

ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

М.В. Беляев

Кафедра хирургии, урологии, эндоскопии (зав. — доц. М.В. Беляев) Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей

Исследования патогенеза варикозной болезни показали, что в ее основе лежит формирование высоких и низких вено-венозных сбросов. Их эффективное устранение возможно лишь хирургическим путем. Ни в коей мере не противопоставляя оперативные и консервативные способы лечения, исходя из высокоинформативных диагностических возможностей телерентгенофлебоскопии и флебодопплероскопии, мы постепенно накапливали и совершенствовали опыт флебосклерозирующей терапии, стали комбинировать ее с другими способами воздействия на измененные вены и тем самым расширять показания для амбулаторного лечения варикозной болезни.

Наш опыт флебосклерозирующего лечения 212 пациентов дает основание рекомендовать этот метод при I—III степени варикозной болезни по классификации И.П. Даудяриса [1] у лиц без нарушения проходимости глубоких вен. Диагноз устанавливается при опросе, осмотре пациента, проведении пробы Троянова—Тренделенбурга, маршевой пробы. Анамнез позволяет выявить перенесенный в прошлом тромбофлебит как поверхностных, так и глубоких вен, выяснить частоту развития и особенности отека нижних конечностей, узнать детали проводившегося ранее лечения и его эффективность. Уже при осмотре больного можно определить у него степень расширения вен и тип строения варикозно измененной венозной системы (рассыпной или магистральной).

В наших наблюдениях рассыпной тип строения подкожных вен имел место у 74 (35%) человек (цифры округлены), а магистральный — у 138 (65%). I степень расширения была выявлена у 54 (25,5%) пациентов, II — у 89 (42%) и III — у 69 (32,5%), двустороннее поражение — у 61 (29%).

Проба Троянова—Тренделенбурга помогает оценить состояние остиального клапана большой подкожной вены, способность расширенных вен к спадению, что служит важным показанием к комбинированной флебосклерозирующей терапии. Всем пациентам без исключения мы проводим ультразвуковое исследование вен. В тех случаях, когда ультразвуковое исследование венозной системы конечности не дает достоверной информации о проходимости глубоких вен, клапанном аппарате и его состоятельности, мы обязательно используем восходящую флебоскопию, которую выполняем в положении пациента лежа на спине. На верхнюю треть бедра накладываем резиновый жгут, в вену на тыле стопы вводим 20,0—40,0 мл 76% раствора урографина или другого контрастного вещества. Не снимая жгута с бедра сгибаем и разгибаем стопу больного для сокращения икроножных мышц. Под электронно-оптическим преобразователем визуально контролируем скорость опорожнения от контрастного вещества подкожных расширенных и глубоких вен, определяем состояние клапанного аппарата последних и выясняем, нет ли маятникообразного тока крови в зоне клапанов. У здорового человека время опорожнения вен конечности от контрастированной крови не превышает 20—30 секунд. При варикозном расширении подкожных вен, несостоятельных перфорантных венах, а также несостоятельных клапанах глубоких вен время опорожнения может увеличиваться до полутора минуты.

Для своевременной диагностики скрытой венозной недостаточности и принятия правильного решения о методе лечения используем разработанную нами нагрузочную пробу. В состоянии покоя (пациент лежит на спине) выпол-

нением ультразвуковое исследование венозной системы. Затем больному бинтуем эластическим бинтом ногу и предлагаем в течение 3—4 минут шагать на месте или приподниматься на кончиках пальцев стоп, интенсивно нагружая икроножные мышцы. Тотчас после этого повторяем ультразвуковое сканирование — определяем диаметр вен, наличие либо отсутствие ретроградного тока крови. Если полученные после нагрузки показатели не возвращаются к исходным в течение 2—3 секунд, то это свидетельствует о скрытой венозной недостаточности. Такой диагноз мы поставили 18 женщинам, что послужило основанием для рентгеноконтрастного исследования с целью уточнения причины нарушения кровотока. Лишь 3 из них сочли возможным провести амбулаторное лечение. 12 пациенток были прооперированы в стационаре, 3 — от какого-либо лечения отказались.

Флебосклерозирующую терапию в зависимости от степени изменений венозной системы проводили отдельным методом (у 6 мужчин, 45 женщин) либо комбинировали ее с “фрагментированием” (прошиванием) подкожных вен (у 8 мужчин, 68 женщин), клипированием несостоятельных перфорантных вен (у 7 мужчин, 48 женщин), клипированием устья большой подкожной вены при несостоятельности ее остиального клапана (у 3 мужчин, 27 женщин). В качестве склерозирующего агента использовали тромбовар, фибро-вейн, этоксисклерол, а в ряде случаев — катетерную облитерацию вен гелем.

В случае сочетания всех способов воздействия на патологически измененные участки венозного русла нижней конечности лечение выполняем следующим образом: пациента укладываем на перевязочный стол, больную конечность несколько приподнимаем на валике, подкожные вены при этом спадаются. В точках проекции несостоятельных перфорантных вен осуществляем местную анестезию 0,25% или 0,5% раствором новокаина. Производим разрезы кожи длиной до 8—10 мм, зажимом типа “москит” препарируем подкожную клетчатку, разделяем фасцию, находим

вену. Вводим специальный ранорасширитель из никелида титана, обладающий памятью формы. Введенный в разрез в виде узкого стержня под действием температуры тела его “лепестки” раскрываются, обнажая искомый отрезок вены. Для разведения раны можно также пользоваться обычным длинным кровоостанавливающим зажимом либо узким шпателем. На вену с помощью узкого кровоостанавливающего зажима накладываем клипсу из никелида титана. Бранши охлажденной клипсы согреваясь в тканях сдавливают вену и прерывают кровоток на этом участке. В случае наложения клипс на устье большой подкожной вены из одного доступа их накладываем две-три на протяжении для полноценного прекращения поступления крови по всем притокам. Раны на коже из-за малого их размера при отсутствии интенсивного кровотечения можно не зашивать, а свести края лейкопластырем.

У худощавых лиц со слабо развитой подкожной жировой клетчаткой при залегании перфорантных вен не глубже 4 см от уровня кожи прерывание кровотока по ним достигается менее инвазивным способом: под постоянным контролем ультразвукового датчика после анестезии большой крутой иглой в косом направлении, приблизительно под углом 45° относительно направления вены, вокруг нее проводим нерассасывающуюся нить № 4—5, которую выводим на кожу через отверстие вкола. Аналогично вокруг перфорантной вены проводим вторую нить, но введение и выведение ее на кожу осуществляем в диаметрально противоположной точке. Под контролем ультразвукового сканирования обе нити одновременно подтягиваем до момента полного прекращения кровотока и ретроградного сброса крови по несостоятельной вене. Нити завязываем, узелки их прячем под кожу по методу Клаппа—Соколова. У астеников под контролем ультразвуковых волн перевязываем по Клаппу—Соколову и устье большой подкожной вены с притоками, что существенно снижает инвазивность, травматичность и длительность всего вмешательства.

На протяжении последних 4 месяцев для прерывания кровотока по перфорантным венам применяем разработанное нами устройство. Под УЗ-контролем над перфорантной веной глазным скальпелем прокалываем кожу, в этот прокол вводим инструмент. Под контролем ультразвука вплотную подводим его к перфорантной вене, затем из устройства выталкиваем и надеваем на вену титановую клипсу.

Расширенные подкожные вены “фрагментируем” — прошиваем на расстоянии не более 10—15 см друг от друга. Перпендикулярно ходу вены после анестезии раствором новокаина, отступая от нее в обе стороны приблизительно на 0,5 см, изогнутой хирургической иглой позади вены проводим толстую (№8—10) стерильную нить. Необходимо провести нить именно позади вены и перпендикулярно ее длиннику, но не через вену, так как это приводит здесь к быстрой реканализации и рецидиву заболевания. Число нитей колеблется в зависимости от протяженности и извитости расширенных вен. Лигатуры затягиваем на марлевом шарике максимально туго “на бантик”, так как узлы должны легко развязываться. Каждые 2—3 суток узел развязываем, марлевый шарик удаляем, кожу под ним обрабатываем антисептиком, укладываем новый шарик и нить завязываем вновь, но более туго. На 9—10-е сутки вена за счет периодического подтягивания нити полностью пересекается. Фрагментированная таким образом вена спадается, застывает.

После клипирования и прошивания вен тотчас приступаем к склерозированию образовавшихся фрагментов тромбов, разведенным до 1,5—2% концентрации, чтобы уменьшить проявления флебита. Инъекционную иглу вкалываем в дистальную часть фрагмента вены, затем конечность слегка приподнимаем, чтобы вена максимально опорожнилась, и через иглу вводим склерозирующий препарат. В один фрагмент достаточно ввести 3 мл. Как правило, необходимо лишь однократное склерозирование каждого фрагмента. Конечный этап процедуры — эластическое

бинтование конечности. Через 1—2 часа после окончания процедуры больной уходит домой. В общей сложности бинт, снимаемый со вторых суток и только на ночь, больной носит месяц-полтора. Каждые 3—5 дней хирург осматривает пациента, чтобы при необходимости дополнительно провести склерозирование сохранившихся расширенных фрагментов вен.

В течение года ближайшие результаты лечения варикозной болезни по разработанному в клинике комбинированному методу оценены у 119 человек. У 105 (88%) результаты расценены как отличные и хорошие. У 8 (7%) пациентов развился рецидив заболевания. Повторные проявления варикозного расширения вен не превышали I степени, что потребовало проведения дополнительного склерозирования в чистом виде, после этого наступило выздоровление. 6 больных жаловались на сохранявшуюся в зоне инъекций склерозирующего агента умеренную болезненность, уплотнение тканей и покраснение кожи. Визуально расширенные вены не определялись. При ультразвуковом исследовании рецидивирования не отмечено. Всем пациентам были назначены противовоспалительные физиопроцедуры, давшие положительный эффект.

Отдаленные результаты на протяжении трех лет удалось проследить у 77 больных. Отличные и хорошие результаты были отмечены у 67 (87%) человек, у 10 (13%) прооперированных вновь развилась варикозная болезнь I—III степени. I—II степень была у 5 лиц: им проведено повторное комбинированное лечение с достижением положительного результата. III степень варикозной болезни констатирована также у 5 больных: из них 2 человека отказались от какого-либо лечения, а 3 — были прооперированы эндоскопическим способом.

Консервативный метод лечения (склерозирование) как таковой имеет ограниченные показания. Общепринятое оперативное лечение на 1,5—2 месяца выводит человека из привычного образа жизни, снижает трудоспособность, связано с риском послеоперационных осложнений; косметический эффект не

удовлетворяет пациентов, особенно женщин. Современный эндоскопический способ флебэктомии дает хороший косметический результат, но оказывает травмирующее воздействие на подкожные структуры, подобно традиционной стандартной операции. Эндоскопическим способом сложно добиться качественного эффекта при рассыпном типе строения венозной системы, требуется дорогостоящая аппаратура, что недоступно многим лечебным учреждениям. Поэтому современные социальные условия побуждают медиков разрабатывать способы врачевания с минимальной утратой трудоспособности и соблюдением косметических принципов воздействия при условии радикальности излечения.

Выяснение точной топической причины варикозной болезни позволяет отказаться от стандартной флебэктомии и путем фрагментирования, склерозирования вены добиться ее облитерации, при этом нет необходимости делать большие разрезы. Вмешательство сопровождается ничтожной кровопотерей, выполняется амбулаторно. Через 5—6 дней, а иногда и раньше пациент восстанавливает исходную трудоспособность. До месяца-полутора следует носить эластический бинт или чулок; после их снятия выявляются, если таковые имеются, необлитерированные в результате лечения участки вен. В таких случаях проводится дополнительное воздействие до получения стойкого клинического эффекта.

Считаем, что показаниями к применению флебосклерозирующей терапии, сочетающейся с другими методами, служат расширенные, узловатые вены голени и бедра с несостоятельностью подкожных клапанов, часто и перфорантных вен, но с преобладанием магистрального типа строения подкожной флебосистемы. Обязательным условием является спадение расширенных вен в горизонтальном положении пациента. Допустимо применение комбинирован-

ной терапии у пациентов с трофическими нарушениями на фоне варикозной болезни, которым в силу сопутствующих заболеваний противопоказано оперативное вмешательство.

Периодически приходится иметь дело с пациентками, которые в угоду косметическим интересам настаивают на применении консервативных методов лечения, пренебрегая рекомендациями хирурга выполнить хирургическое вмешательство. Противопоказаниями к комбинированному лечению были расширенные вены по рассыпному типу с выраженным нарушением флебогемодинамики и частыми трофическими осложнениями. Грубые дегенеративные изменения в стенках вен даже при магистральном типе венозной системы, препятствующие полноценному их спадению, расширение сосудов более 12—15 мм также являются противопоказанием.

Нам представляется перспективным применение не склерозирующих, а пломбирующих вену гелей, например интерфала и формакрила. В литературе встречаются единичные сообщения об их использовании, при котором существенно расширяются показания к амбулаторному лечению варикозной болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Даудярис Й.П. Болезни вен и лимфатической системы конечностей. — М., 1984.

Поступила 25.11.99.

POSSIBILITIES AND PROSPECTS OF LOWINVASIVE SURGERY OF VARICOSITY

M.V. Belyaev

S u m m a r y

The described ambulatory treatment method of varicosis of the II—III degree makes it possible to extend the indications to the conservative treatment, on veins and to obtain the steady good effect comparative with the operative phlebectomy effect but without its traumatism, to achieve high cosmetic results and fast recovery of capacity for work.