

С. Г. Марченко, Е. Д. Фомина, Н. А. Сергеев
ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей.

Материал и методы: под наблюдением находилось 113 оперированных больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей. У 92 пациентов хирургическое лечение предпринято в период, предшествующий внедрению ультразвуковых методов диагностики заболеваний вен нижних конечностей (группа сравнения). У 21 больного (основная группа) в дооперационном периоде выполнялось дуплексное флебоангиосканирование. В отличие от этого, у пациентов группы сравнения диагностика была основана на применении различных функциональных проб.

Оперативное лечение у больных группы сравнения предусматривало коррекцию венозного кровотока, которая заключалась в выполнении хирургических вмешательств на венах нижних конечностей (Троянова-Тренделенбурга, Бэбкока, Маделунга-Нарата, Коккета и Линтона-Фельдера) в различных сочетаниях. Наряду с этим, в связи с частым развитием у больных с хронической венозной недостаточностью выраженных патологических изменений в паравазальной клетчатке, окружающей магистральный ствол большой подкожной вены на голени, в клинике хирургических болезней профессором И. А. Комаровым (1982) была разработана и длительное время применялась операция, предусматривающая коррекцию венозного кровотока с одновременным иссечением измененной паравазальной клетчатки голени единым блоком с варикозно расширенными венами. Иссечение паравазальной клетчатки производилось после выполнения разреза Маделунга на медиальной поверхности голени, причем у большинства оперированных таким способом больных оперативное вмешательство заканчивалось подфасциальной перевязкой перфорантных вен по Линтону.

У больных основной группы наряду с операциями Троянова-Тренделенбурга, Бэбкока, Нарата и Коккета применялись подфасциальная диссекция перфорантных вен из минидоступа и эндоскопическая подфасциальная диссекция перфорантных вен голени.

Результаты: в раннем послеоперационном периоде у 10 больных группы сравнения (10,9 %) отмечалось инфицирование или нагноение операционных ран голени, причем у 4 из них в дальнейшем сформировалась длительно незаживающая рана. Примечательно, что у 4 из 10 пациентов во время операции иссекалась измененная паравазальная клетчатка голени по И. А. Комарову. Кроме того, у 5 больных этой группы (5,4 %) имел место краевой некроз кожи в области оперативного доступа. Характерно, что у всех 5 пациентов иссекалась паравазальная клетчатка голени, причем у 3 из них послеоперационный период осложнился развитием длительно незаживающей раны. В целом у больных группы сравнения в ближайшем периоде после операции раневые осложнения выявлены у 15 больных (16,3 %).

Среди пациентов основной группы в раннем послеоперационном периоде у 1 больного (4,8 %) имело место локальное нагноение операционной раны, которое удалось быстро купировать с хорошим косметическим результатом.

Заключение: отсутствие точных сведений об изменениях венозной системы нижних конечностей у больных группы сравнения вынуждало хирургов иссекать магистральные вены и паравазальную клетчатку из больших разрезов на голени, что в 16,3 % наблюдений приводило к развитию инфекционных раневых осложнений. Коррекция

венозного кровотока, выполняемая в соответствии с данными дуплексного сканирования из минидоступов позволила сократить число подобных осложнений до 4,8 %.