

ОТЧЕТ

об участии в работе Пятой конференции ассоциации флебологов России Москва 9-11 декабря 2004 г.

Конференция проходила в помещении Дворца культуры Московского института инженеров транспорта.

Программные вопросы:

1. Лечение и профилактика венозного тромбоза и тромбоэмболии легочной артерии.
2. Диагностика и лечение хронической венозной недостаточности.

Открытие конференции состоялось 9.12.2004 г. в актовом зале Дворца культуры Московского института инженеров транспорта.

КРУГЛЫЙ СТОЛ ПО ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЛЕГОЧНОЙ ЭМБОЛИИ

Модераторы: И.И. Затевахин, В.И.Прокубовский

1. Профилактика тромбоэмболии легочной артерии установкой временных эмболоулавливающих устройств. Е.В. Шайдаков, Г.Г. Худулава, А.Н. Шишкевич (Санкт-Петербург).

На сегодняшний день наиболее эффективным средством профилактики тромбоэмболии легочных артерий (ТЭЛА) является установка кава-фильтров (КФ) Однако, по мере увеличения сроков с момента установки КФ неуклонно нарастает количество довольно характерных для этого метода профилактики осложнений (окклюзия нижней полой вены, перфорация ее стенок, образование забрюшинных гематом, миграция и разломы различных конструкций фильтров). С целью сведения до минимума негативных последствий постоянной имплантации КФ авторы применили временные КФ.

На период угрозы ТЭЛА для временной имплантации были применены съемные кава-фильтры фирмы «Cordis». В сочетании в ряде случаев с тромбэктомией, регионарным тромбозом за последние полгода имплантированы 12 КФ. Решение о съеме фильтра принималось на основании комплексного обследования пациента, включавшего ультразвуковое триплексное ангиосканирование, восходящую флебографию, мультиспиральную компьютерную томоангиографию и флебосцинтиграфию в том или ином сочетании.

Максимальные сроки удаления временных КФ составили 24-28 дней. За время наблюдения после удаления съемных фильтров ни в одном случае эпизодов тромбоэмболии легочных артерий не наблюдалось.

При постановке показаний к применению временных эмболоулавливающих устройств авторы считают необходимым строго соблюдать ряд положений:

- обязательное устранение опасности ТЭЛА;
- исключение факторов, способствующих развитию у пациента ретромбозов с возможностью возникновения ТЭЛА в отдаленном периоде;
- строгое соблюдение допустимых сроков нахождения КФ в НПВ;
- соблюдение методики установки фильтра с учетом анатомических и гемодинамических особенностей НПВ.

Внедрение в клиническую практику на период устранения опасности ТЭЛА временных кава-фильтров способствует существенному уменьшению негативных сторон эндоваскулярной профилактики эмболии легочных артерий.

2. Катетерная тромбоэкстракция из нижней полой вены.

В.Н. Шиповский, К.Б. Маров (Москва)

По поводу илиофemorального тромбоза авторами выполнено ангиографические исследования. Флотирующий эмболоопасный характер тромба выявлен у 242 больных (64,5%), у оставшихся 133 пациентов (35,5%) - характер тромба был неэмболоопасным (окклюзивный или неокклюзивный). У 27 пациентов верхушка флотирующего тромба локализовалась в нижней полой вене, причем у 11 (2,4%) них она достигала почечных вен, что делало невозможным имплантацию любой конструкции кава-фильтра. У 8 больных выявлено инфраренальное расположение проксимальной границы тромба достигающее устья нижележащей почечной вены, у 2 больных - интравенальное и у одного - суправенальное расположение тромба.

Катетерная тромбоэкстракция была выполнена у 11 пациентов (4 женщины и 7 мужчин) в возрасте от 19 до 66 лет (средний возраст 42,0 года). У 10-х показанием к тромбоэкстракции явилась протяженность флотирующего тромба, создающую техническую невозможность имплантации кава-фильтра и в одном наблюдении - эмболия во временный кава-фильтр.

Из 11 больных 10-м технически удалось удалить значительные тромботические фрагменты из нижней полой вены с помощью оригинального тромбоэкстрактора. В одном наблюдении катетерная тромбоэкстракция была выполнена частично - не удалось удалить достаточную верхушку тромба. Причина - из-за короткой шеи не удалось безопасно для расслоения вены ввести повторно ригидный тромбоэкстрактор. От дальнейших хирургических манипуляций ему было отказано, проводилась только консервативная терапия.

Удаление краниальной флотирующей части тромба на протяжении 5 -9 см позволило в 8 наблюдениях имплантировать кава-фильтра «Челнок» (Комед), у одного - «TrapEase» (Cordis).

В одном наблюдении показанием к использованию тромбоэкстрактора явилась тромбоз эмболия в ранее установленный временный кава-фильтр Temporary Vena-Cava Filter Set

(Cook Europe). Через трое суток при контрольной нижней каваграфии были диагностированы два тромбозных фрагмента в установленном кава-фильтре. Возникла дилемма. Оставлять временный кава-фильтр с тромбозными фрагментами внутри него нельзя, потому что он находится на струне выходящей над кожей через внутреннюю яремную вену. Удалять же временный кава-фильтр с тромбозными фрагментами внутри него тоже нельзя, потому что при складывании фильтра тромбозные фрагменты мигрируют в легочную артерию. Выход из создавшейся ситуации найден в успешном применении методики катетерной тромбозэкстракции.

У остальных девяти больных были успешно удалены каудальные проксимальные фрагменты флотирующих тромбов из нижней полой вены длиной от 5 до 11 см. Это позволило сразу же в освободившийся сегмент установить кава-фильтр.

В ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде в сроки от 4-х до 26 месяцев прослежены 7 из 11 пациентов, которым был применен метод катетерной тромбозэкстракции. Двое из них погибли (один - через 2 месяца, вторая - через 14 месяцев) из-за осложнений сопутствующей патологии (рак легкого и лимфогранулематоз).

3. Острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей: диагностика и лечение с учетом факторов риска.

В.В. Кунгурцев, В.Н. Анохин, Л.С. Зверева, Е.В. Вилкул, В.В. Егоров, Е.В. Кунгурцев (Москва)

Авторами проведен анализ результатов диагностики и лечения 120 больных с острыми тромбозами глубоких вен нижних конечностей. Основным инструментальным методом в диагностике тромбоза вен нижних конечностей является дуплексное ангиосканирование (ДАС), позволяющее получить необходимую анатомическую информацию, уточнить локализацию тромба и его распространенность. При недостаточной разрешающей способности дуплексного сканирования, особенно в случаях тромбоза проксимальных отделов подвздошных вен и нижней полой вены, выполняли контрастную флебографию или КТ флебографию.

Окклюзирующий тромбоз вен голени и бедра выявлен у 71 больного, неокклюзирующий тромбоз с признаками флотирующего тромба в просвете бедренных вен и подвздошных вен у 49 больных. Тактику лечения авторы определяли в зависимости от характера тромба его локализации, распространенности, давности заболевания, сопутствующей патологии.

Консервативная терапия проведена у 68 больных с окклюзивными или пристеночными тромбозами магистральных вен, уровень и характер которых не изменялся при динамическом ДАС. Последняя включала в себя эластическую компрессию ног, гепарино- и дезагрегантную терапию, венотоники, противовоспалительную терапию. Оперативное лечение осуществлено у 52 больных. Из них у 12 больных выполнена непрягая тромбозэктомия из поверхностной и ОБВ в сочетании с формированием дистальной а-в фистулы. У 19 больных выполнили пря-

мую тромбэктомия из ОБВ с последующей перевязкой поверхностной бедренной вены. У 5 больных - катетерная тромбэктомия из подвздошных вен. 16 больным имплантирован кава-фильтр. В послеоперационном периоде на фоне эластической компрессии нижних конечностей больные получали фраксипарин до 10 дней и противовоспалительную терапию с последующим переходом на непрямые антикоагулянты под контролем протромбинового времени и международного нормализованного отношения (МНО). Ходить разрешали на следующие сутки после тромбэктомий и через 2 суток после имплантации кава-фильтра. После выполненных тромбэктомий полное восстановление кровотока по бедренным и подвздошным венам достигнуто у 43 больных. Летальных исходов не было. На исход лечения существенно влияли сроки от начала заболевания.

На основании проведенных исследований авторами сделаны выводы:

1. Ультразвуковое исследование вен является высокоэффективным методом в диагностике флеботромбоза. Чувствительность и специфичность его составляет 95% и 98% соответственно.

2. Консервативная терапия показана при дистальных формах тромбоза вен без тенденции к прогрессирующему росту.

3. При распространенном восходящем тромбозе вен с образованием флотирующего тромба, или изолированном тромбозе подвздошных и бедренных вен необходимо отдавать предпочтение хирургическим методам лечения. Своевременная тромбэктомия предотвращает повреждение венозных клапанов, развитие ПТФБ.

4. Наложение временной артериовенозной фистулы служит важным дополнением к тромбэктомий из бедренных и подвздошных вен, способствуя ускорению кровотока в вене, снижению риска повторного тромбоза.

4. Хирургическая профилактика ТЭЛА в больницах общего профиля.

В.Б. Гервазиев, А.А. Карпенко (Барнаул)

В сообщении авторами подчеркнута, что тромбоз легочных артерий нередко развивается на фоне исходного заболевания, когда больных невозможно или опасно транспортировать в ангиоцентр. В связи с этим большинство пациентов остаются без оказания высококвалифицированной помощи. В связи с этим авторами предложена простая и надежная методика эндovasкулярной профилактики тромбоза легочных артерий (ТЭЛА) кава-фильтром «волан» без использования рентгено-визионной техники. Так же была изучена возможность ее применения в больницах общего профиля.

Разработана методика временной имплантации кава-фильтра «волан» (КФВ) в нижнюю полую вену (НПВ) с использованием только обзорной рентгенографии брюшной полости, при использовании этой методике катетер-внедритель погружается в бедренную вену на 1/3

длины, от места ее пункции до мечевидного отростка. КФВ вместе с коррегирующей нитью проталкивается катетером-проталкивателем до предварительно нанесенной метки, пока его ножки не достигнут внутреннего конца катетера-внедрителя. Затем КФВ удерживается энном уровне катетером-проталкивателем, а катетер-внедритель дается с него в дистальном направлении. Этим приемом исключается форсированное внедрение ножек фильтра в стенки НПВ.

Имплантация КФВ была применена у 22 больных с флеботромбо-и ТЭЛА в ангиоцентре и по этим же показаниям, у 69 больных чьницах общего профиля.

После имплантации КФВ в ангиоцентре у 5 больных принял нестандартное положение в НПВ. Однако при помощи коррегирующей нити было произведено исправление позиции или внедрение кава-фильтра в оптимальную позицию. Разработанная простая методика имплантации, коррекции переимплантации КФВ позволила применить ее и вне сосудистого центра. При этом у 43 больных имели место клинические признаки подвздошно-бедренного флеботромбоза и у 42 - ТЭЛА, причем объем выключения сосудов малого круга соответствовал массивной или субмассивной легочной тромбоэмболии. После имплантации КФВ обратным рейсом санитарной авиации были вывезены 19 оперированных. У 8 больных с массивной и субмассивной ТЭЛА после установки кава-фильтра была начата тромболитическая терапия. До транспортировки в ангиоцентр умерло шесть больных от исходной массивной ТЭЛА. Остальные пациенты поступили в клинику после стабилизации состояния или для удаления кава-фильтра.

Причиной тяжелого состояния, препятствующего ранней доставке в ангиоцентр, у 19 больных была массивная или субмассивная ТЭЛА, четверо из них длительное время находились на искусственной вентиляции легких. У шести больных тяжесть состояния была обусловлена послеоперационным периодом и обширными травмами.

Авторы не отметили ни одного случая рецидива ТЭЛА при проведении восстановительного лечения в больницах общего профиля и транспортировке больных в ангиоцентр. В то же время на контрольной ангиограмме, выполненной после транспортировке в клинику, у одного больного выявлен задержанный кава-фильтром эмбол.

После имплантации в больницах общего профиля у двух больных обойма фильтра сместилась в устье почечных вен, у 8 произошло его дистальное смещение и у одного больного реверсия кава-фильтра обоймой к сердцу. Все эти ситуации возникли по причине неточного соблюдения техники операции. Смещенные в подвздошные вены и реверсированный кава-фильтр после доставки пациентов в клинику были удалены из НПВ и повторно имплантированы в правильную позицию.

Таким образом, незначительное число неопасных и исправимых нестандартных клинических ситуаций, возникших после имплантации КВФ по предложенной методике, позволяют применять ее специалистом ангиоцентра в больницах общего профиля и в дальнейшем.

5. Отдаленные результаты хирургической профилактики ТЭЛА при эмбологенных флеботромбозах.

Н.А. Гордеев, Ф.В. Баллюзек, В.М. Седов, Л.В. Лебедев, Б.И. Фуревич, О.В. Ткаченко, В.В. Овсянников (Санкт-Петербург)

Авторами обследована группа (95 мужчин и 207 женщин в возрасте от 24 до 78 лет) из 786 пациентов, находящихся под наблюдением после выполнения различных способов хирургической профилактики тромбоэмболии легочной артерии. Показанием для их применения служил факт установления диагноза эмбологенной формы флеботромбоза при поражениях системы главных притоков нижней полой вены. При формулировке диагноза учтены данные, получаемые с помощью разработанной экспертной системы, которая основана на анализе весовых характеристик основных признаков этой формы флебопатологии.

Все пациенты обследованной группы были оперированы более пяти лет тому назад и оставались под динамическим наблюдением авоторов. При оценке их состояния использовались общеклинические тесты, а также результаты КТ, ЯМР, рентгенографического, и эходопплерографического контроля.

У большинства пациентов (209 наблюдений) для профилактики ТЭЛА применены различные способы каваклипирования, у остальных - установка кавафильтров, в основном - отечественного производства. В качестве критериев при сравнении результатов выбраны: наличие и частота рецидивов флеботромбоза, формирование картины ПТФС и тяжесть ее течения, эпизоды или рецидивы ТЭЛА, прямые осложнения установки выбранного устройства: дислокация, тромбоз, стриктуры нижней полой или общей подвздошной вены в результате паравенозной гематомы, градиент давления до и после препятствия.

Оказалось, что общая частота регистрируемых нарушений, которые можно связать с выполненным вмешательством, относительно невелика - 5,8 %. Их больше после установки кавафильтров (19,6%), в основном за счет прямых последствий операции (дислокация - 4, окклюзия - 11, забрюшинный фиброз после организации гематомы - 5). В то же время, частота развития ПТФС в обеих группах приблизительно одинакова, как и степень опасности ТЭЛА

(по одному наблюдению в каждой группе). Все отмеченные осложнения возникали в первые месяцы после вмешательства, в последующем их частота не нарастала. Наблюдения показывают, что оба примененных способа принципиально позволяют решать поставленную основную задачу. Авторы считают, что их противопоставление ошибочно, поскольку выбор лежит в рациональной оценке конкретной ситуации.

6. Хирургическая профилактика ТЭЛА.

Е.А. Решетников, В.П. Тетерин, А.Б. Сахаров, А.В. Иванов, Д.Е.Куликов
(Москва)

Авторами изучены результаты лечения 932 пациентов с тромбозами глубоких вен нижних конечностей, находившихся на лечении в течении последних 5 лет с 1995-2000 годы. Средний возраст составил 63,7 года, из них 65% мужчин и 35% женщин. Всем больным проводилось цветное дуплексное сканирование (ЦДС) нижней полой вены, подвздошных и вен нижних конечностей. У 290 (31,1 %) больных с признаками проксимального расположения флотирующих тромбов выполнена флебография и ангиопульмонография. Из хирургических методов профилактики ТЭЛА применялась имплантация кава-фильтра и пликацию бедренной вены ниже впадения глубокой вены с тромбэктомией. Кава-фильтры имплантированы 261 (28%) пациентам с флотирующими тромбами, в том числе 130 (14%) - с тромбэмболией легочной артерии. В течение ближайших двух месяцев ХВН развилась у 61% больных не только на пораженной, но и на противоположной нижней конечности. Через два года у всех больных с имплантированными кава-фильтрами ХВН 2 ст. обеих конечностей диагностировано у 45%, а 3 ст - у 24% больных. В настоящее время показания к имплантации кава-фильтра авторы ограничили только наличием флотирующего тромба в илеокавальном сегменте и нижней полой вене с ТЭЛА или без нее. При распространении флотирующего тромба до уровня бедренной вены проводилось ее пликация с одномоментной тромбэктомией, что исключало развитие тромбоза на противоположной конечности и снижало процент ХВН пораженной конечности. Из 82 больных которым была выполнена пликация ПБВ ХВН-2 ст развилась у 9,2%, а 3 ст у 1,7%.

Из всей группы обследованных больных тромбозы кава-фильтров отмечались у 6 больных (0,6%). Рецидив тромбэмболии легочной артерии после имплантации кава-фильтра отмечался в одном случае. Таким образом, с целью профилактики ТЭЛА при наличии флотирующего тромба в подвздошно бедренном сегменте тромбэктомия с последующей пликацией поверхностной бедренной вены предпочтительнее, т.к. сопровождается меньшим количеством поздних осложнений.

7. Профилактика повторных ТЭЛА при помощи отечественных фильтров-стендов.

С.А. Бирюков, П.Г. Швальб, В.В. Казаков, Ю.А. Алферов, В.В. Коновалов (Рязань)

Авторами с 2000 по 2003 в было установлено 9 фильтров-стендов в подвздошные вены диаметром от 16 до 18 мм. Мужчин было 8, женщин - одна. Средний возраст 49 ± 8 лет. Чисто профилактическая имплантация была произведена у 4 больных. Имплантация после состоявшейся эмболии легочной артерии - у 5. У всех пациентов флотирующий тромб располагался ниже наружной подвздошной вены. В двух случаях в течение месяца возник тромбоз фильтра-

стента. У 2 пациентов в отдаленном периоде наблюдались эпизоды повторной ТЭЛА с источниками в другой нижней конечности, потребовавших имплантации кава-фильтров. У одной больной на 3-й день после имплантации фильтра-стента произошла эмболия тромба в стент с развитием выраженного отека бедра. После чего фильтр-стент мигрировал в ствол легочной артерии с летальным исходом. У остальных пациентов повторных эпизодов ТЭЛА не наблюдалось, проходимость стента - сохранена.

На основании проведенного анализа авторы делают выводы:

1. фильтры-стенты эффективно профилактируют тромбоэмболию легочной артерии.
2. имплантацию фильтров-стентов необходимо проводить только при полной уверенности в отсутствии венозной патологии со стороны контрлатеральной нижней конечности.
3. по тромботическим осложнениям фильтры-стенты сопоставимы с традиционными кава-фильтрами.

10.12.2004

СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Председатели: В.С.Савельев, П.Г Швальб

1. Стандарты лечения ХВН. Дань моде или необходимость.

А.И.Кириенко (Москва)

Не умаляя значения творчества в работе врача, следует со всей определенностью сказать, что стандарты диагностики и лечения любого заболевания нужны для уменьшения числа ошибок, осложнений и рецидивов. Особенно это необходимо в отношении ХВН, которая чрезвычайно распространена среди населения России. Поданным исследования, проведенного в 2002 г. сотрудниками клиники, руководимой академиком В.С. Савельевым, различные проявления этого патологического состояния встречаются более чем 60% работников промышленных предприятий Москвы.

Очень важно обеспечить единообразный подход к диагностическим и лечебным мероприятиям. Необходимо унифицировать способы оперативного лечения, характер консервативной терапии и профилактических мероприятий. Без этого невозможен высокий уровень оказания помощи эму контингенту больных в масштабах России.

Особенно широк спектр ошибок при обследовании больных. В ряде лечебных учреждений вообще не используются инструментальные методы регистрации венозного кровотока. В настоящее время недопустимо основывать диагноз только на результатах клинических функциональных проб. Во многих случаях они способны ввести врача в заблуждение относительно диагноза и состояния венозной гемодинамики. Существует и другая крайность, когда всем без исключения больным проводят дорогостоящие и небезопасные исследования (например флебографию) без должных на то оснований. Сейчас повсеместно стали применять ультразвуковое сканирование, забывая о достаточно высоких диагностических возможностях у этого исследования.

Ошибки в принятии тактических решений наиболее опасны. Часто врачи различных лечебных учреждений «говорят на разных языках», используя совершенно различные понятия и термины для обозначения одних и тех же патологических состояний. Это затрудняет сравнение результатов лечения и преемственность в оказании лечебной помощи, делает невозможными широкомасштабные мультицентровые исследования. Недопустима и однотипная лечебная тактика при различных вариантах ХВН, когда врач выбирает способ лечения, исходя из своих предпочтений и пристрастий, а не руководствуясь особенностями клинического течения заболевания у конкретного больного. Нельзя противопоставлять оперативные и консервативные методы лечения патологии вен. Следует разумно сочетать их возможности.

Крайние варианты ошибочных подходов к терапии ХВН - полное игнорирование возможностей медикаментозного воздействия на течение патологического процесса либо использование многочисленных препаратов часто со сходным механизмом действия.

Наибольшие расхождения мнений существуют по вопросам показаний к проведению оперативного лечения и выбора способов хирургического воздействия. До сих пор показания к хирургическому вмешательству часто ставятся уже при развитии осложнений: варикотромбофлебита либо трофических язв. Неадекватные оперативные приемы могут привести к тяжелым, порой угрожающим жизни больных осложнениям, обусловить быстрый рецидив заболевания, отрицательно сказаться на скорости реабилитации. В хирургии, как ни в какой другой специальности, необходимо использовать только те лечебные приемы, эффективность которых доказана как непосредственными, так и отдаленными результатами.

Задачей, которую, возможно, нельзя решить в настоящее время, является первичная и вторичная профилактика ХВН. Но уже сейчас можно очертить круг вопросов, на которые клиницисты должны дать ответ. Среди них важнейшие: какие мероприятия позволяют надежно предотвратить появление и прогрессирование ХВН и в каких ситуациях их нужно использовать? Это важно не только и не столько для хирургов, сколько для врачей других специальностей: терапевтов, акушеров, гинекологов, эндокринологов и т.д. Только совместными усилиями можно добиться прогресса в результатах лечения и профилактики этого распространенного патологического состояния.

2. Возможности инструментальной диагностики и потребности клинической практики.

Совпадают ли они?

И.А.Золотухин (Москва)

Современная флебология достигла за последние годы весьма значительных успехов. Мечты флебологов и пациентов прошлого столетия о «бесшовной» хирургии или «быстром, безоперационном и безболезненном» избавлении от варикоза стали реальностью. Этому мы во многом обязаны бурному развитию различных методов инструментальной диагностики, которые позволили значительно расширить наши познания в сфере патогенеза и особенностей клинического течения хронических заболеваний вен. Еще 20 лет назад единственным эффективным способом диагностики являлась рентгеноконтрастная флебография, выполнить которую можно было, фактически, только в стационаре. Сегодня в нашем распоряжении есть целый ряд диагностических систем пригодных для применения в амбулаторных условиях.

Исследование венозной системы должно подтвердить клинический диагноз или помочь установить его в неясных случаях, а также решить задачу топической диагностики у некоторых пациентов. Метод должен быть доступен финансово и территориально, как для пациента,

так и для лечебного учреждения. Идеальной же является ситуация, когда инструментальное обследование проводит непосредственно лечащий доктор.

Наибольшей информативностью в отношении анатомических изменений в венозной системе обладают ультразвуковые способы исследования и рентгенофлебография. Поскольку диагностические возможности ангиосканирования и доплерографии лишь незначительно уступают довольно опасной и трудоемкой флебографии, которая в настоящее время практически не применяется у пациентов с ХВН.

Наиболее доступными с финансовой точки зрения являются фотоплетизмография, доплерография – аппаратура относительно недорога и, соответственно, стоимость исследований невысока.

Нарушения функции венозного русла нижних конечностей в состоянии зафиксировать только плетизмография и радионуклидная флебография.

Чаще всего пациентам выполняют плетизмографию или ангиосканирование, причиной этого является хорошая информативность и оснащенность обычных поликлиник аппаратурой для реовазографии, а диагностической аппаратурой и стационаров – ультразвуковым аппаратами.

Оценивая информативные возможности современных инструментальных методов исследования, можно сказать, что они полностью перекрывают клинические потребности. Но есть и другая сторона проблемы.

Сложившуюся ситуацию, к сожалению нельзя назвать позитивной. Реовазография является, по сути, исследованием ради исследования, а возможность полнить самостоятельно ангиосканирование подавляющее большинство хирургов-флебологов не имеют.

Это позволяет констатировать, что существующая организация диагностического процесса значительно отстает от потребностей современной флебологической практики.

В результате инструментальная диагностика ХВН фактически свелась к направлению всех (!) пациентов, без учета реальных показаний, на то исследование, которым располагает данное лечебное учреждение.

Оптимальный алгоритм, который может быть основой рациональной диагностики ХВН, подразумевает преимущественное применение простых и доступных тестов (плетизмография и доплерография), и лишь только сомнения в диагнозе и необходимость уточнения анатомо-топографических изменений венозного русла могут быть основанием для привлечения сложных и дорогостоящих методов исследования.

3. Эволюция и революция в хирургии ХВН.

Ю.М.Стойко (Москва)

В истории хирургического лечения хронической венозной недостаточности вряд ли можно выделить события и их последствия, равные по своей революционной значимости открытию асептики и антисептики для полостной хирургии, использованию аппарата искусственного кровообращения для хирургии сердца. В то же время необходимо отметить, что выдающийся прогресс в хирургии вен связан с исследованием анатомии, физиологии и патофизиологии оттока крови из нижних конечностей. Наиболее яркие достижения в этой области знаний, а вместе с тем становление основ современной флебохирургии, происходили на протяжении последнего столетия.

Начало современного патофизиологически обоснованного хирургического лечения варикозного расширения вен нижних конечностей связывается с именем Friedrich von Trendelenburg и А.А. Троянова. Считая причиной варикозной болезни наличие рефлюкса через сафено-фemorальное соустье и по большой подкожной вене, для выявления чего им использовалась жгутовая проба, F. Trendelenburg предложил в 1860 году выполнять через поперечный кожный разрез в верхней трети бедра лигирование и пересечение большой подкожной вены. Описание этой операции в литературе появилось в 1890 году. Заведующий отделением мужской Обуховской больницы в Санкт-Петербурге А.А. Троянов БПВ использовал пробу, аналогичную пробе Трендленбурга.

Справедливости ради следует отметить, что ни А.А. Троянов, ни F. Trendelenburg не настаивали на необходимости лигирования большой подкожной вены на уровне сафено-фemorального соустья. В 1910 году М.М. Дитерихс предлагал обязательную перевязку всех стволов и притоков БПВ, для чего применял дугообразный разрез на 2 см выше паховой складки, спускающийся на бедро, широко открывающий область овальной ямки и позволяющий резецировать большую подкожную вену и впадающие в верхний ее отрезок вены. Основные принципы хирургического лечения первичного варикозного расширения вен были определены еще в 1910 году на X съезде российских хирургов.

В зарубежной литературе пионером практического внедрения высокой приустьевой перевязки БПВ и впадающих в нее на этом уровне притоков считают John Nomans, датируя его сообщение 1916 годом. В настоящее время в литературе за этой операцией укрепилось название «кроссэктомия».

Широкое распространение в конце XIX века получило иссечение подкожных вен по O.W. Madelung (1884) через продольные разрезы по бедру и голени, в последующем этот доступ использовался В.П. Вознесенским (1930) при тромбофлебите подкожных вен, которые он иссекал «лампасным» способом вместе с покрывающей их кожей.

В 1906 году Ch.Н. Mayo сообщил об удалении БПВ из нескольких коротких разрезов, а также о применении экстравазального кольцевого венэкстрактора - vein stripper. В 1905 году Keller описал первое внутрисосудистое удаление варикозно-расширенных вен.

RW. Wayne Babcock усовершенствовал предложенный Keller инструмент и в 1907 году опубликовал результаты удаления варикозно-расширенных поверхностных вен с помощью зонда собственной конструкции, послужившего прототипом современного инструмента, используемого для этого вмешательства.

Метод Babcock подвергался усовершенствованиям. Одно из них сделал Henry Gray в 1909 году, предложив сменные наконечники разного размера и дополнительное соединение в середине инструмента, увеличившее его длину.

Thomas T. Myers, сотрудник отделения хирургии периферических сосудов клиники Мейо, в 1947 году предложил гибкий зонд для флебэктомии и набор зондов разной длины со сменными наконечниками разного диаметра, позволявшими удалять вены разной длины и калибра и крупные венозные узлы.

С этого времени вот уже почти сто лет операция Бэбкокка является обязательным компонентом флебэктомии, стандартом лечения варикозной болезни вен нижних конечностей.

Современные стандарты хирургического лечения варикозной болезни вен нижних конечностей разработаны рабочей группой и одобрены Совещанием экспертов под руководством академика В.С. Савельева 16 июля 2000 г.

В 70-80-е годы XX века большое внимание уделялось различным аспектам коррекции относительной несостоятельности клапанов глубоких вен как одного из факторов развития варикозной болезни. Было предложено множество методик экстравазальной и интравазальной коррекции клапанной недостаточности глубоких вен. Несмотря на то, что сейчас данные оперативные вмешательства выполняются приблизительно у 10% больных с несостоятельностью клапанного аппарата глубоких вен, это был необходимый, научно обоснованный этап хирургической флебологии, роль и значение которого еще не до конца оценены.

Из операций, создающих дополнительные пути оттока крови, наиболее известны сафено-подколенное шунтирование по Уоррену—Тайру и перекрестное бедренно-бедренное шунтирование (операция Пальма—Эсперона), выполняемое при односторонней окклюзии подвздошных вен. Одним из реальных достижений в реконструктивной хирургии вен является разработка оперативных вмешательств, восстанавливающих клапанную функцию реканализованных глубоких вен путем переориентирования оттока крови в магистральные поверхностные и глубокие вены, сохранившие полноценные клапаны. В современной литературе подобного рода вмешательства обычно называются *valvular transposition* - перемещение клапанов.

Одним из наиболее распространенных способов транспозиции клапанов является создание анастомоза между проксимальным отделом большой подкожной вены и бедренной вены после ее резекции вблизи слияния с глубокой веной бедра. При наличии сохранившихся клапанов глубокой вены бедра А. Н. Веденским была предложена операция бедренно-глубокобедренного анастомоза с формированием анастомоза между резецированной бедренной веной и глубокой веной бедра дистальнее ее состоятельного клапана. При невозможности выполнения реконструктивной операции посредством транспозиции клапанов наиболее рационально восстановление функции клапанов путем их свободной пересадки. Наиболее успешные и многочисленные результаты аутотрансплантации клапаносодержащих венозных сегментов опубликовали В.В. Сабельников (1988), S. Raju (1996), S. Taheri (1986), E. Masuda (1994). Основным фактором, ограничивающим применение данного рода реконструктивных операций, является несовпадение диаметров аутотрансплантата и замещаемого сегмента вены нижней конечности, что создает предпосылки к тромбообразованию.

4. Консервативное лечение ХВН с точки зрения доказательной медицины.

В.Ю.Богачев (Москва)

Принципы медицины, основанной на доказательствах (evidence-based medicine, EBM), в последние годы начинают доминировать при выработке стандартов лечения в клинике внутренних болезней. В то же время во флебологической практике программа консервативной терапии зачастую носит хаотичный характер, а набор ее компонентов определяется, в основном, пристрастиями врача, пожеланиями пациента и маркетинговой активностью производителей тех или иных лечебных средств (компрессионного трикотажа, препаратов, приборов и др.). Такой подход не только снижает эффективность, но и дискредитирует саму идею консервативного лечения хронической венозной недостаточности нижних конечностей (ХВН).

Целью настоящей работы явилась попытка проанализировать возможности консервативной терапии различных форм ХВН с учетом критериев EBM.

В качестве источников информации были использованы специальные издания и ресурсы Интернета.

Консервативное лечение ХВН с точки зрения доказательной медицины.

Анализ проводился с учетом влияния того или иного метода лечения на основные синдромы ХВН.

Эффективность компрессионной терапии, являющейся основой консервативного лечения различных форм ХВН независимо от их генеза, отражена в огромном количестве публикаций и не вызывает сомнений, несмотря на невозможность проведения полноценных плацебо-контролируемых исследований. В то же время результаты применения различных видов компрессионных бандажей значительно отличаются. Например, для лечения венозных тро-

фических язв наилучшие результаты были получены при использовании многослойных биндажей (3-х и 4-слойных), формируемых из бинтов различной степени растяжимости.

Для наиболее популярного в России препарата Троксевазин® нет данных о каких-либо исследованиях, подтверждающих его эффективность.

Наибольшее количество исследований посвящено эффективности микронизированной очищенной фракции флавоноидов - МОФФ (Детралекс®). Этот препарат эффективен при различных стадиях ХВН, в том числе и в качестве средства адьювантной терапии венозных трофических язв площадью до 10 см². В настоящее время обрабатываются результаты чрезвычайно интересного мультицентрового плацебо - контролируемого исследования, посвященного эффективности МОФФ в терапии венозных отеков. Результаты его будут опубликованы в ближайшее время.

Что касается местных лекарственных форм (мази, гели), то уровень доказательности их эффективности чрезвычайно низок и не подтвержден какими-либо объективными данными. То же касается различных физиотерапевтических процедур, таких как магнитная и лазерная терапия, целесообразность использования которых при лечении ХВН не нашла объективного подтверждения. Переменная пневмокомпрессия единственный физиотерапевтический метод с доказанной эффективностью при лечении венозных отеков, индуративного целлюлита и венозных язв.

В заключение следует подчеркнуть, что основными задачами консервативной терапии является устранение основных синдромов ХВН, а также профилактика и лечение таких осложнений этого заболевания, как трофические нарушения кожи, включая венозные язвы. При этом основу консервативной терапии должна составлять компрессия при адьювантной поддержке фармакологических препаратов, эффективность которых объективно доказана. Исключения составляют варикозные вены, на которые консервативная терапия принципиального влияния не оказывает. Поэтому при наличии жалоб косметического характера методом выбора является флебосклерозирующее или хирургическое лечение.

Необходимо подчеркнуть, что критерии ЕВМ не являются императивным руководством к действию. Многообразие клинических ситуаций делает консервативную терапию ХВН творческим процессом, требующим от врача постоянного повышения уровня своих знаний, а также расширения практической подготовки.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Председатели: Р.А. Григорян, Ю.М. Стойко

Время для выступления: 6 минут

1. Хирургические вмешательства с применением инновационных технологий при ранних стадиях варикозной болезни.

Ю.Л. Шевченко, Ю.М. Стойко, К.В. Лядов, А.Л. Соколов, Н.А. Ермаков, В.Г. Гудымович, Е.О. Белянина, С.В. Лавренко (Москва).

В период 2001 -2004 гг. в клиниках НМХЦ им. Н. И. Пирогова авторами обследовано 919 больных с ранними проявлениями варикозной болезни вен нижних конечностей (ВБВНК). Критериями отнесения больных к этой группе служили: преобладание жалоб эстетического характера, наличие ВБВНК стадии С1-С2, продолжительность заболевания до 5 лет, расширение подкожных вен до 10 мм в ортостазе, неосложненное течение заболевания, отсутствие трофических изменений кожи и подкожной клетчатки, выявление патологических рефлюксов (ПР) при УЗАС. Все больные прошли УЗАС-обследование на аппарате «ACUSON ASPEN». Оперировано 310 больных. Широко использованы современные малоинвазивные методики - эндовенозная лазерная коагуляция (ЭВЛК), криофлебэкстракция, минифлебэктомия, трансиллюминационная флебэктомия. Флебосклерооблитерация проведена 178 больным, чрескожная лазерная коагуляция телеангиэктазий выполнена 184 больным. Контрольные обследования в разные сроки после операции проведены у 64% больных.

По результатам УЗАС отмечено преобладание в ранних стадиях ВБВНК изолированных ПР в притоках БПВ и МПВ, в ПВ голени, а также в ограниченных сегментах венозных стволов. Эти изменения определяют выбор хирургической тактики. В большинстве случаев (96,1%) нарушения венозной гемодинамики не потребовали полного удаления стволов БПВ и МПВ. У этих больных выполнялась фрагментарная лазерная коагуляция (удаление) стволов подкожных вен, либо оперативные вмешательства не затрагивали стволы БПВ и МПВ. Особое внимание уделено эстетическим аспектам операций. Все пациенты положительно оценили функциональный и эстетический результаты операций. Подавляющее большинство больных (91,9%) оперированы амбулаторно или не нуждались в стационарном наблюдении более суток.

На основании проведенного исследования авторами делаются следующие выводы:

1. Ранние стадии ВБВНК характеризуются разнообразными нестандартными клиническими и УЗ-проявлениями, среди которых преобладают локальные ПР через ПВ голени, гипертензия и варикозная трансформация притоков БПВ и МПВ, а также сегментарный или локальный сброс в стволах БПВ и МПВ.

2. Хирургические вмешательства, выполняемые при ранних стадиях варикозной болезни, топически и патогенетически должны быть привязаны к коррекции патологического сброса.

3. Применение современных малоинвазивных методик, наряду с меньшим объемом операции позволяет значительно снизить травматичность оперативного вмешательства и выполнять его в ряде случаев амбулаторно. Операции, выполняемые с применением малоинвазивных технологий, не сопровождаются длительной нетрудоспособностью, соответствуют эстетическим требованиям.

4. Больные, перенесшие хирургическую коррекцию по поводу начальных проявлений ВБВНК, нуждаются в дальнейшем флебо-логическом контроле.

2. Эндоскопическая диссекция перфорантных вен под местной анестезией и без редукции кровотока (ЭДПВ).

В.В. Инжеватов, Г.Н. Писаревский (Москва)

Перечень эндохирургических операций, проводимых амбулаторно постоянно расширяется. Стали реальностью операции на перфорантных венах в хирургическом отделении поликлиники. Для операций авторами был выбран эндоскоп Хауэра (диаметр рабочего канала - 11 мм), как наиболее подходящий для практикуемой ими безгазовой методики, при которой не используется редукция артериального кровотока и, применяется проводниковая или инфльтрационная анестезия. Больные наблюдаются в условиях дневного стационара 30-60 минут после чего доставляются в сопровождении лечащего врача домой санитарным транспортом. Врачебный патронаж на 2,3,4 и 6-й день после операции включал осмотр, перевязки и доплеровское исследование с помощью портативного доплер-зонда. С пациентом поддерживается постоянная телефонная связь. Внеплановые посещения - при необходимости. Первые сутки - постельный режим, перевод на амбулаторный режим на 7-й день после операции. Эластичная компрессия оперированной конечности в течение 2-х суток круглосуточно, затем - с утра до вечера.

3 октября 2003 по май 2004 г. в хирургическом отделении Городской поликлиники №185 эндоскопическая диссекция перфорантных вен произведена 15 пациентам с варикозной болезнью (4 мужчинам и 11 женщинам) в возрасте от 28 до 70 лет (средний возраст 44 года) со 2-5 ст. хронической венозной недостаточности по СЕАР

На оперированных конечностях активных язв не имелось. Этиология заболевания у всех пациентов состояла в первичной недостаточности клапанов. Количество разобщенных перфорантных вен составило от 2 до 4 (в среднем 2,9). Четырнадцати пациентам ЭДПВ выполнялась в ходе комбинированной флебэктомии, наряду с кроссэктомией, стриппингом большой подкожной вены, операциями Нарата и Мюллера.

Никаких ранних послеоперационных осложнений не отмечено, в т.ч. тромбозов глубоких вен и ТЭЛА. У всех больных послеоперационные раны зажили первичным натяжением.

Максимальное время послеоперационного наблюдения составило 8 месяцев. У всех пациентов с трофическими нарушениями кожи отмечена регрессия этих изменений в течение первого месяца после операции. У одного пациента 2 месяца отмечались парестезии в области голени и стопы.

Период нетрудоспособности у работающих пациентов составил от 7 до 21 дня.

Выводы:

1. ЭДПВ - безопасная операция, не влекущая тяжелых осложнений в виде тромбэмболии легочных артерий и массивных тромбозов глубоких вен нижних конечностей. Она может выполняться в поликлинике при соответствующей квалификации персонала и наличии оборудования.

2. ЭДПВ выполнима под местной анестезией и без редукции кровотока.

3. В амбулаторных условиях при лечении первичного варикоза ЭДПВ должна рассматриваться как часть радикальной комбинированной флебэктомии, хотя возможно и изолированное применение этой операции для лечения и профилактики трофических язв.

4. Выполнение ЭДПВ в условиях поликлиники сокращает период нетрудоспособности.

3. Щадящий стриппинг стволов вен при варикозной болезни.

Лесько В.А., Малашицкий Е.А., Назарук А.М. (Брест, Беларусь)

В последнее время пересматривается длительно господствовавшая доктрина о необходимости радикального (иногда профилактического) удаления стволов подкожных вен. Это обосновано физиологически (удаление нормальных вен ухудшает венозную гемодинамику) и оправдано патогенетически (показано удаление патологического субстрата).

Помимо известных длинного и короткого авторами разработаны и применяются новые разновидности «консервирующего» (веносохраняющего) стриппинга стволов вен, их сочетание с перевязкой маргинальных вен стопы. В частности, применяются парциальные (частичные) методики в виде проксимального (ПрС) и дистального (ДиС) стриппингов. ПрС осуществляется при нисходящем типе варикоза и заключается в удалении ствола БПВ от сафенофemorального соустья (СФС) до верхней трети голени (короткий стриппинг) или же до средней трети голени (средний стриппинг). Для малой подкожной вены (МПВ) короткий стриппинг (КС) осуществляется в пределах субфасциального отрезка.

Дистальным стриппингом называется флебэктомия БПВ в нижней и средней третях голени и МПВ в пределах её подкожной порции. Показанием к ДиС БПВ является расширение медиальной краевой вены стопы и основного ствола в нижней и средней третях голени более 6

мм в диаметре с варикозными узлами или без них при отсутствии изменения проксимальных сегментов, т.е. «чистый» восходящий тип. При вовлечении в процесс передней вены стопы и голени выполняется перевязка ее в области голеностопного сустава или же удаление расширенной части вены на стопе и в нижней трети на голени в виде ДиС.

Таким образом, применяются следующие разновидности стриппинга в системе БПВ в зависимости от типа варикозной болезни.

- Нисходящий тип - короткий или средний стриппинг (СС);
- Восходящий тип - дистальный стриппинг, перевязка или удаление медиальной краевой вены стопы (МКВС);
- Смешанный тип - длинный стриппинг или проксимальный в сочетании с перевязкой МКВС.

В отношении МПВ авторы придерживались следующей тактики: при нисходящем типе - короткий стриппинг, восходящем - дистальный или перевязка латеральной краевой вены стопы, смешанном - длинный стриппинг или короткий + перевязка латеральной краевой вены стопы (ЛКВС). Процентное соотношение выполняемых стриппингов находится в связи с типами выявляемого варикоза.

По результатам оперативного лечения 451 больного в системе БПВ КС осуществлялся у 143 (31,7%), СС - у 113 (25,0%), ДС - у 12: (27,1%), ПрС + перевязка МКВС - у 30 (6,6%), ДиС - у 16 (3,5%), перевязка МКВС - у 27 (6,1%) больных. В системе МПВ ДС осуществлен авторами у 75,1% больных, КС - у 10,2%, ДиС - у 5,7%, перевязка ЛКВС - у 9,0%.

Выполнение щадящего стриппинга подкожных вен уменьшало травматичность вмешательства, сокращало его длительность, сопровождалось гладким течением послеоперационного периода. При наблюдении за пациентами в течение 3 лет диаметр сохраненного начального сегмента БПВ уменьшался, что говорит о снижении флебогипертензии в неудаленном участке вены, при этом тромбофлебита в данных сегментах вен не наблюдалось. Клинические результаты лечения подтверждали патогенетическую достаточность малоинвазивных стриппингов вен.

4. Миниинвазивная флебэктомия в хирургическом лечении варикозной болезни нижних конечностей.

Гавриленко А.В., Вахратьян П.Е., Шкатов В.А., Горина С.М., Ким Е.А. (Москва)

С 1999 г. по 2004 г. в отделении хирургии сосудов РНЦХ РАМН авторами был внедрен метод минифлебэктомии по Варади, варикозно расширенных притоков, а также давно используется метод экстракции варикозных притоков пилкой экстрактором при комбинированной флебэктомии. Суть метода минифлебэктомии по Варади заключается в экстракции варикозно измененного притока специальными крючками Мюллера из точечных кожных проколов на рас-

стоянии 2-7 см друг от друга по ходу варикозно измененного притока, кожные проколы не ушиваются. Суть метода удаления варикозных притоков пилкой экстрактором заключается в спиральной экстракции пилкой варикозных притоков из кожных разрезов 0,5-1 см по ходу притока, кожные разрезы ушиваются. За указанный период времени с 1999 года по 2004 год проведено 365 вмешательств по поводу ВБ, из них 123 (1-я группа) пациентам была произведена минифлебэктомия варикозно измененных притоков, 95 (2-я группа) пациентам было произведено удаление варикозно измененных притоков пилкой экстрактором и 147 (3-я группа) пункционная склеротерапия варикозно измененных притоков в послеоперационном периоде. Группы больных не отличались по полу, возрасту и распространенности патологического процесса.

Результаты операций контролировались в сроки от четырех недель до пяти лет. В результате проведенной сравнительной оценки у пациентов первой, второй и третьей группы отмечено, что у первой и третьей группы значительно ниже количество послеоперационных подкожных гематом, у них не отмечалось повреждение чувствительных ветвей подкожных нервов, отмечался хороший косметический эффект. Так же отмечалось сокращение сроков послеоперационной реабилитации больных в два раза. Изучение отдаленных послеоперационных результатов показало примерно одинаковую частоту рецидивов ВБ (1-я группа 25,3%, 2-я группа 24,7%, 3-я группа 24,2% $p < 0,05$).

Таким образом, методика минифлебэктомии варикозно измененных притоков по Варради, а также комбинация ее с пункционной склеротерапией в послеоперационном периоде является приоритетным методом в хирургическом лечении варикозных притоков при комбинированной флебэктомии.

5. Хирургическое лечение больных с хронической венозной недостаточностью в условиях центра амбулаторной хирургии.

Алуханян О.А., Аристов Д.С., Щепотина И.В., Алуханян А.О. (Краснодар)

С 1999 г. по 2003 г. в центре амбулаторной хирургии (ЦАХ) ГКБ №3 г. Краснодара авторами пролечено 985 пациентов, страдающих ХВН, средний возраст которых составил $47,3 \pm 0,8$ лет. Мужчин было 354 (35,9%), женщин 631 (64,1%). При этом у 326 (33%) больных была выявлена посттромботическая венозная недостаточность (ПТФС), варикозная болезнь (ВБ) - у 659 (67%) больных.

Всего у указанных пациентов выполнено 1200 различных операций. Изолированная поверхностная флебэктомия выполнена 676 (56,3%) раз. Изолированная эндоскопическая диссекция несостоятельных перфорантных вен голени (SEPS) - 402 (33,5%) раза. Показаниями к SEPS являлись: наличие 3 и более несостоятельных перфорантов без трофических изменений, трофические нарушения (индурация, гиперпигментация), трофические язвы при ВБ и ПТФС нижних конечностей. Большая часть SEPS выполнялась у больных с ПТФБ. Комплекс (флебэк-

томия и SEPS) выполнен в 122 (10,2%) случаях, из которых при ВБ 71 (5,9%) операция выполнялась в качестве второго этапа оперативного вмешательства через 2-3 месяца после флебэктомии

Оперативные вмешательства выполнялись под проводниковой или внутривенной анестезией. Флебэктомия по Беккоку, Нарату выполнялась по традиционной методике. SEPS выполнялась из медиального и заднего доступов с применением эндоскопического оборудования фирмы «K. Stors». Субфасциальное пространство дренировалось в течение суток. В послеоперационном периоде проводилась антикоагулянтная и антибактериальная терапия по показаниям. Пациенты выписывались из ЦАХ на следующие сутки с последующим амбулаторным наблюдением.

Оценка ближайших результатов проводилась авторами клинически с учетом степени регресса ХВН. Хорошие результаты отмечены в 962 (80,2%) случаях. К ним относили зажившие трофические язвы, выраженный регресс трофических нарушений, исчезновение ортостатической круралгии и уменьшение отеков. К удовлетворительным результатам в 181 (15,0%) случае отнесены умеренный регресс трофических нарушений, уменьшение язвы в размерах, исчезновение болей в области язвы. При этом авторы считают целесообразным отметить, что практически сразу (в течение суток) после SEPS купировались болевые ощущения и чувство тяжести и распираания в области голени. Неудовлетворительные результаты отмечены в 57 (4,8%) случаях в виде долго незаживающих трофических язв, их рецидива в основном у больных с выраженной индурацией и гиперпигментацией или наличием трофической язвы около 1 года и более изначально.

Серьезных и угрожающих жизни осложнений нами не отмечено. У 50 (5%) больных после SEPS наблюдалось выпадение зоны чувствительности, у 15 (1,5%) - краевой некроз кожи.

В сравнении со стационаром, где нахождение больного в отделении в послеоперационном периоде в среднем составляет 10 суток, хирургическое лечение больных с ХВН в условиях ЦАХ не уступает не только по результатам, но и является экономически более выгодным, т.к. оборот койки увеличивается в 8 раз.

6. Минимально инвазивная хирургия венозной патологии нижних конечностей в условиях отделения амбулаторной хирургии.

**Г.Е. Соколов, В.А. Бауэр, А.Ф. Хафизова, И.О. Гибадулина, А.П. Кошевой, А.Л. Волнин
(Томск)**

Многие авторы отмечают высокую заболеваемость населения варикозной болезнью нижних конечностей, особенно в развитых странах, где распространенность заболевания достигает 25%. В России варикозной болезнью страдают более 30 млн. человек. Следует отметить,

что это преимущественно люди трудоспособного возраста. В настоящее время широко внедряются стационарозамещающие технологии в лечении данной патологии.

Целью данной работы является обобщение и оценка результатов применения минимальноинвазивной флебохирургии в условиях отделения амбулаторной хирургии, а также определения экономической эффективности внедрения новых организационных технологий в практику городского здравоохранения.

В отделении амбулаторной хирургии (ОАХ) Томского военно-медицинского института за период 2003-2004 года выполнено 47 оперативных вмешательств по поводу варикозной болезни нижних конечностей. Из них мужчин 13 человек, женщин - 34 трудоспособного возраста. По стадии выраженности ХВН (по СЕАР): I стадии - 11, II стадии - 30, III стадии - 6 человек. Дооперационный койкодень - 0,28. Средний койкодень - 15,7.

Предоперационное обследование включало выполнение общеклинических анализов крови и мочи, исследование свертывающей системы крови, УЗИ венозного русла, ЭКГ исследование, флюорографию органов грудной клетки, осмотр анестезиолога - при выполнении оперативного вмешательства под общей или проводниковой анестезией, по показаниям - консультация терапевта, гинеколога.

Оперативные вмешательства выполнялись под местной, проводниковой, реже - общей анестезией.

Применялись следующие виды оперативных вмешательств и лечебных манипуляций: кроссэктомия в сочетании с длинным стриппингом и операцией Мюллера - 16 пациентов, кроссэктомия в сочетании с коротким стриппингом и операцией Мюллера - 7, секторальная флебэктомия или операция Нарата - 9, операция Мюллера - 4, склеротерапия - 11. Через три - четыре часа после выполнения операции и стабилизации показателей сердечно-сосудистой системы пациент санитарным транспортом доставлялся домой, где на следующий день он осматривался лечащим врачом с выполнением перевязки и получением рекомендаций по дальнейшему лечению.

Осложнений в послеоперационном периоде не было.

Экономическая оценка эффективности лечения проведена по методу анализа эффективности затрат, или стоимостного анализа эффективности, и составила 4082 денежных единицы на каждого прооперированного пациента.

Социальная эффективность обусловлена положительным психоэмоциональным воздействием на пациента в привычной домашней среде нахождения в послеоперационном периоде.

Таким образом, вышеизложенное позволило авторам прийти к выводу, что применение минимально инвазивных способов в хирургии венозной патологии нижних конечностей в

условиях отделения амбулаторной хирургии является эффективным как с медицинской точки зрения, так и с экономической и социальной и заслуживает более широкого внедрения в практику поликлинического звена в системе городского здравоохранения.

7. Амбулаторная хирургия варикозной болезни нижних конечностей.

Субботин А.В., Соколов В.В., Пономарева Н.И. (Ижевск)

Современный подход к лечению варикозной болезни ориентирован на расширение показаний к оперативному лечению, что является проблемой. В условиях ограниченного финансирования здравоохранения не представляется возможным оказать хирургическую помощь всем нуждающимся пациентам. Поиск выходов из создавшейся ситуации возможен при изменении подходов к тактике лечения больных, и внедрению и расширению объема лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий в стационар - замещающих условиях.

На базе хирургического отделения поликлиники МСЧ №3 г. Ижевска в течении 3 лет проводилось лечение пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей. Показанием являлись начальные стадии, согласно международной классификации хронической венозной недостаточности CEAP, C1-C2 класс клинических проявлений. Оперировано 167 больных. Все пациенты проходили стандартный алгоритм обследования, осматривались ангиохирургом, проводилась ультразвуковая доплерография или ультразвуковое ангиосканирование вен нижних конечностей. Операции проводились под местной анестезией. Объем оперативного лечения подбирался индивидуально согласно выявленным патологическим изменениям - наличию рефлюкса, варикозного синдрома и степени венозной недостаточности. Кроссэктомия сафено-фemorального соустья одной или двух сторон, кроссэктомия сафено-поплитеального соустья, эпифасциальная перевязка перфорантных вен на голени, сегментарной флебэктомия на бедре и голени из миниразрезов и комбинация перечисленных методик. В ближайшем послеоперационном периоде до 6 часов пациенты находились в палате наблюдения, после осмотра хирурга и наложения компрессионной повязки отпускались домой. Проводился мониторинг состояния больных по телефону. Контрольный осмотр и перевязка проводилась через 24 часа. Через 10-14 дней проводилась пункционная, компрессионная склеротерапия варикозно-измененных вен на голени раствором «Фибровейн» или «Тромбовар» в рекомендованных концентрациях. Этапное амбулаторное лечение проводилось в течение 2-3 мес. После окончания склеротерапии пациенты переходили на ношение компрессионного трикотажа фирмы «Венотекс» (США). В последующем пациенты наблюдались ангиохирургом поликлиники с периодичностью от 1 до 6 мес. Интраоперационных осложнений не было. В послеоперационном периоде у всех пациентов заживление первичным натяжением, у 2 пациентов была лимфорея, купированная консервативными мероприятиями. Срок пребывания на больничном листе трудоспособных пациентов составил от 3 до 12 дней. В группе наиболее социально активных пациен-

тов имела тенденция к отказу от пребывания на больничном листе. Результаты лечения контролировались в сроки до 3 лет.

Проводился сравнительный анализ лечения больных в условиях поликлиники и стационара. По данным авторов, амбулаторная хирургия начальных стадий варикозной болезни в сравнении со стандартной методикой лечения в условиях стационара имеет одинаковую частоту рецидивов и прогрессирования варикозной болезни, при меньших сроках пребывания пациентов на больничном листе и соответственно меньших затратах на лечение.

8. Миниинвазивное лечение варикозной болезни с применением биосовместимых материалов с памятью формы.

А.С. Котельников, А.И. Кечеруков, В.Э. Гюнтер, В.Н. Горбачев (Тюмень)

С целью косметически эффективного и радикального лечения варикозной болезни авторы применили новый подход в лечении данной патологии, используя флебосклерозирование и малое оперативное пособие. В начале проводилась пункционная склеротерапия ветвей большой подкожной вены, затем через 7-10 дней выполняли оперативное вмешательство, устраняющее сафено-фemorальное соустье за счет установки имплантата из никелид-титана с помощью катетера из 0,5 см разреза у лодыжки и последующим проведением катетерной стволовой склеротерапии.

Имплантат изготавливается из никелид-титанового сплава марки ТН-10, обладающего эффектами памяти формы и сверхэластичности. Сверхэластичное свойство никелид-титановых сплавов проявляется в восстановлении исходной формы после снятия нагрузки вызвавшей деформацию. Эффект «памяти» формы заключается в том, что при охлаждении TiNi они становятся эластичными, благодаря чему им можно придать необходимую геометрическую конфигурацию. При последующем нагревании до температуры тела они восстанавливают первоначальную форму.

Импантируемое устройство имеет треугольную форму и состоит из двух ветвей длиной 15-20 мм диаметром 0,4 мм. Кончики ветвей загнуты и одна из них короче другой, что необходимо для свободного помещения устройства в катетер диаметром 2,5 мм. В охлажденном состоянии ветви имплантата смыкаются между собой, что позволяет ввести его в катетер. После выведения имплантата из катетера к устью ветви под воздействием температуры тела принимают исходное положение тем самым, сплющивая просвет сосуда, смыкая клапаны, устраняя рефлюкс крови из бедренной вены в большую подкожную.

В последующем толкатель из катетера удаляется и в вену вливается 1% раствор Фибро-Вейна 3 мл в виде пены, полученной с помощью устройства, состоящего из одноразовых пластиковых шприцев объемом 5 мл, соединенных между собой трубкой от одноразовой системы. После забора склерозирующего препарата 3 мл и 2 мл воздуха производится перекачка

склерозирующего вещества из одного шприца в другой до получения мелкодисперсной пены. Эту пену вводили в просвет вены через катетер. При выведении катетера по ходу вены накладывается марлевый валик. Осуществлялась эластическая компрессия конечности. Пациенты в этот же день отпускались домой. В настоящее время данным методом проведено лечение 86 пациентам. Склерозированные перед операцией длинные ветви большой подкожной вены более 1 см в диаметре пересекались с помощью приема Клаппа-Соколова шелковой нитью №4 через каждые 7-10 см. Этот прием способствовал профилактике возврата варикоза и профилактике появления уплотнений по ходу вены, повышению косметичности лечения.

В паховой области отсутствует рана для обнажения соустья. При этом нет травматизации ткани в этой зоне, не повреждаются лимфатические сосуды и лимфатические узлы, а также нервы и артерии. При контрольных осмотрах рецидива заболевания авторами не выявлено. Рубец у лодыжки не заметен. Пациенты лечением довольны.

Преимуществами предлагаемого имплантата и метода является атравматичность, косметичность, радикальность и экономичность. Метод значительно улучшает качество жизни пациентов.

МАСТЕР-КЛАСС ПО СОВРЕМЕННЫМ МЕТОДАМ СКЛЕРОТЕРАПИИ

Проводит Щенев С.В. («Центр Флебологии», Москва)

Модератор: И.А. Золотухин

В рамках проводимого мастер-класса были продемонстрированы технические аспекты склерохирургического лечения варикозной болезни нижних конечностей. Организаторами мастер-класса проводилась прямая телетрансляция из операционной на проекционные экраны, что создавало эффект непосредственного участия в операции. Были показаны различные техники выполнения склеротерапии у пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей. Всего в рамках проводимого мастер-класса прооперировано 6 пациентов. Все выполняемые манипуляции подробно комментировались И.А. Золотухиным.

ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ХВН

Председатели: Б.Н. Жуков, А.П. Чадаев

1. Эндоскопическая субфасциальная диссекция перфорантных вен в комплексном лечении трофических язв голени венозной этиологии.

Шишин К.В., Аскеров Н.Г., Сапелкин С.В., Тимофеев С.И. (Москва)

С 1997 по апрель 2004 года авторами выполнено 71 эндоскопическая субфасциальная диссекция перфорантных вен голени 63 пациентам, страдающим декомпенсированными формами хронической веной недостаточности. Женщин - 50, мужчин - 13. Все пациенты имели выраженные трофические нарушения кожи и подкожной клетчатки в нижней трети голени. У 8 имелось двухстороннее поражение. На момент операции у 49 больных имелись трофические язвы, остальные 14 больных имели трофические язвы в анамнезе. У 30 пациентов ранее произведены флебэктомии различного объема, в том числе у 6 - операция Линтона.

Накануне операции проводилось дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей с разметкой недостаточных перфорантных вен.

Операция выполнялась под эндотрахеальным наркозом или под эпидуральной анестезией. Для эндоскопической субфасциальной диссекции перфорантных вен использовали медиальный доступ. Разрез кожи осуществляли в косопоперечном направлении (по линии натяжения кожи) по медиальной поверхности голени, отступя на 2 см кзади от линии Линтона (линии, соединяющей медиальный мыщелок с медиальной лодыжкой) и на 2-3 см проксимальнее зоны трофических расстройств. В большинстве наблюдений операция выполнялась через 1 прокол. При наличии перфорантных вен большого диаметра через отдельный кожный разрез несколько кзади и дистальнее устанавливали второй троакар для клипатора.

Использовали методику с инсуффляцией газа в субфасциальное пространство голени. Длина кожного разреза соответствовала диаметру вводимого троакара. Дополнительную герметизацию в области разреза создавали при помощи фиксатора. Нагнетание углекислого газа в субфасциальное пространство значительно облегчало проведение операции и создавало благоприятные условия для обеспечения достаточного операционного поля, отчетливой визуализации препарлируемых структур. При помощи диссектора, проводимого через инструментальный канал операционного эндоскопа осуществлял и поэтапную ревизию субфасциального пространства в дистальном направлении с одновременным выделением перфорантных вен. Выделенные из окружающих тканей перфорантные вены коагулировали биполярным зажимом с последующим пересечением. Крупные вены диаметром свыше 5-6 мм пересекали после клипирования. Для работы в субфасциальном пространстве применяли ультразвуковые ножницы, что по мнению авторов имеет ряд выгодных преимуществ. При данном виде рассечения тканей происходит одновременный гемостаз образованием нежного струпа. Достаточно низкая температура

при воздействии не приводит к обугливанию тканей, что снижает риск возникновения воспалительных изменений в субфасциальном пространстве, а также препятствует выраженному тромбообразованию в пересекательных венах. Возможность проведения диссекции, коагуляции и рассечения тканей одним инструментом сокращало время операции на 25-30 минут. Более того, использование ультразвуковых ножниц позволяло проводить операции без малейшей кровотоности что также снижало риск воспалительных осложнений и позволяло заканчивать операцию без дренирования субфасциального пространства.

Во всех наблюдениях при проведении эндоскопической субфасциальной диссекции удалось выполнить ревизию субфасциального пространства в запланированном объеме. В одном случае наблюдалось кровотечение в субфасциальное пространство из поврежденной при выделении перфорантной вены. Кровотечение остановлено прижатием с последующей коагуляцией. В одном наблюдении при выраженном фиброзе субфасциального пространства и травматической манипуляции имели перфорацию в области язвы. У 46 больных эндоскопическая субфасциальная диссекция перфорантных вен сочеталась с комбинированной флебэктомией варикозно расширенных вен в бассейне большой и малой подкожных вен и у 17 с иссечением и аутодермопластикой язвы.

В послеоперационном периоде у двух пациентов наблюдалась длительная (до 14 дней) лимфорея в области операционной раны. Консервативная терапия с положительным эффектом и последующим выздоровлением.

На основании собственного опыта авторы считают, что эндоскопический доступ является оптимальным для устранения перфорантного сброса при осложненных формах ХВН нижних конечностей, включая случаи венозных трофических язв, резистентных к проводимому консервативному лечению.

2. Малоинвазивные вмешательства на перфорантных венах при декомпенсированных стадиях варикозной болезни вен нижних конечностей.

Чукин С.А., Макарова Н.П., Хмельникер С.М. (Екатеринбург)

В основу представленной авторами работы положен материал относящийся к 96 пациентам, оперированным в Свердловском областном сосудистом центре с 1998 по 2002 гг. (получены путем случайной выборки из 1424 пациентов, оперированных на поверхностных венах). Результаты оценивали с помощью клинической шкалы международной классификации хронических заболеваний вен нижних конечностей (система CEAP) и с помощью ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС).

Для оценки результатов все пациенты, оперированные на поверхностных венах, были разделены на две группы: первая - контрольная - пациенты, которым выполнялась классическая флебэктомия - 41 пациент; вторая - пациенты, которым выполняли кроссэктомию - 55 пациен-

тов. В дальнейшем всем пациентам второй группы выполняли компрессионную склеротерапию. Показанием к выполнению кроссэктомии являлась несостоятельность остиального клапана и отсутствие варикозной трансформации ствола БПВ.

Результаты оценивали в сроки от 6 месяцев до 5 лет (в среднем 2,6 года). При анализе состояния пациентов после проведенного вмешательства по клинической шкале СЕАР в каждой из групп в отдельности при сравнении состояния до и после лечения происходит статистически значимое уменьшение суммы баллов ($p < 0,05$). При сравнении групп между собой выявляется статистически значимое различие в пользу классической флебэктомии.

Результаты вмешательства на поверхностных венах расценивали как:

хорошие - при отсутствии рецидива заболевания (отсутствии варикозных вен в бассейне, на котором происходило вмешательство), отсутствии рефлюкса крови по БПВ при контрольном УЗДС, изменении суммы баллов клинической шкалы СЕАР в меньшую сторону, обязательный балл 0 - в оценке отека;

удовлетворительные ~ при отсутствии рецидива заболевания, изменение суммы баллов клинической шкалы СЕАР в меньшую сторону, балл выше, чем 0 при оценке отека, наличии рефлюкса крови в магистральных венах;

неудовлетворительные - рецидив заболевания, увеличение или отсутствие изменения суммы баллов клинической шкалы, наличие рефлюкса крови по магистральным венам.

В первой группе (классическая флебэктомия) получены следующие результаты: хорошие - 68,3%, удовлетворительные - 24,4%, неудовлетворительные - 7,3%. Во второй группе (кроссэктомия) результаты были: хорошие - 18,2%, удовлетворительные - 16,4%, неудовлетворительные - 65,4%. Различие результатов статистически достоверно ($p < 0,05$).

При проведении контрольного УЗДС у пациентов, перенесших кроссэктомию в 70% случаев выявлен рефлюкс по стволу БПВ. В случаях, когда не был зарегистрирован рефлюкс, заболевание до операции проявлялось телеангиэктазиями или расширением латерального притока БПВ, а ретроградный кровоток до операции определялся только в области соустья на небольшом участке БПВ.

1) Кроссэктомия не устраняет вертикальный рефлюкс по магистральным поверхностным венам, после этого вмешательства отмечается высокое (до 65,4%) число рецидивов. Поэтому кроссэктомия показана только пациентам с ограниченным рефлюксом в области остиального клапана, она не должна применяться в широкой флебологической практике.

2) Применение УЗДС у пациентов с ВБ в предоперационном обследовании позволяет избежать неверной тактики при выборе метода вмешательства на поверхностных венах.

3. Тактика консервативного лечения ХВН, осложненной трофическими язвами.

А.М. Хохлов, Т.М. Наумова, И.В. Хохлова (Москва)

Консервативное лечение хронической венозной недостаточности, осложненной трофическими язвами (6-я стадия по системе CEAP), проведено больным, которым по ряду причин (наличие тяжелой сопутствующей патологии, хронической артериальной недостаточности конечностей и т.д.) хирургическое вмешательство было противопоказано. Большинство пациентов находилось в пожилом и старческом возрасте.

Так, при наличии сердечно-сосудистой недостаточности, назначали кардиотропную терапию по согласованию с кардиологом, а санацию язв предпочтительно проводить в управляемой абактериальной среде на установке АТУ-3.

В группе больных с явлениями ХАН лечение начинали с ее коррекции с помощью спазмолитиков (вазопростан и др.), дезагрегантов (трентал и др.) в течение 1,5-2 месяцев.

С целью улучшения (нормализации) венозного, лимфообращения и микроциркуляции всем больным назначали флебопротекторы (детралекс), физиотерапевтические процедуры (магнитотерапия, пальцевой массаж), проводилась ЛФК, эластическая компрессия (за исключением больных с ХАН).

Местное лечение направлено на санацию кожи и язвы. Перед перевязкой производится туалет кожи и язвы мыльной водой с последующим споласкиванием конечности слабым раствором перманганата калия. Устранение параульцерозного дерматита достигается с помощью гормональных мазей.

В фазе воспаления с целью удаления некротически измененных тканей язвы наиболее эффективным оказалось комплексное воздействие: вначале производится обработка язвы низкочастотным ультразвуком, а затем на язву накладывается коллагеновое покрытие (дигестол), содержащее в своем составе комплекс пролонгированных протеолитических ферментов (дигестаза), высвобождение которых происходит постепенно в течение 1-3 дней. Кроме протеолитического эффекта препарат оказывает стимулирующее регенерацию действие за счет продуктов деградации коллагена. Таким образом, сокращаются и сроки очищения язвы. К достоинствам дигестола относится также безболезненность перевязок.

После очищения язвы лечение направлено на стимуляцию роста грануляционной ткани и эпителизацию. Кроме хорошо зарекомендовавшего себя куриозина, достаточно обнадеживающие результаты получены при использовании лампы Vionic compact фирмы «Цептер», излучающей поляризованный полихроматический пучок, длина волн которого выше, чем у ультрафиолетового излучения, а энергетический потенциал ниже, чем у лазерного луча. Поэтому он безвреден для человеческого организма. Фототерапия оказывает противовоспалительное, противоотечное и анальгезирующее действие, улучшает микроциркуляцию, что, в конечном итоге, стимулирует репаративные процессы в 1,7 раза. Кроме прочего, сеанс облучения может осуществляться самим больным в амбулаторных условиях.

У части больных (кроме больных с ХАН) лечение продолжено до полной эпителизации под повязкой Унна, а при язвах больших размеров произведена аутодермопластика расщепленным лоскутом.

4. Использование дермальных фибробластов человека для лечения трофических язв венозной этиологии.

Мельцова А.Ж., Гриценко В.В., Сабельников В.В., Шулепова Е.К., Пинаев Г.П., Блинова М.И., Юдинцева Н.М. (С.-Петербург)

В отделении хирургии сосудов РосНИИТ и клинике госпитальной хирургии №2 СПбГМУ проходили лечение 33 больных с трофическими язвами нижних конечностей, на фоне декомпенсации хронической венозной недостаточности. В 27 случаях причиной развития ХВН являлась варикозная болезнь, у 6 - посттромбофлебитическая болезнь. Оценка гемодинамических расстройств оценивалась по результатам дуплексного сканирования вен нижних конечностей. Больным выполнялась трансплантация на язвенную поверхность аллогенных дермальных фибробластов, заключенных в коллагеновый гель (дермальный эквивалент). Культивирование фибробластов человека и приготовление из них дермального эквивалента осуществлялось в Отделе клеточных культур Института цитологии РАН. Контрольную группу (48 больных) составили больные, лечение трофических язв у которых проводилось традиционными методами. Оценивалось течение язвенного процесса (клинически, цитологически и бактериологически), скорость эпителизации высчитывалась по общепринятой методике. Больным с варикозной болезнью после заживления язвы выполнялась операция - флебэктомия, в сочетании с обтурацией заднеберцовых вен (при наличии в них рефлюкса).

Пересадка дермальных фибробластов способствовала активации репаративных свойств тканей, ускорению эпителизации, уменьшению размеров дефекта. Использование фибробластов для заживления трофических язв малой площадью (до 12 кв.см) у больных с варикозной болезнью позволило сократить сроки предоперационной подготовки до 4,8 суток. Сроки эпителизации трофических язв у пациентов с посттромбофлебитической болезнью составили после трансплантации фибробластов 27 дней. В контрольной группе этот срок составляет 29 дней. Полученные результаты позволяют авторам говорить об эффективности применения дермальных фибробластов в коллагеновом геле в комплексном лечении больных с хронической венозной недостаточностью, в стадии декомпенсации. Наиболее эффективно применение дермального эквивалента в проведении предоперационной подготовки больных с варикозной болезнью, осложненной трофическими язвами, для заживления дефектов малой площадью.

5. Резекционно-пластические операции в лечении посттромботической болезни в стадии индурации и изъязвления тканей.

И.М. Игнатьев (Казань)

Резекционно-пластические операции выполнены у 54 пациентов с ПТБ. Среди них женщин было 26, мужчин -28. Средний возраст составлял $48,7 \pm 5,4$ года. Всем пациентам проведено комплексное исследование, включающее флебографию (рентгеноконтрастную и радионуклидную) и ультразвуковое ангиосканирование. Оклюзионные поражения глубоких вен выявлены у 28 больных, частичная реканализация - у 14, полная реканализация - у 12. Во всех случаях имели место декомпенсация венозного оттока и тяжелые трофические изменения мягких тканей голени от обширного липодермосклероза до длительно незаживающих трофических язв торпидных к консервативному лечению (С4-6, СЕАР). Длительность существования трофических язв была от 6 месяцев до 16 лет.

Пластика язвы перфорированным кожным аутотрансплантатом как этап комбинированной операции выполнена у 32 больных, причем симультанно с корригирующими вмешательствами на перфорантных, поверхностных венах - у 11, с реконструктивными операциями на глубоких венах (перекрестное аутовенозное шунтирование, транспозиция клапанов) - у 9, в качестве второго этапа лечения - у 13. У 14 пациентов с обширными и глубокими язвенными дефектами тканей голени производили радикальное иссечение фиброзно измененных тканей вместе с язвой, перевязку перфорантных вен, удаление патологически расширенных поверхностных вен и свободную микрохирургическую пересадку сложносоставного лоскута (торакодорсального (9), лучевого (4) и окологлопаточного (1)). Использовали максимально длинную вену сосудистой ножки, анастомозируя ее под «защиту» клапана интактной вены, или пересаживали в вену (в 4 наблюдениях) сегмент аутовены, содержащий клапаны.

Непосредственные результаты аутодермопластики были успешными у 28 (87,5%) больных. В отдаленные сроки (от одного года до 10 лет) трофические язвы рецидивировали у 8 (38%) из 21 пациента, находящихся под наблюдением. Причем в группе 8 больных, которым выполнены реконструктивные операции (перекрестное ауто-венозное шунтирование), новообразование трофической язвы отмечено лишь в одном случае.

В ближайшем послеоперационном периоде приживление пересаженных композитных лоскутов получено в 11 (78,5%) случаях. У 2 пациентов причиной некроза лоскута явился тромбоз вены сосудистой ножки, у 1 - тромбоз артерии. Отдаленные результаты прослежены (в сроки от 1 года до 12 лет) у 8 больных. У 5 из них прогрессировали признаки хронической венозной недостаточности лоскута в виде гиперпигментации, индурации, отека. В 2 случаях произошел рецидив трофической язвы, причем характерной ее локализацией была граница лоскута с донорскими тканями. Площадь этих язв была существенно меньше исходной. Традиционное консервативное лечение приводило к заживлению рецидивных трофических язв. Обязательным компонентом послеоперационного лечения являлось соблюдение регламента постоянной эла-

стической компрессии бинтами средней растяжимости или медицинским трикотажем III-IV классов и назначение флеботропных препаратов с поливалентным механизмом действия (детралекс, гинкор-форт и др.).

Стойкое излечение больных с трофическими язвами при ПТБ возможно только после комбинированных операций, направленных на коррекцию регионарной флебогемодинамики, устранение местных патогенетических факторов путем иссечения пораженных тканей вместе с язвой (удаляется очаг аутоагрессии), пластики кожного дефекта свободным аутоотрансплантатом или аутоотрансплантации композитных тканей на микрососудистых анастомозах в зависимости от локализации, обширности и глубины поражения тканей.

6. Озонотерапия в лечении хронической венозной недостаточности нижних конечностей.

Е.Г. Градусов, Епанчинцев Ф.Ф., Дудкин Б.П., Белоусов А.Б., Савичев П.В., Потапова Н.М., Калькаева Л.М., Бригаднова Л.Н., Григорьев К.С. (Москва)

Консервативное лечение при хронической венозной недостаточности продолжает занимать ведущее место при лечении больных с трофическими нарушениями кожи нижних конечностей. В амбулаторной хирургии озонотерапия появилась относительно недавно, и поэтому возникает потребность в выяснении лечебных возможностей этого метода, показаниях и противопоказаниях к нему

Авторами проанализирован опыт лечения 42 больных с хронической венозной недостаточности 3 степени (30 человек) и 4 степени (12 человек), проходивших лечение в хирургическом отделении поликлиники №4 ФСБ РФ в период с 2000 по 2004 годы. Среди больных было 27 женщин и 15 мужчин в возрасте от 45 до 78 лет. Проводилась озонотерапия на аппарате УО-ТА-60-01 «Медозон» (РФ) - 308 процедур.

Озонотерапия делилась на общую (148 сеансов) и местную (160 манипуляций). Общая озонотерапия включала в себя внутривенное капельное введение озонированного раствора натрия хлорида 0,9% с концентрацией раствора 3,5-4 мг/л. Местно: выполняли подкожное и внутримышечное введение 20-40 мл озono-кислородной смеси в голень и стопу, внешнее озонирование голени в полиэтиленовом «сапоге» в течение 30 минут с концентрацией 25-30 мг/л озона. При трофических язвах накладывали повязки с озонированным маслом на измененную кожу, а при очищении язвы - прямо на раневую поверхность. Контрольную группу составляли 10 человек без озонотерапии, проходивших консервативное лечение по поводу варикозной болезни, осложненную трофическими нарушениями кожи голени 3 степени - 6 человек и 4 степени - 5 человек. Оперативное лечение этим больным не проводилось из-за отказа от операции или витальных противопоказаний. Явления дерматита, отек у пациентов в основной группе уменьшились через 4,5+1,1 суток, в контрольной через 5,6+2,1 суток. Трофические язвы зажили

в основной группе у всех пациентов в сроке от 10 до 25 дней. В контрольной группе у 2 человек, закрытия язвы достичь не удалось. При проведении озонотерапии все больные в первые же сутки отмечали улучшения самочувствия - стихали боли в области язвы.

На основании проведенных исследований авторы делают вывод, что озонотерапия один из эффективных методов консервативного лечения трофических нарушений нижних конечностей при хронической венозной недостаточности, может быть успешно применен в амбулаторной практике.

Преподаватель кафедры хирургических болезней

Капитан м/с

М. Кудыкин