцию кровотока в глубоких венах можно осуществлять на одном или двух уровнях (бедренная, задние большеберцовые вены). Изолированную коррекцию клапана бедренной вены оправдано выполнять только у больных, не имеющих стойких отеков и трофических нарушений, в случае сохранения функции клапана подколенной вены и отсутствии эктазии задних большеберцовых вен. Во всех остальных ситуациях целесообразно производить многоуровневую коррекцию, сочетать вмешательства на бедренной и задних большеберцовых венах. Благодаря этому можно достичь наиболее полной коррекции гемодинамики. У ряда больных приходится выполнять только вмешательства на задних большеберцовых венах. Такой подход оправдан при выявлении изолированной несостоятельности клапанов подколенной или ограниченной эктазии задних большеберцовых вен, а также в ситуациях, когда диагностирована несостоятельность клапанов бедренной вены, но произвести их коррекцию невозможно (возраст, анатомические особенности, нарушение строения створок, отказ больного).

Выбор объема операции на перфорантных венах

Основным фактором, влияющим на определение варианта вмешательства на перфорантных венах, является состояние тканей в зоне локализации последних. Выбор здесь, в принципе, не велик и тактика

давно определена. Все хирургам известна флебологическая аксиома – если ткани не изменены, то выполняется надфасциальная перевязка и пересечение перфорантов, при трофических нарушениях субфасциальная.

Субфасциальная перевязка перфорантных вен с использованием доступов Линтона и Фельдера очень травматичное вмешательство, для которого характерно тяжелое течение послеоперационного периода, множество осложнений, обширные послеоперационные рубцы. Эти обстоятельства побуждают флебологов изыскивать новые варианты оперативной коррекции горизонтального рефлюкса. Наиболее перспективным в этом отношении является эндоскопическая диссекция перфорантных вен. К настоящему времени многочисленные исследования [37, 38, 39, 40, 41, 42] показали эффективность данной операции и она заняла заслуженное место в арсенале хирургических методов лечения хронической венозной недостаточности. К сожалению, эндоскопическая диссекция перфорантных вен не получила широкого распространения в республике, хотя выполнение её с использованием троакарной технологии [40, 43, 44], по нашему мнению, доступно врачам общехирургических отделений, оснащенных стандартным эндовидеохирургическим оборудованием.

Существует ещё один вариант ликвидации кровотока в перфорантных венах – дистанционная окклюзия задних большеберцовых вен. По нашему мнению, её можно в некоторых случаях рассматривать как альтернативу субфасциальным методам. Данное вмешательство позволяет ликвидировать ретроградный кровоток в задних большеберцовых и перфорантных венах в нижней трети голени, где обычно развиваются трофические изменения мягких тканей. Преимуществом дистанционной окклюзии задних большеберцовых вен является отсутствие разрезов в зоне выраженных

трофических нарушений.

Надфасциальная перевязка перфорантных вен в верхней и средней третях голени, вне зоны измененных тканей, в сочетании с дистанционной окклюзией задних большеберцовых вен может выполняться в любом хирургическом отделении, а результаты её существенно лучше, чем после применения субфасциальной перевязки перфорантных вен из доступов Линтона или Фельдера, и мало отличаются от результатов после эндоскопической диссекции перфорантных вен.

Выводы

Завершая изложение рассматриваемого вопроса, необходимо отметить, что, учитывая многовариантность наблюдаемых гемодинамических нарушений при варикозной болезни, объем вмешательства должен определяться индивидуально на основании данных, полученных при детальном инструментальном обследовании венозного русла. Наиболее оптимальным вариантом вмешательства является комбинация различных методов, предусматривающих не только ликвидацию варикозно-измененных подкожных вен, но и устранение патологических вено-венозных рефлюксов в перфорантах, а также по показаниям коррекцию кровотока в глубоких венах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Косинец, А. Н. Варикозное расширение вен нижних конечностей / А. Н. Косинец, В. И. Петухов. – Витебск, ВГМУ, 2002. – 200 с.
2. Гришин, И. Н. Варикоз и варикозная болезнь нижних конечностей / И. Н. Гришин, В. Н. Подгайский, И. С. Старосветская. – Мн.: Выш шк., 2005. – 253 с.
3. Рецидивы варикозной болезни вен нижних конечностей после хирургического лечения (REVAS): согласительный документ / М. R. Perrin [et al.]; группа REVAS (Франция) // Флебологическая. – 2002. – №16. – С.2-12.
4. Гавриленко, А. В. Рецидивы варикозного расширения вен нижних конечностей / А. В. Гавриленко, П. Е. Вахратьян // Хирургия. – 2005. – № 2. – С. 65-69.
5. Ошибки, опасности и осложнения в хирургии вен: руководство для врачей / под ред. Ю. Л. Шевченко. – СПб.: Питер Ком, 1999. – 320 с.
6. Рецидив варикозной болезни / М. П. Вилянский [и др.]. – М.: Медицина, 1988. – 176 с.
7. Патогенез и хирургическое лечение при трофических язвах нижних конечностей на почве варикозной болезни / Б. С. Суковатых [и др.] // Вестник хирургии. – 2000. – № 3. – С. 25-30.
8. Пластическая хирургия хронических и нейротрофических язв / Г. Д. Никитин [и др.]. – СПб.: ООО «Сюжет». – 2001. – 192 с.
9. Schmeller, W. Surgical removal of ulcer and lipodermatosclerosis followed by split-skin grafting (shave therapy) yields good long-term results in «non-healing» venous leg ulcers / W. Schmeller, Y. Gaber // Acta Derm. Venereol. – 2000. – Vol. 80, N 4. – P. 267-271.
10. Does the pattern of venous insufficiency influence healing of venous leg ulcers after skin transplantation? / M. L. Kjaer [et al.] // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 2003. – Vol. 25, N 6. – P. 562-567.
11. Думпе, Э. П. Физиология и патология венозного кровообращения нижних конечностей / Э.П. Думпе, Ю. И. Ухов, П. Г. Швальб. – М.: Медицина, 1982. – 168 с.
12. Гришин, И. Н. Возможности и перспективы амбулаторной хирургии варикозной болезни в республике Беларусь / И. Н. Гришин, В. А. Лесько, А. С. Терещенко // Белорусское общество врачей УП Артмедика [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.artamedica.com>. – Дата доступа: 19.11.2005.
13. Сушков, С. А. Возможности улучшения оказания помощи больным с заболеваниями вен нижних конечностей / С. А. Сушков, Ю. С. Небылицин // Новости хирургии. – 2007. – №1. – С. 32-38.
14. Флебология: руководство для врачей / В. С. Савельев [и др.]; под ред. В. С. Савельева. – М.: Медицина, 2001. – 664 с.
15. Константинова, Г. Д. Флебология / Г. Д. Константинова, А. Р. Зубарев, Е. Г. Градусов. – М.: Издательский дом Видар, 2000. – 160 с.
16. Воевода, М. Т. Варикозная болезнь: этиопатогенез и лечение: методические рекомендации / М. Т. Воевода, А. А. Баешко, П. В. Маркауцан. – Мн.: БГМУ, 2006. – 32 с.
17. Стойко, Ю. М. Венозная гипертензия в системе полых вен / Ю. М. Стойко, М. И. Лыткин, Е. В. Шайдаков. – СПб., 2002. – 276 с.
18. Сушков, С. А. Оперативное лечение варикозной болезни у пациентов старших возрастных групп / С. А. Сушков, В. Я. Хмельников // Актуальные вопросы флебологии: материалы республиканской науч.-практич. конф. / – Витебск: ВГМУ, 2007. – С. 52-55.
19. Шулуток, А. М. Варикозная болезнь. Современные принципы лечения / А. М. Шулуток, А. Ю. Крылов. – М.: Миклош, 2003. – 127 с.

20. Практикум по лечению варикозной болезни / Г. Д. Конгстантинова [и др.]; под ред. Г. Д. Константиновой. – М.: Профиль, 2006. – 188 с.
21. Веденский, А. Н. Варикозная болезнь / А. Н. Веденский. – Л.: Медицина, 1983. – 208 с.
22. Гладких, В. Г. Оперативная коррекция нарушений мышечно-венозной помпы стопы у больных варикозной болезнью / В. Г. Гладких, Б. С. Суковатых // Вестник хирургии. – 1986. – № 11. – С. 43-48.
23. Malinski, B. Daszczetne kesmetyczne leczenie operacyjne zylakow konczyn dolnych / B. Malinski // Polski Przegląd chirurgiczny. – 1983. – № 6. – Р. 483-485.
24. Лесько, В. А. Типы варикозной болезни и дифференцированный выбор хирургического лечения / В. А. Лесько, В. А. Янушко, Л. Л. Ефимович // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2002. – Т. 8, № 2. – С. 102-106.
25. Durability of reflux-elimination by a minimal invasive CHIVA procedure on patients with varicose veins. A 3-year prospective case study / J. M. Escribano [et al.] // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 2003. – Vol. 25, N 2. – P. 159-163.
26. Superficial vein valve repair with a new external valve support (EVS). The IMES (International Multicenter EVS Study) / L. Incandela [et al.] // Angiology. – 2000. – Vol. 51, N 8. – Pt. 2. – S. 39-52.
27. Neumann, H. A. Muller's ambulatory phlebectomy and compression / H. A. Neumann, K. P. De-Roos, J. C. Veraart // Dermatol. Surg. – 1998. – Vol. 24, N 4. – P. 471-474.
28. Dortu, J. A. Treatment of varicose veins of the lower limbs by ambulatory phlebectomy (Muller's method): technique, indications and results / J. A. Dortu, I. Constancias-Dortu // Ann. Chir. – 1997. – Vol. 51, N 7. – P. 761-772.
29. Чур, С. Н. Эндовенозная лазерная коагуляция вен в комплексном лечении трофических язв нижних конечностей / С. Н. Чур, И. Н. Гришин, И. А. Швед, Т. Э. Владимирская // Новости хирургии. – 2007. – Т. 15. – № 3. – С. 35-44.
30. Video-assisted saphenous vein harvest: the evolution of a new technique / W. D. Jordan [et al.] // J. Vasc. Surg. – 1997. – Vol. 26, N 3. – P. 405-412.
31. Allen, K. B. Facile location of the saphenous vein during endoscopic vessel harvesting / K. B. Allen, C. J. Shaar // Ann. Thorac. Surg. – 2000. – Vol. 69, N 1. – P. 295-297.
32. Катетерная баллонная склерооблитерация новый метод склерохирургического лечения варикозной болезни вен нижних конечностей / Г. Р. Аскерханов [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2005. – Т. 11, № 1. – С. 85-91.
33. Серажитдинов, А. Ш. Оптимизация техники интраоперационной склеротерапии варикозно расширенных вен нижних конечностей / А. Ш. Серажитдинов, А. А. Фокин, Л. А. Орехова // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2002. – Т. 8, № 1. – С. 28-33.
34. Комплексное лечение больных варикозной болезнью нижних конечностей в амбулаторных условиях и по принципу “стационара одного дня” / Р. З. Лосев [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2002. – Т. 8, № 1. – С. 22-26.
35. Stripping operation with sclerotherapy for primary varicose veins due to greater saphenous vein reflux: three-year results / K. Miyazaki [et al.] // World. J. Surg. – 2003. – Vol. 27, N 5. – P. 551-553.
36. Сравнительная оценка методов хирургического лечения варикозной болезни / А. В. Гавриленко [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2004. – Т. 10, № 1. – С. 87-91.
37. Puggioni, A. Superficial vein surgery and SEPS for chronic venous insufficiency / A. Puggioni, M. Kalra, P. Gloviczki // Semin. Vasc. Surg. – 2005. – Vol. 18, N 1. – P. 41-48.
38. Endoscopic perforating vein surgery. Review of the literature and personal experience / F. D'Angelo [et al.] // Minerva Chir. – 2001. – Vol. 56, N 4. – P. 365-381.
39. Kalra, M. Subfascial endoscopic perforator vein surgery: who benefits? / M. Kalra, P. Gloviczki // Semin. Vasc. Surg. – 2002. – Vol. 15, N 1. – P. 39-49.
40. Эндоскопическая субфасциальная диссекция перфорантных вен голени в лечении трофических язв венозной этиологии / К. В. Шишин [и др.] // Хирургия. – 2005. – № 5. – С. 9-13.
41. Кунгурцев, В. В. Роль эндоскопической диссекции перфорантных вен у больных с хронической венозной недостаточностью в стадии трофических расстройств / В. В. Кунгурцев, В. Р. Чиж, И. М. Гольдина // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2000. – Т. 6, № 4. – С. 42-47.
42. Возможности эндоскопической хирургии в лечении декомпенсированных форм хронической венозной недостаточности нижних конечностей / В. А. Лазаренко [и др.] // Вестник хирургии. – 2005. – № 3. – С. 10-14.
43. Сушков, С. А. Применение троакарной технологии эндоскопической диссекции перфорантных вен / С. А. Сушков, П. А. Кухтенков, А. Г. Павлов // Новости хирургии. – 2007. – № 3. – С. 74-82.
44. Хирургия «малых пространств» / В. Н. Егиев [и др.]; под ред. В. Н. Егиева. – М.: Медпрактика, 2003. – 56 с.

Поступила 29.10.2007г.