

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПОРОКАМИ ВЕН КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ

Полозов Роман Николаевич, Канина Лариса Ярославовна, Набоков Виктор Владиславович, Колбая Левтер Мамукаевич, Замятина Юлия Сергеевна.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 194100, Санкт-Петербург, ул.Литовская, д.2

E-mail: polozov-03@mail.ru

Ключевые слова: дисплазия вен; артериовенозная мальформация; флебэктазия; венозные вариксы.

Введение. Дисплазии вен кисти и пальцев (ДВКП) у детей характеризуются наличием врожденных флебэктазий (вариксы), конгломератов вен с возможной локализацией их в подкожной клетчатке, мышцах, вдоль сосудисто-нервных пучков, а в некоторых случаях в нервных стволах и внутри фиброзно-синовиальных влагалищ сухожилий сгибателей. Возникающие периодически тромбозы в данных патологических очагах (флебэктазиях — вариксах) проявляются воспалением и появлением у детей болевого синдрома с нарушениями функции пораженной кисти, а также фибротизацией окружающих вариксы тканей. Пациентам с ДВКП зачастую устанавливают неверный диагноз: «гемангиома», «кавернозная гемангиома», «артериовенозная мальформация», «лимфангиома». Зачастую ошибочный диагноз приводит к выбору пассивной тактики хирурга или неправильного лечения.

Цель исследования. Определить оптимальные сроки и методы хирургического лечения детей с дисплазиями вен кисти и пальцев.

Материалы и методы. В микрохирургическом отделении СПбГПМУ года наблюдались и получали лечение 154 пациента с дисплазиями вен кисти и пальцев. По результатам проведенного лечения, исходя из различий в локализации патологии, и клинической картины, больные с ДВКП были разделены на 4 группы: легкие, средние, тяжелые и крайне тяжелые поражения. От сроков специализированного обследования и хирургического лечения зависел результат лечения. Пациенты госпитализировались в специализированное отделение планово, по выявлению симптомов заболевания. Считаем нецелесообразным и вредным длительное наблюдение таких пациентов у врачей поликлиники по причине прогрессирования флебэктазий, появлению дегенеративных изменений и флеболитов в тканях кисти и пальцев. На предоперационном этапе выполнялась УЗД, варикофлебография (по показаниям), во время которых определялись локализация, размеры, структура и распространенность поражения ДВКП, а также проводилась дифференциальная диагностика между выше указанными заболеваниями. Уточнялась взаимосвязь с анатомически значимыми структурами кисти (сосудисто-нервными пучками, сухожилиями, мышцами, костями), вовлеченными в зону поражения. Использовались следующие хирургические методы лечения: этапная варикосклеротерапия с использованием этоксисклерола различных концентраций (методика «foam-form») и компрессионного трикотажа. При открытых операциях выполнялись рациональные разрезы с выкраиванием кожных лоскутов различной формы, иссекались патологические венозные вариксы и разрастания после проводимого часто тенолиза, невролиза, артериолиза. Всегда использовались принципы хирургии кисти и микрохирургическая техника оперирования.

Результаты. УЗД и варикофлебография позволяют точно определить распространенность патологических вариксов в зоне поражения. Полученные данные во время обследований позволяют определить наиболее эффективный метод лечения индивидуально для каждого пациента. Выработаны показания к различным видам ангиохирургических вмешательств, в зависимости от размеров и локализации патологических вариксов, что позволяет выполнить максимальное удаление патологических тканей кисти и пальцев.

Заключение. Применяемая тактика и методы оперирования повышают эффективность проводимого лечения венозных дисплазий кисти и пальцев у детей.