

Клиническая эффективность экстравазальной коррекции относительной клапанной недостаточности глубокой венозной системы при варикозной болезни

Т.Л. Султанян, Х.А. Арзуманян

Отделение сердечно-сосудистой хирургии АОЗТ Института хирургии Микаэлян

375016, Ереван, ул. Асратяна, 9

Ключевые слова: экстравазальная коррекция, относительная клапанная недостаточность, глубокая венозная система, варикозная болезнь

В отделении сердечно-сосудистой хирургии АОЗТ Института хирургии Микаэлян с 1998 года внедрена в практику экстравазальная коррекция относительной клапанной недостаточности глубокой венозной системы, целью которой является устранение вертикального рефлюкса.

Как известно, комбинированная венэктомия позволяет устранить только горизонтальный рефлюкс путем перевязки перфорантных вен. Для устранения вертикального рефлюкса продолжается совершенствование существующих и поиск новых способов. На нынешнем этапе флебологии утверждены два способа коррекции:

1) эндовазальная вальвулопластика при гипоплазии;

2) экстравазальная коррекция при расхождении створок клапана (эктазия).

Нами в клинике внедрены два способа экстравазальной коррекции:

– по Веденскому с надеванием на вену спирали в области клапана;

– пластика периадвентициальными швами.

Материал и методы

Всем больным с хронической венозной недостаточностью (ХВН) перед операцией проводилось дуплексное сканирование (ДС) с пробой Вальсальвы, в ходе которой диагностировали наличие или отсутствие вертикального рефлюкса. В случае выявления последнего планировалась интраоперационная коррекция. Методика операции заключалась в комбинированной венэктомии, дополненной одним из вариантов экстравазальной коррекции. В ходе операции функцию клапана после пластики проверяли пальцем (milking test). Результат считался положительным при отсутствии обратного потока крови в дистальном от пальца участке вены.

Ниже представлены образцы спиралей из нитей никелида-тантала (рисунок). Форма спиралей позволяет не *накручивать*, а *надевать* ее на вену.

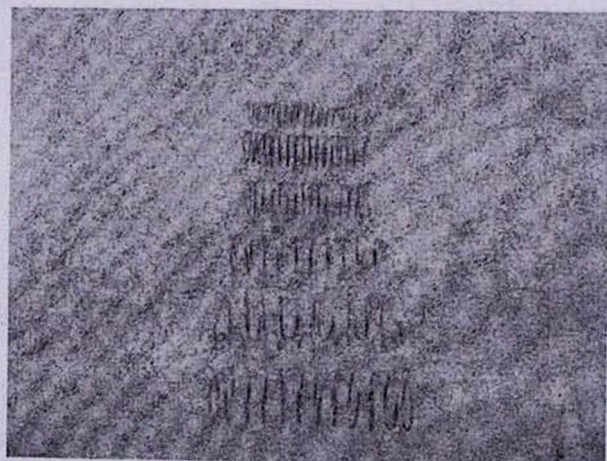


Рисунок. Виды спиралей

После венэктомии в области культи поверхностной бедренной вены (ПБВ) вскрывается фасция в области овального окна с выходом на общую бедренную вену (ОБВ). Ниже соустья в пределах 5-10 см располагается клапан ОБВ. Последняя препарируется в области клапана и ниже и берется на держалки. Ниже надевается спираль и сдвигается проксимально на область клапана. Фиксируется спираль двумя швами за виток периадвентицию вены.

Больные, которым проводилась экстравазальная коррекция клапанной недостаточности, проходили повторное дуплексное сканирование через 1, 3, 6, 12, 18, 24, 36 месяцев после операции. Для статистического исследования была составлена группа из 71 больного, регулярно приходящих на обследование в течение

3 постоперационных лет. Пациенты обследовались клинически и на предмет наличия или отсутствия рефлюкса в венозных участках, подвергшихся клапанной коррекции.

Результаты и обсуждение

Нами были проанализированы послеоперационные показатели клинического состояния больных, которым одновременно с удалением подкожных вен проводилась экстравазальная коррекция клапанов ОБВ, ПБВ, подколенной вены (ПВ). За основу взяты основные симптомы варикозной болезни, указанные в классификации CEAP: боль, отек, венозная хромота,

Таблица 1

Частота симптомов заболевания в до- и послеоперационном периоде у больных с ХВН

Симптомы	Количество конечностей							
	до операции, абс.ч. (%)		через 2 месяца после операции, абс.ч. (%)		через 2 года после операции, абс.ч. (%)		через 3 года после операции, абс.ч. (%)	
	+	-	+	-	+	-	+	-
Боли в конечности	56 (78,8)	15 (21,2)	4 (5,7)	67 (94,3)	2 (2,9)	69 (97,1)	2 (2,9)	69 (97,1)
Отек	65 (91,4)	6 (8,6)	2 (2,9)	69 (97,1)	2 (2,9)	69 (97,1)	3 (4,3)	68 (95,7)
Венозная хромота	45 (63,3)	26 (36,7)	1 (1,5)	70 (98,5)	1 (1,5)	70 (98,5)	2 (2,9)	69 (97,1)
Язвы	16 (22,9)	55 (77,1)	9 (12,7)	62 (87,3)	- (0)	71 (100)	- (0)	71 (100)
Изменения окраски кожи	48 (67,6)	23 (32,4)	8 (11,3)	63 (88,7)	3 (4,3)	68 (95,7)	3 (4,3)	68 (95,7)

*P<0,01

уд кожи, липодерматосклероз, язва. Анализ проведен той же контрольной группе из 71 больного до и после операции (через 2 месяца, 2 и 3 года), результаты которого представлены в табл. 1.

Из анализа следует, что боли в конечности в дооперационном периоде присутствуют у 78,8% больных, в послеоперационном – только у 2,9, отсутствуют у 97,1%. Отеки присутствуют у 65 больных (91,4%), в послеоперационном периоде – только у 2 (2,9%), отсутствуют – у 69 больных (97,1%).

Примечательны данные по динамике трофических язв. В группе имелось 16 больных, у которых были трофические язвы голени в типичных местах, длитель-

но незаживающие (больше года), в диаметре более 2см. В послеоперационном периоде уже через 2 месяца язвы остались только у 5 больных, а через 2 года язвы не обнаружены.

Венозная хромота, присутствовавшая у 45 больных (63,3%), в послеоперационном периоде стойко отсутствовала у 70 (98,5%) больных уже через 2 года.

Результаты клинического эффекта операции отразились как на стадии заболевания, так и на шкале трудоспособности. В связи с заживлением язв, больные с данной стадией (5 и 6) сместились в 1 или в 3 стадию. Больные же, у которых отмечались 2-4 стадии, сместились в 0 или 1 стадию, что отражено в табл. 2.

Динамика стадии заболевания

Клиническая классификация (по системе СЕАР)	До операции, абс.ч.	Через 2 месяца после операции, абс.ч.	Через 2 года после операции, абс.ч.
0 – отсутствие симптомов болезни вен	–	51	59
1 – телеангиоэктазии или ретикулярные вены	48	20	12
2 – варикозно расширенные вены	71	–	–
3 – отек	65	2	2
4 – кожные изменения: зуд, липодерматосклероз, пигментация	48	8	3
5 – кожные изменения + зажившая язва	7	11	16
6 – кожные изменения + свежая язва	9	5	–

Из таблицы следует, что в постоперационном периоде 6 стадия переходит в 5 и то в виде следов от зажившей язвы, а преваляровавшие в основном 2-4 стадии переходят в 0-1 стадии.

Подвергаются изменениям также показатели трудоспособности (по СЕАР). Из вышеприведенной таблицы следует, что из 71 больной контрольной группы, 6 были трудоспособны, а 65 больных до операции имели отеки и нуждались в постоянном применении

поддерживающих средств. Из них 9 имели открытые язвы и были нетрудоспособны. В постоперационном периоде трудоспособность значительно возросла – к восьмичасовому рабочему дню без применения поддерживающих средств трудоспособны 69 из 71 наблюдаемого. Лишь у 2 сохранились умеренные отеки и они нуждались в применении поддерживающих средств. У 9 больных после заживления язв, трудоспособность восстановилась (табл. 3).

Таблица 3

Динамика трудоспособности больных с ХВН после операции

Стадия	Трудоспособность	До операции, абс.ч	После операции, абс.ч
1	наличие симптомов заболевания. Больной трудоспособен и обходится без поддерживающих средств	6	69
2	больной может работать в течение 8 часов только при использовании поддерживающих средств	56	2
3	больной нетрудоспособен даже при использовании поддерживающих средств	9	–

Тем самым, в нашей работе еще раз привлекается внимание всех хирургов, выполняющих венэктомии, на необходимость проведения ДС больных до операции и подчеркивается значение глубокого венозного рефлюкса в развитии клинических проявлений ХВН,

рецидива варикозной болезни. Доказывается также эффективность своевременной интраоперационной коррекции клапанной недостаточности глубокой венозной системы.

Поступила 22.11.06

Մկրտչի վերջույթների վարիկոզ հիվանդության ժամանակ խորանիստ երակային համակարգի հարաբերական փականային անբավարարության էքստրավազալ շտկման կլինիկական արդյունավետությունը

S.L.Սուլթանյան, Խ.Ա.Արզումանյան

Միքայելյան ինստիտուտի սիրտ-անոթային վիրաբուժական բաժանմունքում 1998թ-ից կիրառվել է խորանիստ երակների ուղղահայաց ռեֆլյուքսի էքստրավազալ շտկում: Հեղինակները կատարել են

129 վիրահատություն, անցկացրել կլինիկական ուսումնասիրություն և համոզվել են հիվանդության ախտանիշների կայուն նվազման, նաև աշխատունակության զգալի աճի մեջ:

The clinical efficiency of the extravasal correction of considerable valvular insufficiency of the deep venous system in varicos disease of the lower limbs

T.L.Sultanyan, Kh.A.Arzumanyan

Since 1998 an extravasal correction of the deep vein vertical reflux has been conducted in the department of the cardiovascular surgery of the Mikayelyan Institute. The authors have conducted 129 operations, and based on

the results of the clinical research evaluated the efficiency of the applied method. A stable decrease in disease symptoms, as well as a considerable increase in the working capability of the patients is demonstrated.

Литература

1. Виденский А.Н., Брюсов П.Г., Стойко Ю.М. Современные методы диагностики и коррекции клапанной недостаточности при варикозной болезни и ее рецидивах, Воен.мед. журнал, 1993, 10, с. 17-20.
2. Голубев В.В., Вилянский М.П., Проценко Н.В., Енукашвили Р.И. Рецидив варикозной болезни. М., 1988.
3. Золотухин И.А., Богданов А.Е., Лебедев А.С., Дрозд О.В. Патогенез трофических расстройств при варикозной и посттромботической болезни, Грудная и сердечно-сосудистая хирургия, 1993, 1, с. 28-32.
4. Куликов В.П. Цветное дуплексное сканирование в диагностике сосудистых заболеваний. Новосибирск, 1997.
5. Морозов К.М., Абалмасов К.Г., Егоров Ю.С., Гайнуллин Р.М., Малинин А.А., Лебедев А.В. Эндовазальная реконструкция венозных клапанов при варикозной болезни, Ангиология и сосудистая хирургия, 1996, 3, с.109-119.
6. Саргина М.Е., Заварина И.К., Дан В.Н. Современные методы диагностики и лечения клапанной недостаточности глубоких вен нижних конечностей. В кн.: Актуальные вопросы сердечно-сосудистой патологии, М., 1983.
7. Скрылев С.И., Гавриленко А.В., Радкевич Ф.А. Хирургические методы коррекции клапанной недостаточности глубоких вен нижних конечностей, Ангиология и сосудистая хирургия, 1997, 2, с. 127-134.
8. Bastounis E. Management of deep reflux. Advances in Phlebology. 2nd International Congress of Phlebology. Cyprus, 1998.
9. Carolyn M.Y., Harold J.W., Adam B.S., Iafrati M.D., Mackey W.C., O'Donnel Th.F. Duplex assessment of venous reflux and chronic venous insufficiency: The significance of deep venous reflux, J. Vasc. Surg., 1996, 24 (5): 755-62.