

Маслянский Б.А., Шубенок М.А., Маслянский В.Б.

ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ ВЕКТОР РАЗВИТИЯ ФЛЕБОЛОГИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Актуальность. В современной хирургии есть понятие «Большая хирургическая тройка», объединяющее наиболее часто выполняемые операции. В эту тройку входят холецистэктомии, грыжесечения и флебэктомии. Проблема лечения варикозного расширения вен, несмотря на бурное развитие флебологии в течение последних 20 лет, стоит по-прежнему остро. Связано это в первую очередь с распространенностью заболевания. По данным российских и европейских ученых варикозное расширение вен встречается у 17-23% взрослого населения. Примерно 40% от общего числа страдающих варикозом нижних конечностей нуждаются в оперативном лечении. Безусловно, такой большой поток пациентов создает колоссальную нагрузку на отделения сосудистой хирургии и хирургические отделения крупных городских центров, где в настоящее время сконцентрирована помощь по этому направлению. В некоторых регионах пациенты пребывают в ожидании плановой госпитализации несколько месяцев. Одна из попыток по решению этой проблемы была предпринята в 2011 г.: главный внештатный сосудистый хирург МЗ РБ проф. Янушко В.А. предложил разгрузить отделения сосудистой хирургии от флебэктомий в пользу артериальных операций путем создания межрайонных флебологических центров. Предложения были прописаны в решении ЛКС Министерства Здравоохранения (2011 г.), но идея не была подкреплена материально-правовой поддержкой (не выделены ни койки, ни штаты, ни регламент оказания флебологической помощи), и поэтому не увенчалась успехом. Приказом МЗ РБ 26 августа 2013 г. № 891 в перечень хирургических вмешательств выполняемых в амбулаторных условиях внесено лечение варикозной болезни (I - III ст. по классификации CEAP), артериовенозной мальформации (до 5 см), с применением малоинвазивных технологий и метода склеротерапии. Бремя амбулаторного лечения варикозного расширения вен стали брать на себя и частные медицинские центры. Однако и это не помогло решить проблему.

Принцип хирургии «Большой хирург – большой разрез» бытовал в медицине до середины 20-го века. Широкое операционное поле позволяло обеспечить безопасный и удобный доступ для выполнения основного хирургического этапа операции. Косметические и реабилитационные аспекты послеоперационного выздоровления отходили на второй план. В конце 20-го века набор операций при варикозном расширении вен ограничивался перевязкой большой подкожной вены (операция Троянова) и удалением подкожных вен с помощью струн и зондов (операция Беккокка-Нарата). Такие

операции выполнялись во всех хирургических стационарах районов и городов. Операции были довольно травматичными, сопровождались частыми осложнениями и рецидивами. Новый виток развития в оказании флебологической помощи связан с появлением инновационных методик: эндовенозной лазерной коагуляции, склеротерапии в разных вариантах (катетерная под УЗ-контролем, Кларивейн, Флебогриф, микросклеротерапия), минифлебэктомии (операция Варади). Эти методики позволяют выполнять операции под местной анестезией, сократить до минимума койко-день, улучшить косметический эффект операции. Во флебологии эти методики стали возможными благодаря аппаратам УЗИ, которые позволили не только диагностировать вид, распространенность и источник поражения, но и стали дополнительным «глазом» хирурга при выполнении лечебных процедур. Доля открытой хирургии в лечении пациентов с варикозным расширением вен благодаря технологиям стала стремительно снижаться. Минифлебэктомия, являясь представителем «открытой хирургии», но с характерными миниинвазивными чертами, пришла на смену операции Нарата. Инструменты и техника этого метода предложены Робертом Мюллером и Золтаном Варади еще в 60-е годы двадцатого века. Несмотря на географическую близость Беларуси к Швейцарии и Германии, методика минифлебэктомии «докатилась» к нам лишь в начале двухтысячных годов. Первые крючки для минифлебэктомии были самодельные из стоматологических инструментов (зондов, элеваторов, экскаваторов). Благодаря огромной просветительской работе профессора Золтана Варади и его учеников, эта методика получила мировое признание и широко используется во всех странах и на всех континентах. Минифлебэктомия может использоваться как самостоятельный метод лечения варикозного расширения вен, так и дополнять другие методы (термооблитерацию, склеротерапию). Являясь малозатратным и технически простым методом с отличным косметическим эффектом, минифлебэктомия занимает лидирующее место в лечении варикозных притоков при клиническом классе С2-С6.

Вывод: Современная флебология с присущими ей миниинвазивными чертами требует от врачей навыков владения ультразвуковой диагностикой венозной системы и знаний различных методик лечения. Программы повышения квалификации предоставляют возможность приобрести эти навыки для дальнейшего применения на практике. В настоящий момент постепенно создаются условия для смещения фокуса в лечении варикозной болезни с отделений сосудистой хирургии на региональные учреждения здравоохранения и амбулаторное звено. Настало время для разработки четкого регламента по оказанию флебологической помощи, что позволит решать вопросы, связанные с материально-техническим оснащением учреждений здравоохранения. Эти шаги позволят в значительной степени улучшить доступность и качество медицинской помощи пациентам с варикозным расширением вен.