

УДК 616.14-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ

И.А.Петухов, С.К.Авчук, В.И.Петухов

Варикозное расширение вен нижних конечностей – частое заболевание. По данным литературы (1, 4, 5, 6) 15-20% населения страдает венозной патологией.

Лечение варикозной болезни – сложная и трудоемкая работа, требующая особой тщательности выполнения всех этапов хирургического вмешательства – устранение ретроградного тока крови из подвздошных вен и полых вен, прекращение рефлюкса крови через недостаточные коммуникантные вены из глубоких в поверхностные и обеспечение оттока крови по глубоким венам (2, 3).

Материал и методы исследования

За 1969-1985 гг. в сосудистом отделении клиники хирургических болезней лечилось 1737 больных, из которых оперировано 1512.

Обязательным в обследовании считаем изучение анамнеза заболевания, клинических и лабораторных данных, функциональных проб на проходимость глубоких вен конечности и недостаточность коммуникантных вен. Во всех случаях вторичного варикоза на почве ИТФС и неубедительных данных анамнеза и клинических данных прибегаем к флебографическому исследованию (флебография произведена 383 больным из 1737 обследованных).

Результаты исследования

Больные с компенсацией гемодинамики в конечности редко обращаются за хирургическим лечением (единичные больные по соображениям косметического дефекта). За помощью больные об-

рашаются, когда появляются первые признаки нарушения гемодинамики в конечности (чувство тяжести и боли в голени к концу рабочего дня, отеки, судороги в икроножной мышце). Чаще всего больные обращаются за медицинской помощью к хирургу в стадии декомпенсации гемодинамики в конечности, когда постоянный венозный застой в конечности, повторяющиеся тромбозы приводят к нарушению трофики кожи и подкожной клетчатки на голени — гиперпигментация кожи, индурация подкожной клетчатки, трофические язвы. Поэтому в плане особенностей обследования, предоперационной подготовки, оперативного вмешательства мы условно разделяем всех больных на 4 группы: а) без декомпенсации гемодинамики в конечности (субкомпенсация); б) с декомпенсацией гемодинамики в конечности; в) вторичный варикоз на фоне постромбофлебитического синдрома.

Обоуждение

Распределение больных по стадиям клинического течения хронической венозной недостаточности и примененным способам оперативных вмешательств представлено в таблице.

Больные с декомпенсацией гемодинамики в конечности нередко требуют длительной подготовки к операции. Консервативная терапия направлена на улучшение трофики тканей, уменьшение или полное исчезновение отеков, улучшение ооодистого тонуса и возрастание кровенаполнения конечности; добиваться полного заживления язв трофических считаем необязательным.

Радикальная операция при варикозной болезни нижних конечностей включает, высокую перевязку устья большой подкожной вены у устья с одновременным выделением, перевязкой и пересечением всех ветвей, впадающих в нее; удаление варикозно изме-

Таблица

Данные лечения больных с варикозной болезнью за
1969-1985 гг. по торакальному отделению областной
клинической больницы г. Витебска

№ : п/п :	Объем вмешательства	Всего				
		Лечи- лось :	Опери- ро- вано :	Субком- пенса- ция :	Деком- пенса- ция :	Вторичный варикоз (ПТС) :
1.	Венэктомия п/кожных вен + надфасциальная перевязка прободящих вен по Коккету	1596	1406	798	608	-
2.	Венэктомия п/кожных вен + операция Линто- на + фасциопликация	141	106	-	59	47
	ВСЕГО:	1737	1512	798	667	47

ненных подкожных вен; перевязку коммуникантных вен на бедре и голени; создание условий нормального венозного оттока по глубоким венам.

Обязательным условием при выполнении оперативного вмеша-
тельства, даже без нарушения гемодинамики в конечности, счи-
таем тщательное выделение, перевязку и пересечение надфасци-
ально по Коккету коммуникантных вен; при выраженной декомпен-
сации гемодинамики предпочтение отдаем субфасциальной пере-
вязке коммуникантных вен по Линтону с фасциопликацией.

Первым и важным этапом при радикальной венэктомии являет-
ся операция Троянова-Тренделенбурга. От тщательности выполне-
ния ее зависит развитие в отдаленном периоде рецидива заболе-
вания и появления после операционных осложнений. При выполне-
нии операции Троянова-Тренделенбурга отдаем предпочтение про-
дольному разрезу (реже возникает лимфорея).

Ведение послеоперационного периода активное – на следующий день после операции разрешаем больному ходить при условии эластического бинтования конечности.

До 1984 года при флебэктомии применяли общее обезболивание (ингаляционный наркоз). В 1984 года операции проводятся под проводниковой анестезией (оперировано 355 больных). Послеоперационной летальности не было.

ВЫВОДЫ

1. Наиболее благоприятным сроком оперативного вмешательства является стадия субкомпенсации кровообращения в конечности, так как не требуется длительная предоперационная подготовка и как следствие этого – сокращение сроков пребывания больного в стационаре до операции и в послеоперационном периоде.

2. Проводниковая анестезия при операциях по поводу хронической венозной недостаточности в последние годы является методом выбора.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лидский А.Т. Хроническая венозная недостаточность. – М.: Медицина. – 1969.
2. Клемент А.А., Веденский А.Н. Хирургическое лечение заболеваний вен конечностей. – Л.: Медицина. – 1976.
3. Покровский А.В., Клионер Л.И., Апсатаров Э.А. Пластические операции на магистральных венах. – М.: Медицина. – 1977.
4. Покровский А.В., Клионер Л.И. Хирургия хронической непроходимости магистральных вен. – М.: Медицина. – 1977.
5. Савельев В.С., Думпе Э.П., Яблоков Е.Г. Болезни магистральных вен. – М.: Медицина. – 1972.
6. Тальман И.М. Варикозное расширение вен нижних конечностей. –