

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

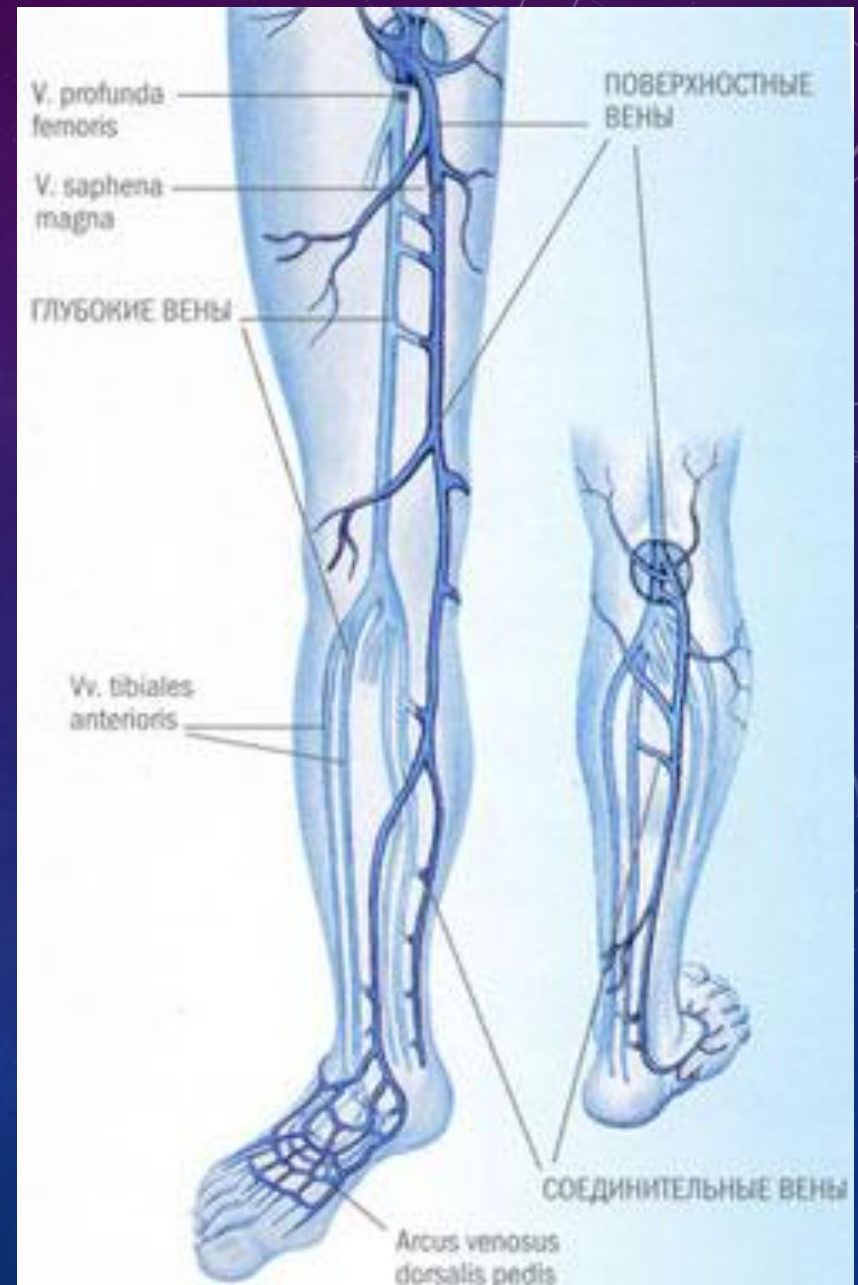
**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ
КОНЕЧНОСТЕЙ**

ДОКЛАДЧИК: СНЕЖКО Т.О.

ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ УСТРАНЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЕНО-ВЕНОЗНОГО СБРОСА КРОВИ — РЕФЛЮКСА, КОТОРЫЙ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕН НА РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЯХ:

- УРОВНЕ ПОДКОЖНЫХ ВЕН (ПО СТВОЛАМ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ,
- МАЛОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ,
- НА УРОВНЕ ВПАДЕНИЯ СТВОЛОВ ПОДКОЖНЫХ ВЕН В ГЛУБОКИЕ МАГИСТРАЛИ (САФЕНО-ФЕМОРАЛЬНОЕ И САФЕНО-ПОПЛИТЕЛЬЯНОЕ СОУСТЬЯ),
- НА УРОВНЕ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН,
- А ТАКЖЕ НА УРОВНЕ ГЛУБОКИХ ВЕН.

В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСТА ПОРАЖЕНИЯ ПОЯВИЛИСЬ МНОЖЕСТВО СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ.



ВИДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ:

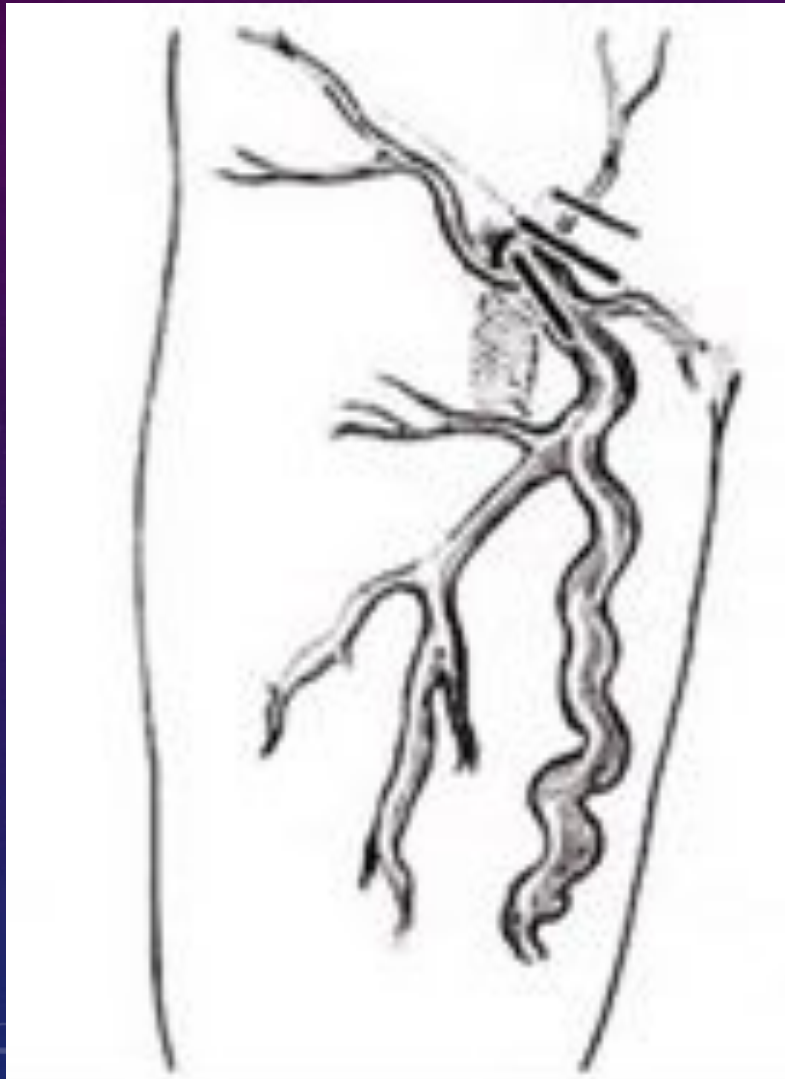
1. КЛАССИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

- КРОССЭКТОМИЯ
- СТРИППИНГ
- ПЕРЕВЯЗКА ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН
- ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИССЕКЦИЯ ПЕРФОРАНТОВ

2. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

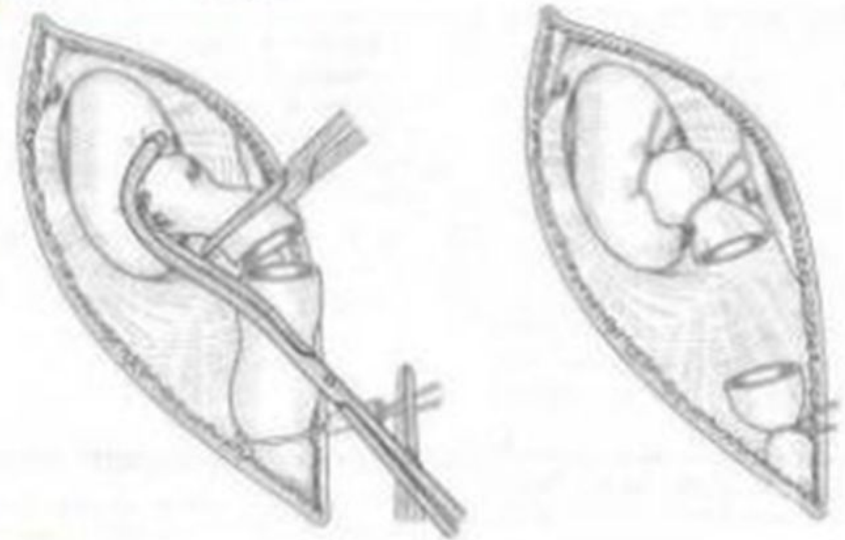
- КРИОСТРИППИНГ
- СКЛЕРОТЕРАПИЯ
- ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ ВЕН
- РАДИОЧАСТОТНАЯ ОБЛИТЕРАЦИЯ ВЕН
- МИНИФЛЕБЭКТОМИЯ

КРОССЭКТОМИЯ



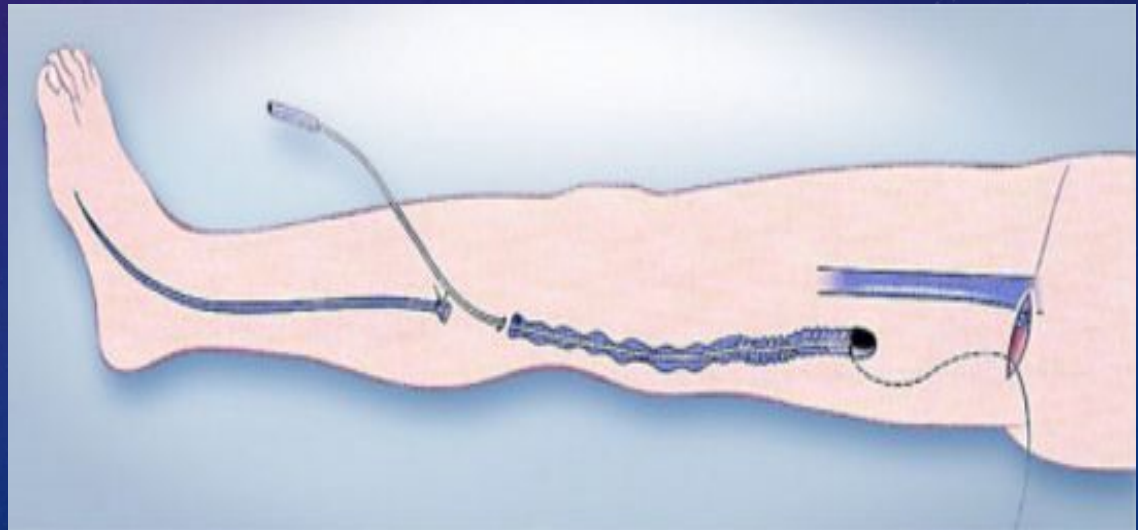
ПЕРЕВЯЗКА С
ПЕРЕСЕЧЕНИЕМ БОЛЬШОЙ
ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ У МЕСТА
ЕЕ ВПАДЕНИЯ В ОБЩУЮ
БЕДРЕННУЮ (ПРИУСТЬЕВАЯ
ПЕРЕВЯЗКА) С ПЕРЕВЯЗКОЙ

Перевязка большой подкожной вены в области сафено-феморального соустья (кроссэктомия)

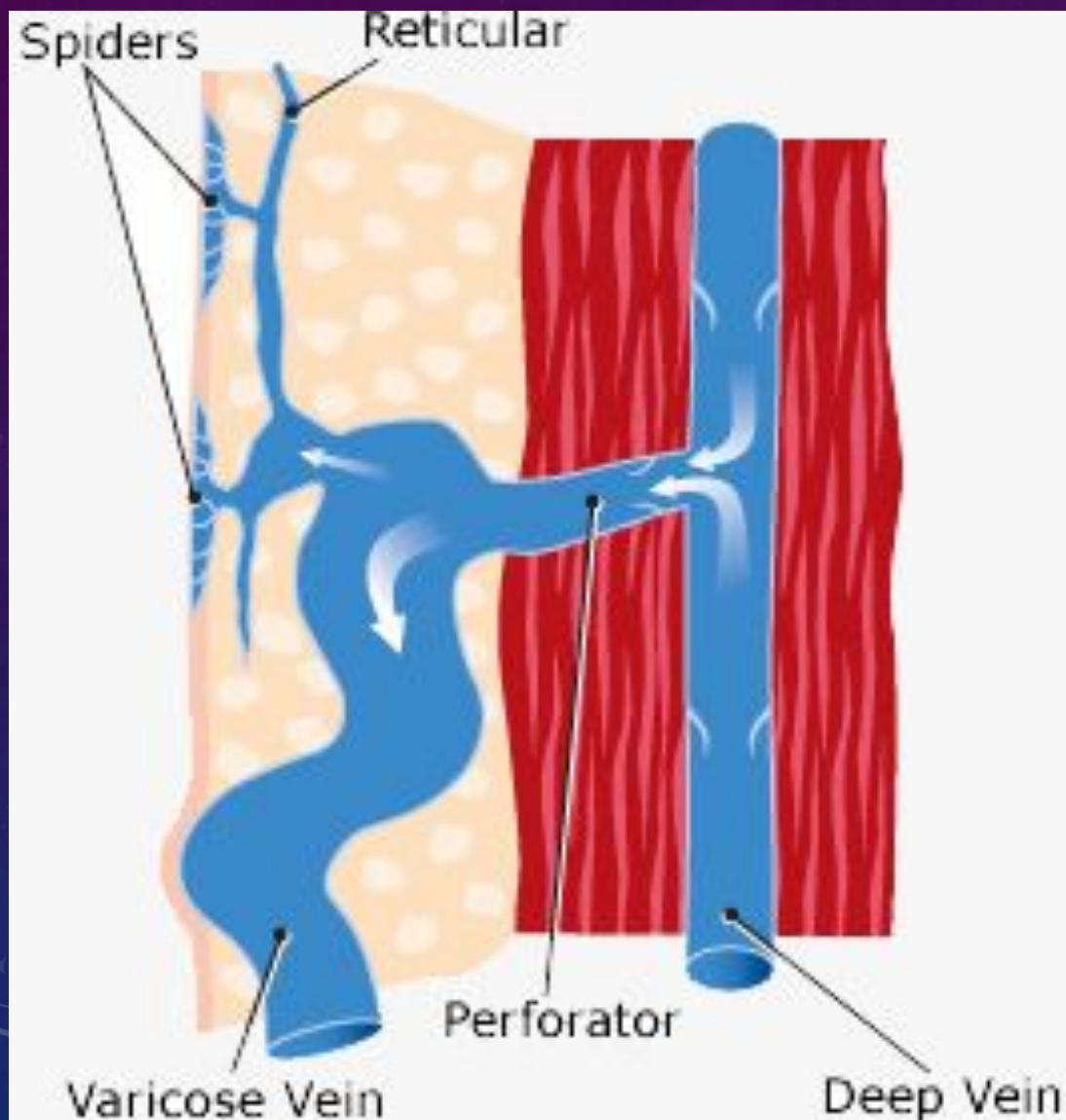


СТРИППИНГ

УДАЛЕНИЕ СТВОЛА
БОЛЬШОЙ
ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ

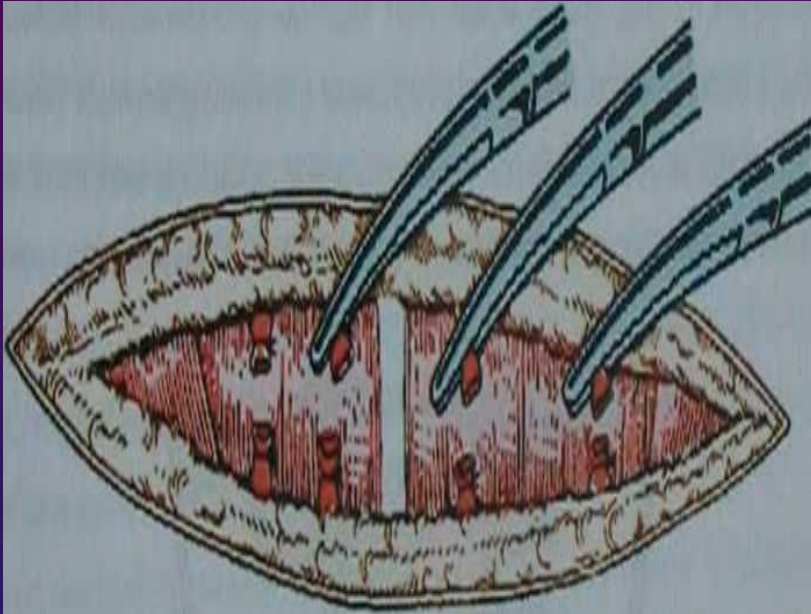


ПЕРЕВЯЗКА ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН



СУЩЕСТВУЕТ ДВА
ОСНОВНЫХ МЕТОДА
ЛИКВИДАЦИИ
ПЕРФОРАНТНОГО СБРОСА:
ЭПИФАСЦИАЛЬНАЯ И
СУБФАСЦИАЛЬНАЯ
ПЕРЕВЯЗКА ПЕРФОРАНТОВ.

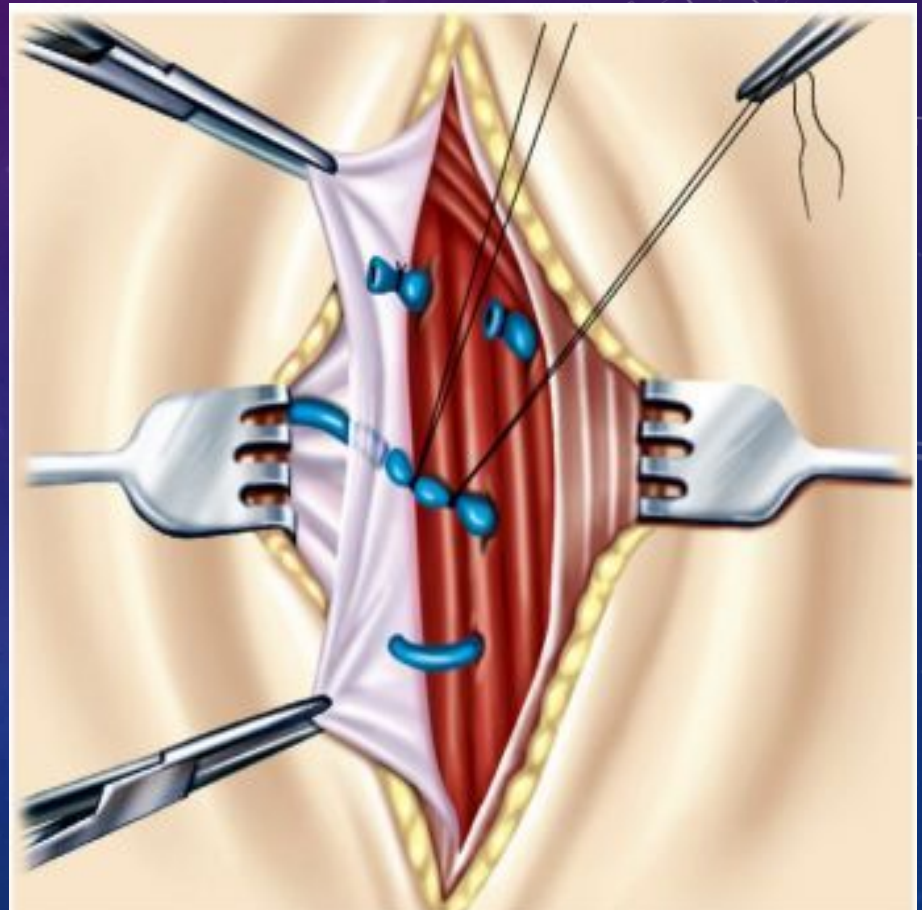
НАДФАСЦИАЛЬНАЯ ПЕРЕВЯЗКА ПЕРФОРАНТОВ



ЭПИФАСЦИАЛЬНАЯ ПЕРЕВЯЗКА ПЕРФОРАНТОВ (НАДФАСЦИАЛЬНАЯ, Т.Е. НАД СОБСТВЕННОЙ ФАСЦИЕЙ) ПОКАЗАНА ПРИ ОТСУТСТВИИ ВЫРАЖЕННЫХ ТРОФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И МОЖЕТ БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА ИЗ МИНИ-ДОСТУПА (МИНИФЛЕБЭКТОМИЯ).

СУБФАСЦИАЛЬНАЯ ПЕРЕВЯЗКА ПЕРФОРАНТОВ

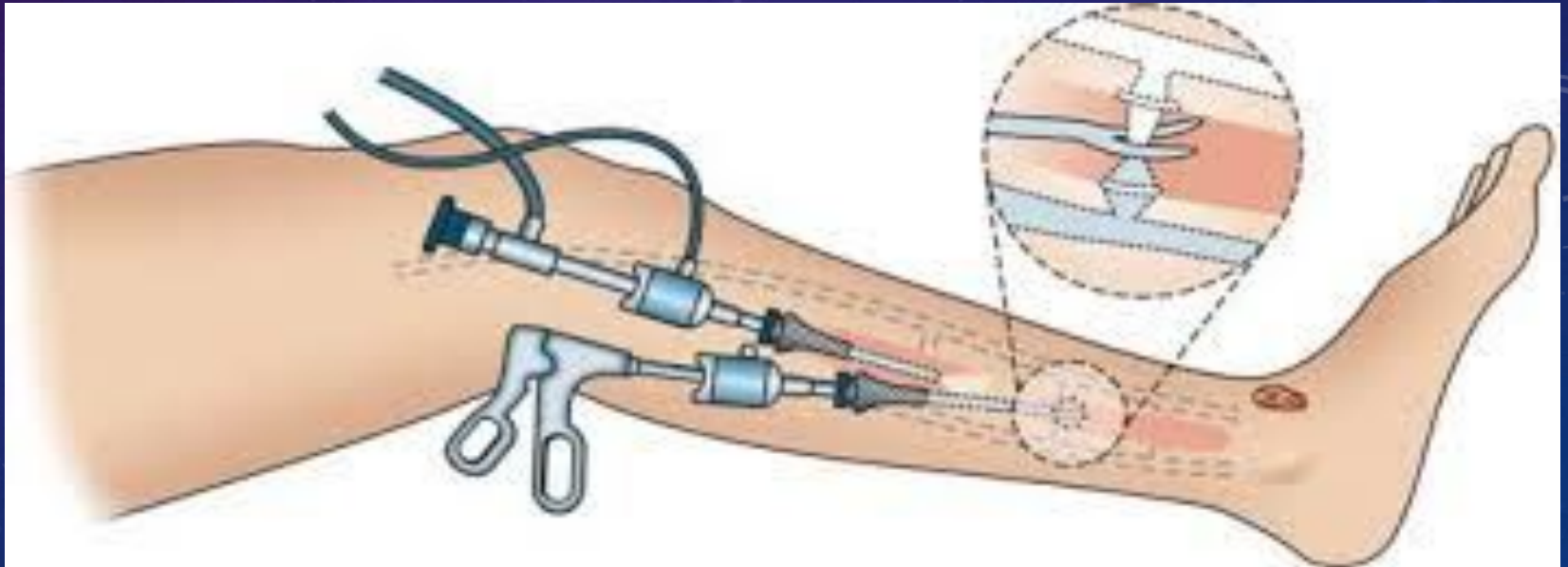
СУБФАСЦИАЛЬНАЯ ПЕРЕВЯЗКА ПЕРФОРАНТОВ (ПОДФАСЦИАЛЬНАЯ – Т.Е. ПОД СОБСТВЕННОЙ ФАСЦИЕЙ) ПОКАЗАНА ПРИ НАЛИЧИЕ ТРОФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, Т.К. В ПОДОБНЫХ СЛУЧАЯХ РАЗРЕЗЫ КОЖИ И МАНИПУЛЯЦИИ В ЗОНЕ ТРОФИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ НЕСУТ РИСК РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ (ПЛОХОЕ ЗАЖИВЛЕНИЕ РАНЫ, НЕКРОЗЫ, НАГНОЕНИЯ).



ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИССЕКЦИЯ ПЕРФОРАНТОВ

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИССЕКЦИЯ ПЕРФОРАНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ УНИВЕРСАЛЬНОЙ МЕТОДИКОЙ, ПОЗВОЛЯЮЩЕЙ ЛИКВИДИРОВАТЬ ПЕРФОРАНТНЫЙ СБРОС ПРИ МИНИМАЛЬНОЙ ТРАВМЕ ТКАНЕЙ. ДЛЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИССЕКЦИИ ТРЕБУЕТСЯ СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБОРУДОВАНИЕ. РАЗРЕЗ ИМЕЕТ ДЛИНУ 2–3 СМ. ЧЕРЕЗ НЕГО ПОД СОБСТВЕННУЮ ФАСЦИЮ ГОЛЕНИ ВВОДИТСЯ ВИДЕОЭНДОСКОП (МЕТАЛЛИЧЕСКИЙ ТУБУС С ИСТОЧНИКОМ СВЕТА И КАМЕРОЙ, ИМЕЮЩИЙ КАНАЛ ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ ИНСТРУМЕНТОВ). НЕБОЛЬШИЕ ПЕРФОРАНТЫ КОАГУЛИРУЮТСЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИПОЛЯРНОГО КОАГУЛЯТОРА, ШИРОКИЕ ПЕРФОРАНТЫ КЛИПИРУЮТ И ПЕРЕСЕКАЮТ. ЭНДОСКОПИЧЕСКУЮ ДИССЕКЦИЮ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЯТЬ ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ ВЫЯВЛЕНИЯ ПЕРФОРАНТНОГО РЕФЛЮКСА НА ФОНЕ ТРОФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.

ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ПОРЯДОК НИЖЕ, ЧЕМ ПОСЛЕ ОТКРЫТОЙ СУБФАСЦИАЛЬНОЙ ПЕРЕВЯЗКИ.

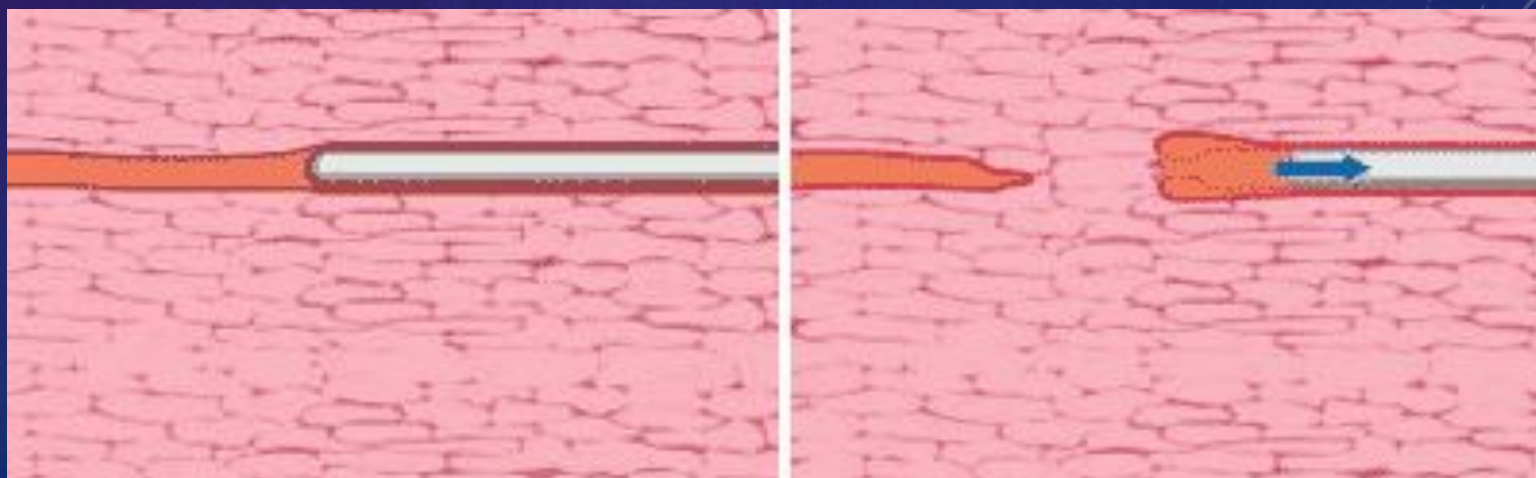
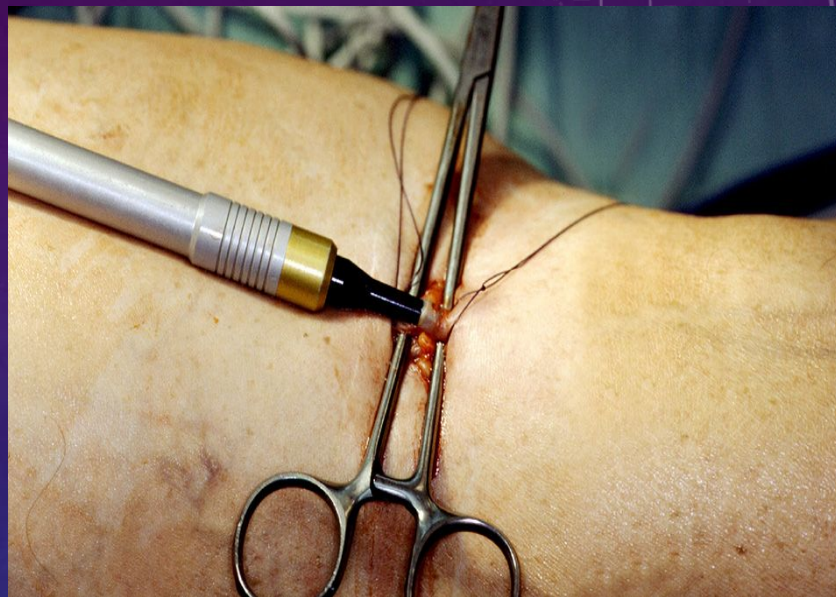


УДАЛЕНИЕ ПРИ ПОМОЩИ ЛОКАЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НИЗКИХ ТЕМПЕРАТУР.

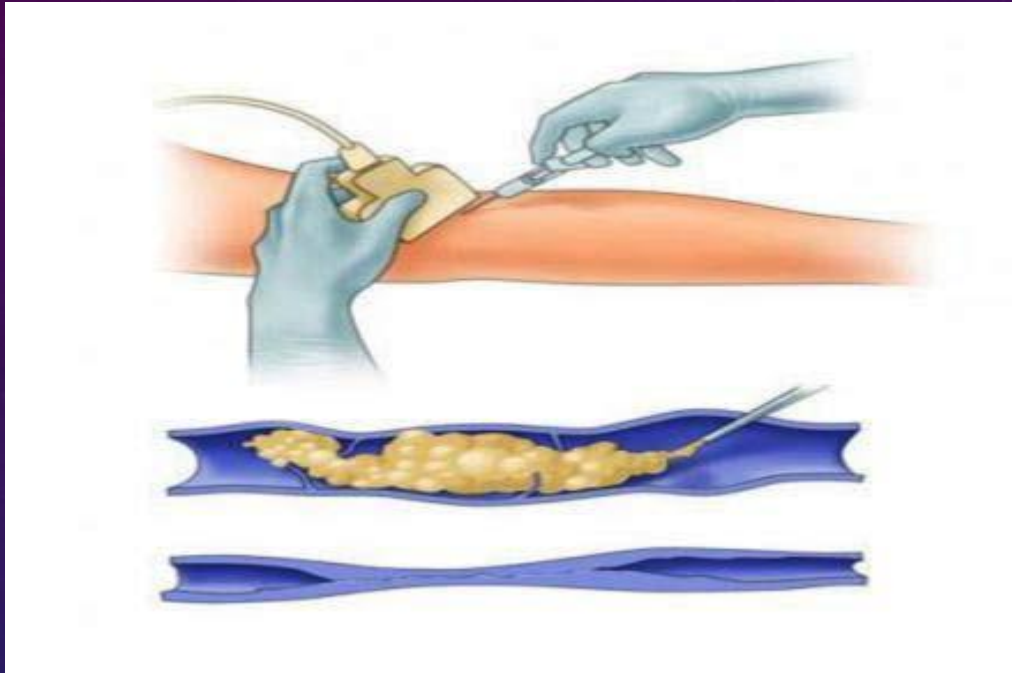
КРИОСТРИППИНГ

ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ЭТОГО МЕТОДА ТРЕБУЕТСЯ СПЕЦИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ (АППАРАТ КРИОТЕРАПИИ, ЖЕСТКИЕ И ГИБКИЕ ЗОНДЫ). ПРИНЦИП ДЕЙСТВИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ЛОКАЛЬНОМ ОХЛАЖДЕНИИ ТКАНЕЙ (ДО -85°C) В ОБЛАСТИ ГОЛОВКИ ЗОНДА, ВВОДИМОГО В ВЕНУ, ВСЛЕДСТВИЕ ЧЕГО СОСУД ПРИМЕРЗАЕТ К ЗОНДУ И ВО ВРЕМЯ ПРИЛОЖЕНИЯ ТЯНУЩИХ УСИЛИЙ ВЫВОРАЧИВАЕТСЯ НАИЗНАНКУ (ВАРИАНТ ИНВАГИНАЦИОННОГО СТРИППИНГА).

ВОЗДЕЙСТВИЕ ХОЛОДА ПРИВОДИТ К ЛОКАЛЬНОМУ СПАЗМУ СОСУДОВ И ИХ БЫСТРОМУ ТРОМБИРОВАНИЮ, ЧТО ПРЕДОТВРАЩАЕТ КРОВОТЕЧЕНИЕ.



СКЛЕРОТЕРАПИЯ

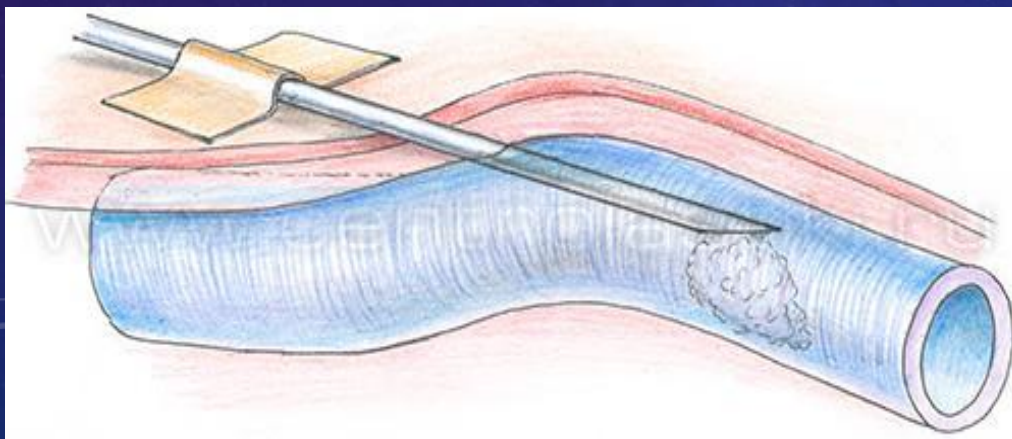


СКЛЕРОТЕРАПИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ВО ВВЕДЕНИИ СПЕЦИАЛЬНОГО РАСТВОРА (СКЛЕРОЗАНТА) В ПРОСВЕТ СОСУДА.

ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ СКЛЕРОЗАНТА НЕОБХОДИМО СОЗДАТЬ КОМПРЕССИЮ НА СКЛЕРОЗИРУЕМЫЕ СОСУДЫ С ПОМОЩЬЮ ЭЛАСТИЧНЫХ БИНТОВ ИЛИ СПЕЦИАЛЬНОГО КОМПРЕССИОННОГО ТРИКОТАЖА.

ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКАНЕРА ПОЗВОЛЯЕТ ПРИЦЕЛЬНО ВВОДИТЬ СКЛЕРОЗИРУЮЩУЮ ПЕНУ В ОБЛАСТЬ ВЕНОЗНЫХ СБОСОВ ПРИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНЫХ ПЕРФОРАНТАХ. ПРИ ЭТОМ УСТРАНЯЮТСЯ НЕ ТОЛЬКО ВИДИМЫЕ ВЕНЫ, НО И ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ПОЯВЛЕНИЯ И

П
Б

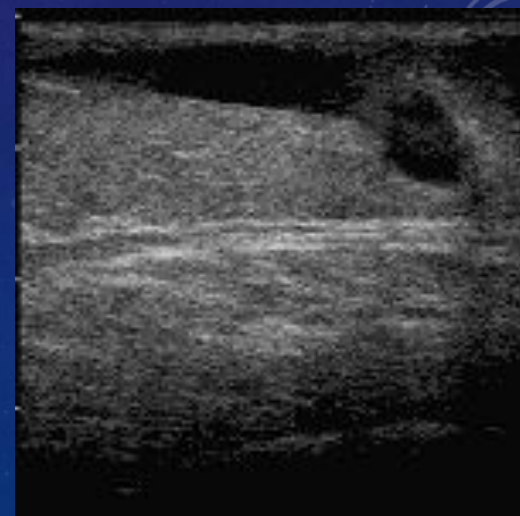


ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ (ЭВЛК)

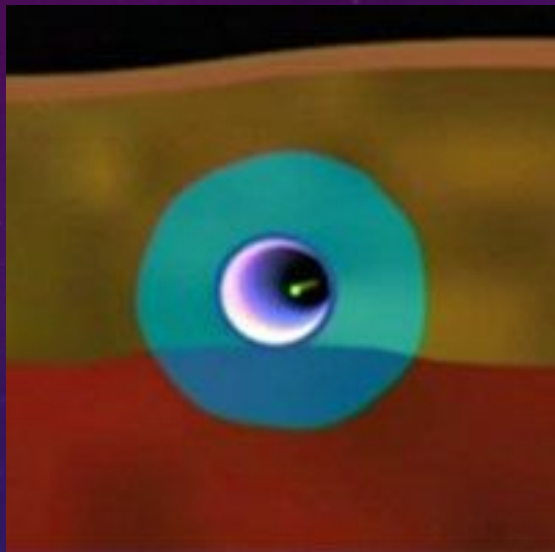


ПОД ДЕЙСТВИЕМ ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ РАЗРУШАЕТСЯ ЭНДОТЕЛИЙ ВЕНЫ, ОБНАЖАЕТСЯ СУБЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ МЕМБРАНА, КОТОРАЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЕРХНОСТЬЮ С ВЫСОКОАДГЕЗИВНЫМИ СВОЙСТВАМИ. В ЗОНЕ ЛАЗЕРНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ОБРАЗУЕТСЯ ПЛОТНЫЙ, БЫСТРО ОРГАНИЗУЮЩИЙСЯ ТРОМБ. ОБА ЭТИХ ПРОЦЕССА И ПРИВОДЯТ К ТРОМБИРОВАНИЮ СТВОЛА И ПРИТОКОВ БПВ.

1) УЛЬТРАЗВУКОВАЯ РАЗМЕТКА ВАРИКОЗНЫХ СТОЛОВ И ПРОВЕДЕНИЕ СВЕТОВОДА ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ



2) СОЗДАНИЕ ЗАЩИТНОЙ МУФТЫ — ТУМЕНЕСЦЕНТНАЯ АНЕСТЕЗИЯ.



ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКА ВВОДИТСЯ РАСТВОР НОВОКАИНА ИЛИ ДРУГОГО АНЕСТЕТИКА.

ЭТОТ ЭТАП ПОЗВОЛЯЕТ СДЕЛАТЬ ПРОЦЕДУРУ ЛАЗЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИ БЕЗБОЛЕЗНЕННОЙ.

НОВОКАИН ОХВАТЫВАЕТ ВЕНУ СО ВСЕХ СТОРОН, СОЗДАВАЯ НА ЕЕ ПРОТЯЖЕНИИ ВОДЯНУЮ ПОДУШКУ, КОТОРАЯ ОБЕЗБОЛИВАЕТ ПРОЦЕДУРУ И ПРЕДОХРАНЯЕТ ОКРУЖАЮЩИЕ ВЕНУ ТКАНИ ОТ ТЕПЛОВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ЛАЗЕРА.

3) ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ ВАРИКОЗНОГО СТВОЛА



4) В КОНЦЕ ОПЕРАЦИИ ОДЕВАЕТСЯ СПЕЦИАЛЬНЫЙ КОМПРЕССИОННЫЙ ТРИКОТАЖ, ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ЭЛАСТИЧЕСКОЙ КОМПРЕССИИ ОПЕРИРОВАННОЙ КОНЕЧНОСТИ.



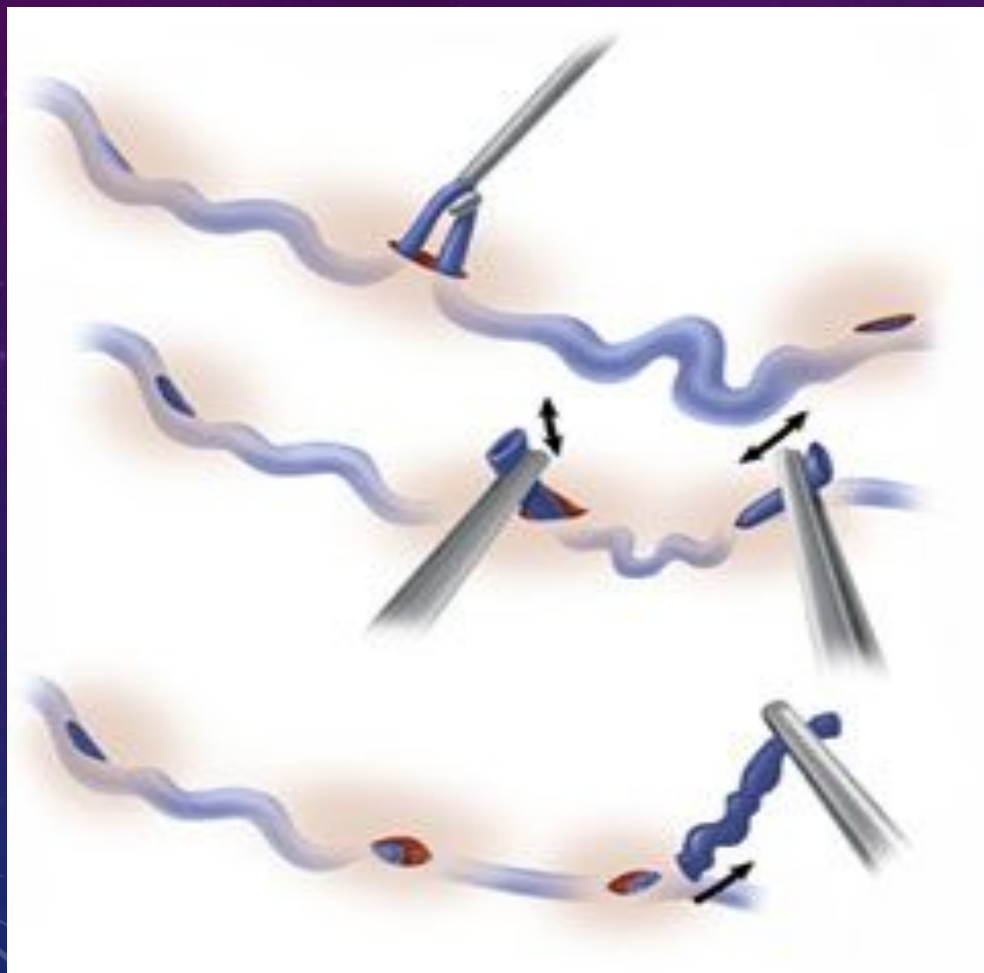
ЭЛАСТИЧЕСКАЯ КОМПРЕССИЯ.

РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ ВЕН



В РЕЗУЛЬТАТЕ РАДИОЧАСТОТНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В ПРОСВЕТЕ ВАРИКОЗНО ИЗМЕНЕННОЙ ВЕНЫ РАЗРУШАЕТСЯ ЭНДОТЕЛИЙ ВЫЗЫВАЯ СОКРАЩЕНИЕ КОЛЛАГЕНА И ОБЛИТЕРАЦИЮ ПРОСВЕТА ВЕНЫ. НАИБОЛЕЕ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ КОАГУЛЯЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ ПОДКОЖНЫХ ВЕН.

МИНИФЛЕБЭКТОМИЯ



УДАЛЕНИЕ ВАРИКОЗНО ИЗМЕНЕННЫХ ПРИТОКОВ ЧЕРЕЗ МИНИАТЮРНЫЕ ПРОКОЛЫ (1-2 ММ), НЕ ТРЕБУЮЩИЕ НАЛОЖЕНИЯ ШВОВ И ЗАЖИВАЮЩИЕ ПРАКТИЧЕСКИ БЕЗ РУБЦА, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СПЕЦИАЛЬНОГО НАБОРА ИНСТРУМЕНТОВ .



16.03.2005

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

Будьте Здоровы!



www.den-medika.ru