

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель

министра здравоохранения

_____ В.В.Колбанов.

10 февраля 2006 г.

Регистрационный № 012-0206

**ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАЦИИ ПРИ ВАРИКОЗНОМ РАСШИРЕНИИ
ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: Витебский государственный ордена Дружбы
народов медицинский университет

Авторы: канд. мед. наук, доц. В.И. Петухов, А.Л. Криштопов

Предлагаемая методика позволяет дифференцированно подходить к выбору метода оперативного лечения варикозного расширения на основе использования комплекса простых диагностических мероприятий, сочетающего в себе наиболее доступные, малозатратные и, в то же время, современные методы диагностики варикозного расширения. Эта методика учитывает как анатомические, так и функциональные особенности течения заболевания у каждого конкретного больного. С использованием данной методики разработан принцип выбора характера оперативного лечения.

Метод прост, доступен и показан к применению в хирургических отделениях поликлиник и стационаров.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Выбор метода оперативного лечения варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ

1. Аппарат УЗ диагностики.
2. Оборудование хирургического кабинета: кушетка, перевязочный стол, эластический бинт, жгут.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Для адекватной диагностики варикозного расширения вен нижних конечностей и выбора метода оперативного лечения необходимо при обследовании больного выявить:

1. Область (сегменты) распространения варикозного расширения.
2. Наличие вертикальных вено-венозных сбросов.
3. Наличие горизонтальных вено-венозных сбросов.
4. Степень функциональных нарушений.
5. Принять решение по лечению.

1. Выделяются следующие области (сегменты) распространения:

1. Область стопы.
2. Лодыжечно-подколенный сегмент.
3. Подколенно-бедренный сегмент.
4. Область устья БПВ.

Существенное значение имеет путь развития варикозного расширения вен у конкретного больного.

Дистальная форма. В ряде случаев, источником высокого давления в венах нижних конечностей, а, следовательно, и их варикозного расширения, являются вены стопы, которые сливаются в краевые вены, то есть патология развивается как дистальная. Варикозное расширение может локализоваться только на стопе, однако чаще захватывает и лодыжечно-подколенный сегмент, редко распространяясь выше коленного сустава. Функциональные пробы в диагностике этой формы варикозного расширения существенной роли не играют, за исключением пробы Тренделенбурга, которая должна быть отрицательной, что свидетельствует о состоятельности остиального клапана.

С помощью УЗ исследования инструментально подтверждается отсутствие изменений со стороны большой подкожной вены (БПВ) в подколенно-бедренном сегменте и отсутствие нисходящего вертикального вено-венозного сброса.

При наличии указанных клинико-инструментальных данных, ключом операции является *обработка внутренней краевой вены* для ликвидации вертикального сброса снизу вверх. При этом краевая вена должна быть выделена до места впадения в нее притоков, а каждый приток следует перевязать отдельно. При отсутствии изменений со стороны БПВ в подколенно-бедренном сегменте можно отказаться от операций Троянова-Тренделенбурга и Бэбкока, ограничив зону оперативного вмешательства голенью.

Проксимальная форма. В ряде случаев ведущим механизмом варикозного расширения является недостаточность остиального клапана и клапанного аппарата ствола большой подкожной вены на бедре. В таком случае, как

правило, мы имеем дело с магистральным или магистральным разветвленным типом расширения, при этом путь развития ВРВНК – проксимальный, нисходящий, обусловленный вертикальным вено-венозным сбросом. Клинически этот тип варикозного расширения проявляется наличием варикозных узлов и линейного расширения ствола большой подкожной вены в подколенно-бедренном сегменте и ее притоков с распространением на вены голени. Как правило, в патологический процесс вовлекаются притоки первого и второго порядка. В формировании проксимальной формы варикозного расширения вен могут принимать участие перфоранты Гунтера, Додда (бедро) и Бойда (верхняя треть голени).

Обследование заключается в констатации области распространения варикозного процесса, который, захватывая область устья БПВ, подколенно-бедренной сегмент и проксимальную часть лодыжечно-подколенного сегмента, как правило, не распространяется на нижнюю треть голени и стопу. Проба Тренделнбурга оценивается в 4-х вариантах:

1. Медленное заполнение подкожных вен после снятия жгута (30 с и более) – клапанный аппарат работает нормально.

Проба отрицательна.

2. Быстрое заполнение сверху вниз – клапанный аппарат БПВ несостоятелен.

Проба положительна.

3. Быстрое заполнение БПВ без снятия жгута, не увеличивающееся после снятия – недостаточность перфорантных вен бедра.

Проба положительна.

4. Быстрое заполнение БПВ до снятия жгута, резкое увеличение после снятия – недостаточность перфорантов и клапанов БПВ.

Проба положительна.

При ультразвуковом исследовании определяется расширение магистралей БПВ на бедре и верхней трети голени, расширение притоков, патологический

сброс через остиальный клапан. Кроме того, при УЗ исследовании подтверждается роль перфорантов Гунтера и Додда в формировании ВРВНК.

Ключом операции при проксимальной форме является тщательная обработка устья БПВ с перевязкой и пересечением всех притоков устья, а также обнаружением и перевязкой *v.saphena accessoria*, вливающейся в БПВ чаще всего в верхней трети бедра по внутренней поверхности. Ствол БПВ удаляется хирургически по Бэбкоку на бедре и голени. При наличии крупных перфорантов Гунтера и Додда их следует обработать через дополнительные разрезы. Внутреннюю краевую вену можно обработать у лодыжки, не выделяя ее притоков. Таким образом, хирургическое лечение проксимальной формы варикозного расширения вен нижних конечностей состоит, прежде всего, в ликвидации вертикального сброса сверху вниз с последующим тщательным удалением расширенных вен. При наличии изолированного линейного расширения БПВ на бедре возможно применение коррекции клапанов (в условиях специализированных отделений).

Перфорантная форма. В чистом виде встречается редко. Чаще сочетается с дистальной и проксимальной формами. Первоначально клинически проявляется появлением отдельных варикозных узлов в проекции перфорантов Бойда и Кокета с последующим распространением варикозного процесса на подкожные вены. Учитывая, что горизонтальные вено-венозные сбросы, обусловленные клапанной недостаточностью перфорантов Бойда и Кокета, как правило, сопровождаются большим объемом поступающей в поверхностные вены крови, заболевание быстро распространяется на подкожные вены голени.

В диагностике перфорантной формы роль скринингового исследования может играть модифицированная маршевая проба Дельбе-Пертеса. Жгут накладывается в положении стоя тотчас ниже колена. Больной выполняет бег на месте в течение 1 минуты. Если заполненные подкожные вены при этом опорожняются, это говорит не только о проходимости глубоких вен голени, но и состоятельности клапанного аппарата перфорантных вен Коккета и Бойда.

Для уточнения диагноза проводится УЗ исследование, целью которого является картирование перфорантов и выявление наличия патологических сбросов.

Ключом операции является ликвидация горизонтальных вено-венозных сбросов (блокирование перфорантных вен). При наличии ограниченного варикозного расширения вен на голени, обусловленного только недостаточностью перфорантных вен и расширением подкожных, методом выбора может быть субфасциальная эндоскопическая диссекция перфорантов или надфасциальная перевязка их из отдельных минидоступов в проекции перфорантов с последующей склеротерапией подкожных вен.

При сочетании перфорантной формы с проксимальной предпочтительна классическая радикальная флебэктомия с надфасциальной перевязкой перфорантных вен по Кокету; при сочетании с дистальной формой или сочетании всех трех форм – следует предпочесть радикальную флебэктомию дополненную операцией Линтона.

Изолированное поражение малой подкожной вены (МПВ), по нашим данным, встречается в 4,3 % случаев. В ряде случаев встречается изолированное расширение МПВ с сопутствующим расширением поверхностных подкожных ветвей БПВ без поражения самой большой подкожной вены. Основным диагностическим приемом является УЗ исследование, цель которого – подтвердить расширение ствола МПВ; локализовать зону устья, которое может располагаться от подколенной вены до средней трети бедренной вены по задней поверхности ее; определить отсутствие изменений в стволе БПВ. При этих условиях выполняется изолированная флебэктомия МПВ от устья с удалением всех притоков. При отсутствии расширения ствола БПВ и наличии варикозных расширений отдельных ее притоков за счет вено-венозных сбросов по поверхностным межсистемным коммуникантам между МПВ и БПВ производится флебэктомия МПВ и склеротерапия расширенных подкожных ветвей БПВ.

Такой подход к выбору метода операции делает прогноз лечения более благоприятным, а риск развития рецидивов значительно снижается.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Противопоказаний к применению метода и осложнений не выявлено.