

Ст. М. ГАЛСТЯН, П. П. АНАНИКЯН

К ВОПРОСУ УНИФИКАЦИИ ТЕХНИКИ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

В настоящее время не вызывает сомнений, что эффективность лечения расширений вен нижних конечностей в первую очередь зависит от их радикального иссечения. Между тем методы оперативного лечения, предложенные Трояновым, Маделунгом, Бибкоком, Тренделенбургом, Клаппом и др., лишены радикальности и дают рецидивы от 40 до 90% [1, 5, 9, 15, 16, 17]. Поэтому часть авторов [2, 3, 7, 8, 10, 11, 13, 17] старается добиться радикальности путем комбинации двух и более классических оперативных методов.

Применение этих многочисленных и, как показывают исследования, недостаточно эффективных методов резко осложняет вопросы правильной оценки отдаленных результатов оперативного метода лечения варикозного расширения вен нижних конечностей. Поэтому мы поставили перед собой задачу, используя как достижения отечественных и зарубежных авторов, так и наш личный опыт, унифицировать технику хирургического лечения варикозного расширения вен нижних конечностей, в то же время включив в нее элементы, которые сделали бы операцию максимально радикальной. Анализ более 600 флебографических исследований, произведенных различными способами, а также определение венозного давления, скорости кровотока, насыщенности крови кислородом и функциональных проб показали, что рецидивы после оперативных вмешательств в основном наступают от неполноценного удаления измененных вен. Чем ярче отмечаются при этом патологические процессы в глубоких венах, тем выше частота рецидивов.

Основными показателями, обеспечивающими радикальность операции, являются: а) полноценная обработка сафено-бедренного соустья, б) полное удаление измененных подкожных вен, в) лигирование перфорантных вен, г) обработка окологодыжковых дренирующих вен, д) ликвидация оставшихся подкожных ветвей и узлов эндовазкуляриной электрокоагуляцией или методом склерозирования вен.

Основные этапы оперативной техники, вытекающие из вышеописанной принципиальной установки, состоят в следующем.

1. Обработка культи большой подкожной вены с декомпрессией.

Большая подкожная вена должна быть лигирована сразу у места впадения в бедренную вену с обязательной перевязкой всех имеющихся коллатералей. Низкая перевязка большой подкожной вены является одной из основных причин, приводящих к регургитации крови и развитию рецидива варикозного расширения вен. Причиной рецидива может стать и удаление лишь одного ствола нередко встречающейся двойной большой подкожной вены. Правильной перевязке устья большой подкожной вены и пересечению всех имеющихся здесь коллатералей способствует осторожное выделение сосуда с помощью дессектора на небольшом протяжении бедренной вены. Рассечение при этом фиброзно-фасциального листка сосудистого ложа у нижнего края овальной ямки устраняет сдавление сосудов. Неполная компрессия бедренной вены краем фиброзно-фасциального листка нами была установлена у 30% больных с помощью флебографии, что подтвердилось во время операции.

2. Удаление большой и малой подкожных вен.

Большая подкожная вена удаляется на бедре и голени через отдельные линейные разрезы по Нарату или посредством выдергивания по Беккоку. Поражение малой подкожной вены чаще всего наблюдается при клапанной недостаточности глубоких вен и посттромбофлебитическом синдроме и диагностируется с помощью флебографии. Систему малой подкожной вены мы считаем пораженной в том случае, если на флебограммах устанавливается большое число расширенных анастомозов между большой и малой подкожными венами, а также обнаруживаются недееспособные латеральные перфоранты. В большинстве случаев при сочетанном поражении большой и малой подкожных вен в результате деструктивных изменений клапанов глубоких вен имеет место высокое венозное давление. Следует отметить, что объективный осмотр и функциональные тесты большей частью не позволяют обнаружить поражение малой подкожной вены, поэтому нередко во время операции она не удаляется и в скором времени начинает способствовать развитию рецидива.

3. Лигирование перфорантных вен.

По ходу удаления большой подкожной вены должны быть надфасциально перевязаны и иссечены все перфорантные вены на бедре и голени. В том случае, если удаляется малая подкожная вена, разрез Фельдера [12] дает возможность лигировать и пересекать субфасциально медиальные и латеральные перфоранты. От типичной операции Линтона [14] у этой группы больных мы отказались, как от более травматичной.

4. Обработка окололодыжковых дренирующих вен.

Поражение малой подкожной вены, несостоятельность клапанов глубоких вен и повышение концентрации кислорода в венах голени приводит к развитию гипертензии в окололодыжковых венах, что должно заострить внимание хирурга на «очистке» окололодыжкового пространства от «дренирующих» и «питающих» язву вен. Удаление лишь боль-

шой подкожной вены, практикуемое многими хирургами, может привести к неизбежным отекам голени и стопы, а в дальнейшем к рецидиву болезни. Венозная сеть, окружающая лодыжку, представляет собой коллатерали от большой подкожной вены и самостоятельно идущие от стопы ветви, которые бывают окружены сетью мелких вен с артериализированной кровью. Как видно из рис. 1, ликвидировать окололодыжковые вены, поддерживающие гипертензию и являющиеся источником образования трофических язв, лучше всего с помощью двух охватывающих разрезов, а начало основного ствола большой подкожной вены—с помощью введенного в нее зонда.

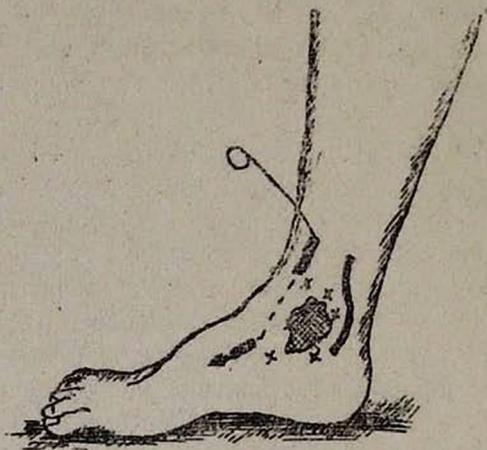


Рис. 1. Обработка окололодыжковой области охватывающими язву разрезами. Крестиками обозначены места расположения «питающих» язву вен.

5. Ликвидация оставшихся подкожных венозных ветвей с небольшим диаметром.

На голени после удаления основных подкожных магистралей остаются участки варикозных узлов, отстоящих далеко от произведенных разрезов. Остаются также прямолинейные, довольно широкие стволы *v. accessoria*, представляющие собой самостоятельные ветви как на голени, так и на бедре. Оперативное устранение их возможно посредством больших разрезов с отслаиванием широких лоскутов кожи [4, 6]. Однако удаление остаточных венозных стволов на голени подобным способом является травматичным, приводит к повреждению кожных нервов, краевому некрозу кожи, нагноению раны, а впоследствии—формированию болезненных обезображивающих келоидных рубцов. Ликвидировать измененные коллатерали и *v. accessoria* становится возможным по ходу операции методом эндоваскулярной электрокоагуляции с помощью специального проводника, который представляет собой биполярный биактивный электрод, подключенный к генератору тока высокой частоты. Однако ввести электрод в варикозные узлы через сообщающиеся с ними коллатерали невозможно из-за извилистости, поэтому в заранее выбранных местах над проекцией отдельных варикозных

узлов небольшими насечками обнажается вена, в просвет которой вводится 0,5—1 мл пенки 3%-ного раствора варикоцида. Двух инъекций в общем количестве не более 2 мл из разных точек достаточно для полной облитерации оставшихся вен. Преимущество склерозирования вен на операционном столе состоит в том, что полностью исключается опасность попадания склерозирующего вещества в глубокие вены, так как заблаговременно ликвидируются коммуникационные связи. С другой стороны, достигается идеальный эффект, так как асептическое воспаление и спаивание стенок происходит до начала ходьбы больного, ввиду чего никогда на местах варикозных узлов не образуется болезненных уплотнений, что, как правило, неизбежно сопутствует склеротерапии, проводимой амбулаторно и причиняющей долгое время беспокойство больным.

Нами произведены 250 операций по поводу варикозного расширения вен нижних конечностей в сочетании с электрокоагуляцией и склерозированием вен у 220 больных. С первичным расширением вен было 133 больных, из них у 48 расширение вен сочеталось с недееспособностью клапанов глубоких вен и у 87 больных—посттромбофлебитическим синдромом. В 83 случаях имелось сочетанное поражение большой и малой подкожных вен. Субфасциальная перевязка по Линтон-Фельдеру произведена на 52 конечностях. Комбинированные методы операций у больных с посттромбофлебитическим синдромом в ряде случаев сочетались с кожной пластикой и периаартериальной симпатэктомией. Ввиду создавшейся возможности полного иссечения подкожных вен у 23 больных необходимости в склерозировании и электрокоагуляции не было.

Послеоперационный период протекал гладко. Малая травматичность операции позволяла больным ходить с эластическими бинтами начиная с 3-го дня, за исключением тяжелых случаев посттромбофлебитического синдрома, при котором устанавливался специальный послеоперационный режим. У одного больного наблюдался ожог II степени и у 10 больных—ограниченное нагноение операционной раны. Непосредственные и отдаленные результаты лечения в сроки до 3,5 лет хорошие. Ни в одном случае после операции мы не наблюдали даже небольших участков оставшихся узлов или рецидива расширения, что является нередким явлением после обычных венэктомий, требующих дополнительной склеротерапии, которая, естественно, угнетающе действует на психику больного. Насколько стойки будут более отдаленные результаты лечения, покажут дальнейшие наблюдения. Однако применяемый нами унифицированный метод лечения расширений вен нижних конечностей обеспечивает полное выключение пораженных подкожных вен из кровообращения, то есть наибольшую радикальность, что обосновано патогенетически.

ՍՏ. Մ. ԳԱՆՏՅԱՆ, Պ. Պ. ԱՆԱՆԻԿՅԱՆ

ՍՏՈՐԻՆ ՎԵՐՋՈՒՅԹՆԵՐԻ ԵՐԱԿՆԵՐԻ ՎԱՐԻԿՈՋ ԼԱՅՆԱՑՄԱՆ ՌԱԴԻԿԱԼ
ՎԻՐԱՀԱՏՄԱՆ ՏԵԽՆԻԿԱՅԻ ՈՒՆԻՖԻԿԱՑՄԱՆ ՀԱՐՑԸ

Ա մ փ ո փ ո մ

Յլերոգրաֆիկ 500 հետազոտությունների անալիզի հիման վրա հեղինակների կողմից առաջարկվում է ստորին վերջույթների վարիկոզ լայնացման բուժման ունիֆիկացված մեթոդ, որն ապահովում է վնասված ենթամաշկային երակների լրիվ անջատումն արյան շրջանառությունից:

Ռադիկալությունն ապահովող վիրահատման տեխնիկայի հիմնական էտապները կայանում են հետևյալում. մեծ ենթամաշկային երակի կծատի մշակումը ազդրային երակի դեկոմպրեսիայի հետ միասին, փոփոխված ենթամաշկային երակի լրիվ հեռացումը, պերֆորատի կարումը, շրջոճային երակի մշակումը, ենթամաշկային երակի մնացած ճյուղերի և հանգույցների վերացումը ներվասկուլյար էլեկտրակոագուլյացիայով և երակների սկլերոզացման մեթոդով:

Կատարվել է 152 վիրահատում: 97 հիվանդի մոտ եղել է առաջնային վարիկոզ լայնացում, 43 հիվանդի մոտ՝ հետթրոմբոֆլեբիտիկ սինդրոմ: Հիվանդներից մեկի մոտ նկատվել է 2-րդ աստիճանի այրվածք էլեկտրակոագուլյացիայից, 8 հիվանդի մոտ՝ վիրահատական վերքի թարախակալում: Բուժման անմիջական և հեռավոր արդյունքները մինչև 2,5 տարի ժամկետում դրական են:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Блинов Н. И. Современная хирургия, 1927, т. 2, в. I, стр. 107.
2. Васютков В. Я. Вестник хирургии, 1967, 9, стр. 9.
3. Даудерис И. П. Вестник хирургии, 1969, 6, стр. 70.
4. Иванов В. В. Хирургия, 1966, 4, стр. 71.
5. Мамтавршвили Д. Г. Болезни вен. М., 1964.
6. Медведев П. М. Вестник хирургии, 1963, 4, стр. 34.
7. Тальман И. М. Варикозное расширение вен нижних конечностей. М., 1961.
8. Червяков И. В. Вестник хирургии, 1968, 10, стр. 38.
9. Шатковский Е. К. Дисс. канд. М., 1940.
10. Arenander E. Hemodynamic effects of Varicose veins and results of radical surgery. Stockholm, 1960.
11. Dodd H., Cockett, Frank B. The pathology and surgery of the veins of the lower limb. London, 1956.
12. Felder D. at all. Surg. G. LO., 1955, 100:730.
13. Leu H. J. Angiology, 1964, 15:371.
14. Linton R. Ann. Surg., 1953, 138:415.
15. Lotgren K. A. at all. Arch. Surg., 1958, 76:310.
16. Robertson H. R. at all. Surg. GO, 1957, 1005:727.
17. Tournay R. Concois Medical, 1928, June, 26.
18. Tuomikowski V. Ann. Chirug, 1948, 37:207.