І. Б. Бабинкіна¹,
Г. А. Новікова²,
Г. П. Бабинкіна¹

¹ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМНУ», м. Харків

²Харківська клінічна лікарня на залізничному транспорті № 1 філії «Центр охорони здоров'я» ПАТ «Українська залізниця»

© Колектив авторів

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ВЕНОЗНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Реферат. Мета. Покращення результатів лікування хворих із декомпенсованими формами хронічної венозної недостатності при посттромбофлебітичній та варикозній хворобі на основі застосування диференційованої патогенетично обґрунтованої хірургічної тактики.

Матеріали і методи. В основу роботи покладено вивчення результатів хірургічного лікування 102 хворих, не оперованих до цього, з посттромбофлебітичною хворобою нижніх кінцівок в декомпенсованій стадії ХВН. Всім хворим проведено комбіноване хірургічне лікування, що включало ліквідацію перфорантної недостатності й різні модифікації операції на поверхневих венах для усунення вертикального рефлюксу.

Результати та їх обговорення. Комбінована операція з лікування перфорантних вен дозволяє виконувати операцію переривання кровообігу по неспроможних перфорантних венах у тому числі й в амбулаторних умовах, максимально скоротивши травматизацію тканин при здійсненні пункційного, а не секційного доступу до вени. Істотно підвищується косметичний ефект операції, що особливо важливо при лікуванні жінок. Так як операція може здійснюватися амбулаторно, значно знижується кількість днів непрацездатності в порівнянні зі стандартними операціями на перфорантних венах, що є особливо важливою обставиною в сучасних економічних умовах.

Висновки. Використання запропонованої методики дозволяє досягти оптимальних умов відновлення трофіки уражених тканин, призводить до зниження кількості ускладнень і скорочення термінів госпіталізації.

Ключові слова: хронічна венозна недостатність, трофічні виразки, посттромбофлебітична та варикозна хвороба

Вступ

Хронічна венозна недостатність (ХВН) нижніх кінцівок надзвичайно поширена в сучасному світі. Частота захворюваності ХВН серед дорослого населення Європи (середні показники по всіх країнах у хворих у віці 30–70 років) становить 25,0–50,0 %, причому важкі форми із трофічними розладами спостерігаються приблизно у 15,0 % [1, 2].

Одним з найбільш тяжких ускладнень ХВН є трофічні виразки (ТВ), які розвиваються у 1,0 % дорослого населення і у 2,0 % осіб працездатного віку індустріально розвинених країн. ТВ венозної етіології представляють величезну медичну і соціально-економічну проблему. Їхнє загоєння настає тільки у 50,0 % хворих і може тривати до 4 місяця лікування, а рецидив ТВ протягом першого року виникає у 30,0 % випадків. Для хворих, що погано переносять компресійну терапію, цей показник через 2 роки зростає до 78,0 %. У 0,3 % випадків виразки довго не гояться і багаторазово рецидивують, незважаючи на найсучасніше комплексне лікування [3, 4].

Оперативне втручання було і залишається основним способом лікування декомпенсованої ХВН. Традиційні методики хірургічного лікування хворих з трофічними порушеннями (ТП) нижніх кінцівок в 30,0–45,0 % не забезпечують стійкого клінічного поліпшення через високу частоту післяопераційних ускладнень: від 31,3 до 75,0 % в загальнохірургічних стаціонарах і від 4,3 до 9,6 % – в спеціалізованих. Частота рецидивів варикозного розширення вен і ТВ після операції досягає 19,0–34,1 % [5].

Мета досліджень

Покращення результатів лікування хворих із декомпенсованими формами хронічної венозної недостатності при посттромбофлебітичній та варикозній хворобі на основі застосування диференційованої патогенетично обґрунтованої хірургічної тактики.

Матеріали і методи

В основу роботи покладено вивчення результатів хірургічного лікування 102 хворих, не оперованих до цього, з посттромбофлебі-

тичною хворобою (ПТФХ) нижніх кінцівок у декомпенсованій стадії ХВН. Загальним для всіх пацієнтів була наявність трофічних порушень м'яких тканин гомілки різного ступеня вираженості (ХВН С4-6 класу за СЕАР) і недостатність перфорантних вен гомілки, виявлені при обстеженні. Всім хворим проведено комбіноване хірургічне лікування, що включало ліквідацію перфорантної недостатності й різні модифікації операції на поверхневих венах для усунення вертикального рефлюксу. Залежно від методу усунення низького горизонтального вено-венозного скидання пацієнти були розділені на дві групи: основну й порівняння. Формування груп здійснювалося на основі випадкової вибірки. Основну групу склали 52 (51,0 %) пацієнти, яким була виконана субфасціальна дисекція неспроможних перфорантних вен із мінідоступу (СФДПВ). До групи порівняння увійшли 50 (49,0 %) пацієнтів, яким проведено консервативну терапію венозних трофічних виразок.

Результати досліджень та їх обговорення

Під час першого візиту пацієнта до хірурга-флеболога крім візуального клінічного огляду необхідно виконати УЗД венозної системи нижніх кінцівок, під час якого оцінюється прохідність глибоких і поверхневих вен, ро-

бота клапанів в венах, визначається наявність або відсутність рефлюксу (зворотного потоку крові), спроможність перфорантних вен. Саме неспроможність сафено-фemorального або сафено-поплітеального гирл, стовбурових клапанів великої й малої підшкірних вен, перфорантних вен є, в більшості випадків, причиною появи варикозних вен і симптомів ХВН (рис. 1).

Наявність гострого тромбозу глибоких вен є протипоказанням до оперативного втручання. Виявляють всі патологічні горизонтальні й вертикальні рефлюкси, які вимагають хірургічної корекції. Обов'язково маркуються неспроможні вени-перфоранти (рис. 2–3).

Розмітка на шкірі хворого проводиться під ультразвуковим контролем безпосередньо перед втручанням. Спочатку визначається нижня межа рефлюксу по ВПВ (МПВ). Як правило, ця межа знаходиться в місці впадання великої притоки, вени комуніканта або неспроможної перфорантної вени. У цьому місці ставиться відмітка. Друга відмітка ставиться на 3–4 см дистальніше першої, в цьому місці буде проводитися доступ до вени. Потім за ходом великої підшкірної вени (ВПВ) або малої підшкірної вени (МПВ) зазначаються всі місця впадання неспроможних вен комунікантів і перфорантів – це робиться для того, щоб при оператив-

Рис. 1. Дуплексне картування при неспроможності остіального клапану ВПВ

Рис. 2 Неспроможна перфорантна вена

Рис. 3 Компресійна проба вени

ному утручанні в цих місцях «закрити» гирла приток. Далі маркуються всі варикозно розширені притоки, незалежно від способу, яким вони будуть видалятися. Це необхідно ще й для зменшення обсягу травматизму під час операції, так як при УЗД чітко відмежовуються й маркуються спроможні й неспроможні ділянки венозної системи. Таким чином, обсяг операції обмежується тільки неспроможними зонами без видалення спроможних венозних басейнів.

Незалежно від способу видалення, або облітерації підшкірних розширених вен обов'язковою умовою якісного лікування варикозної хвороби є роз'єднання поверхневої й глибокої венозної систем шляхом перев'язки й розсічення перфорантних вен. Операція з кліпування неспроможних перфорантних вен полягає у припиненні ретроградного скидання крові з глибокої в поверхневу венозну систему й здійснюється наступним чином. Необхідно чітко визначити сегмент вени для кліпування, з урахуванням діаметра вени на різних рівнях. Пацієнт з варикозно розширеними венами, у якого можна застосувати комбіновану методику лікування варикозної хвороби, укладається на спину. Під ультразвуковим контролем відшукують неспроможні перфорантні вени. У зоні їх проекції робиться інфільтраційна анестезія шкіри та м'язів. Необхідно відзначити, що тумесцентна анестезія може бути виконана правильно тільки під ультразвуковим контролем. У місці введення кліпуючого інструменту вузьким очним скальпелем робиться прокол шкіри. Кліпса, що заряджається в інструмент, і сам інструмент попередньо піддаються стерилізації в пароформаліновій камері. Після знеболювання в зоні проекції неспроможної перфорантної вени ріжучою частиною трубки пунктують шкіру, підшкірну клітковину, м'язи й підводять пристрій до перфорантної вени, що візуалізується при ультразвуковому дослідженні Скріпка (кліпса) здавлює неспроможну перфорантну вену, фіксується на ній за рахунок стиснення вени, виходячи таким чином з пристрою. Кінцівку акуратно незначно ротують досередини й назовні, щоб переконатися в правильності накладення кліпси, після чого кліпса повністю виштовхується з інструменту. Весь хід операції здійснюється під ультразвуковою навігацією. На місце проколу на кінцівку накладається пов'язка, що давить. Аналогічним чином кліпуються й інші неспроможні перфорантні вени.

Закінчивши кліпування перфорантних вен, виконують наступні етапи комбінованого лікування варикозно змінених вен. В силу малої величини пункційного отвору в м'яких тканинах кінцівки, що оперується, останнє не вишивається, а закривається самостійно. Кліпса за-

лишається на вені без подальшого видалення, так як її розміри й матеріал забезпечують відсутність запальної реакції, здатної викликати відторгнення чужорідного тіла. Потім накладається асептична пов'язка й надівається еластична панчоха 2-го класу компресії.

Метод кліпування неспроможних вен перфорантів є більш переважним ніж класичні техніки, тому що дозволяє мінімізувати травматизацію тканин, уникнути гематоми м'яких тканин, зменшити реабілітаційний післяопераційний період.

Відразу після надягання компресійного трикотажу пацієнту рекомендують походити близько 40 хвилин. Безперервна (цілодобова) компресія становить 5 діб. Надалі пацієнт носить компресійний трикотаж тільки в денний час. Загальна тривалість носіння компресійного трикотажу становить 2 місяці. Перший огляд проводиться на 2-3 добу. При цьому обов'язково виконується ультразвукове ангіосканування з метою оцінки стану сафено-феморального (поплітеального) гирла, виявлення джерел можливого патологічного рефлюксу. Слід виключити такі ускладнення як тромбоз, флебіт. Також оцінюється стан вен-перфорантів, які зазнали кліпування. Слід переконатися, що операція кліпування пройшла вдало й кровотік у вені відсутній. Динамічне спостереження проводиться через 1 і 6 місяці після операції. При цьому повторно виконується ультразвукова доплерографія з оцінкою можливого патологічного рефлюксу, при виявленні якого проводиться кліпування перфорантних вен під ультразвуковою навігацією в амбулаторних умовах для запобігання рецидиву захворювання.

Клінічний приклад. Пацієнт Н., 46 років, надійшов за скаргами на наявність у н/3 гомілки справа трофічної виразки, що не загоюється тривалий час (більше 6 місяців), варикозно змінені вени на нижніх кінцівках, набряки.

Пацієнта обстежено. За даними УЗ-сканування встановлено післятромботична хвороба нижніх кінцівок, клапанна неспроможність перфорантних вен правої гомілки.

Етапи лікування пацієнта представлено на рис. 4-6.

Дані, представлені на рис. 4-6, свідчать про те, що загоєння трофічної виразки відбувається досить успішно.

Таким чином, комбінована операція з кліпування перфорантних вен дозволяє виконувати операцію переривання кровообігу по неспроможних перфорантних венах у тому числі й в амбулаторних умовах, максимально скоротивши травматизацію тканин при здійсненні пункційного, а не секційного доступу до вени. Істотно підвищується косметичний ефект операції, що особливо важливо при лікуванні

Рис. 4. Маркування неспроможних перфорантних вен під контролем УЗ-сканування

Рис. 5. Перев'язування неспроможних перфорантних вен із мінідоступу (шляхом кліпування)

Рис. 6. Зовнішній вид трофічної виразки через 3 місяці

жінок. Так як операція може здійснюватися амбулаторно, значно знижується кількість днів непрацездатності в порівнянні зі стандартними операціями на перфорантних венах. Остання обставина є особливо важливою в сучасних економічних умовах.

Висновки

Використання запропонованої методики дозволяє досягти оптимальних умов відновлення трофіки уражених тканин, призводить до зниження кількості ускладнень і скорочення термінів госпіталізації.

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Савельев ВС, Гологорский ВА, Кириенко АИ. Флебология: руководство для врачей. М.: Медицина, 2001, 216 с.
2. Чернуха ЛМ. Заболевания вен – проблема, требующая решения. Здоров'я України. 2011;6:2-3.
3. Frykberg RG, Banks J. Challenges in the treatment of chronic wounds. Adv. Wound Care (New Rochelle). 2015;4(9):560-82.
4. Chernukha LM, Guch A, Kondratyuk VA, et al. Two levels of varicose disease. Muth or reality...Baltic Society phlebology. 4th Scientific Meeting, Jurmala, Latvia, May 19-20. 2017:38-9.
5. Gethin G, Cowman S, Kolbach DN. Debridement of venous leg ulcers. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(9): CD008599.

REFERENCES

1. Savel'ev VS, Gologorskiy VA, Kirienko AI. Flebologiya: rukovodstvo dlya vrachej. M.: Medycina, 2001, 216 s. [In Rus.]
2. Chernukha LM. Zabolevanie ven – problema, trebuyushaya resheniya. Zdorov'ya Ukraini. 2011;6:2-3. [In Ukr.]
3. Frykberg RG, Banks J. Challenges in the treatment of chronic wounds. Adv. Wound Care (New Rochelle). 2015;4(9):560-82.
4. Chernukha LM, Guch A, Kondratyuk VA, et al. Two levels of varicose disease. Muth or reality...Baltic Society phlebology. 4th Scientific Meeting, Jurmala, Latvia, May 19-20. 2017:38-9.
5. Gethin G, Cowman S, Kolbach DN. Debridement of venous leg ulcers. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(9): CD008599.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

**И. Б. Бабынкина,
А. А. Новикова,
Г. П. Бабынкина**

Резюме. *Цель.* Улучшение результатов лечения больных с декомпенсированными формами хронической венозной недостаточности при посттромбофлебитической и варикозной болезни на основе применения дифференцированной патогенетически обоснованной хирургической тактики.

Материалы и методы. В основу работы положено изучение результатов хирургического лечения 102 больных, не оперированных до этого, с посттромбофлебитической болезнью нижних конечностей в декомпенсированной стадии ХВН. Всем больным проведено комбинированное хирургическое лечение, включавшее ликвидацию перфорантной недостаточности и различные модификации операции на поверхностных венах для устранения вертикального рефлюкса.

Результаты и их обсуждение. Комбинированная операция по клипированию перфорантных вен позволяет выполнять операцию прерывания кровообращения по несостоятельным перфорантным венам, в том числе и в амбулаторных условиях, максимально сократив травматизацию тканей при осуществлении пункционного, а не секционного доступа к вене. Существенно повышается косметический эффект операции, что особенно важно при лечении женщин. Так как операция может осуществляться амбулаторно, значительно снижается количество дней нетрудоспособности по сравнению со стандартными операциями на перфорантных венах, что является особенно важным обстоятельством в современных экономических условиях.

Выводы. Использование предложенной методики позволяет достичь оптимальных условий восстановления трофики пораженных тканей, приводит к снижению количества осложнений и сокращению сроков госпитализации.

Ключевые слова: *хроническая венозная недостаточность, трофические язвы, посттромбофлебитическая и варикозная болезни.*

SURGICAL TREATMENT
OF CHRONIC VENOUS
DEFICIENCY OF LOWER
EXTREMITIES

*I. B. Babynkina,
A. A. Novikova,
G. P. Babynkina*

Summary. *The aim.* Improving the results of treatment of patients with decompensated forms of chronic venous insufficiency in post-thrombophlebitic and varicose diseases based on the use of differentiated pathogenetically substantiated surgical tactics.

Materials and methods. The basis of the work is the study of the results of surgical treatment of 102 patients not previously operated on with postthrombophlebitic disease of the lower extremities in the decompensated stage of CVI. All patients underwent combined surgical treatment, including the elimination of perforating insufficiency and various modifications of the operation on the superficial veins to eliminate vertical reflux.

Results and discussion. The combined operation for clipping perforating veins allows the operation to interrupt blood circulation through insolvent perforating veins, including on an outpatient basis, minimizing tissue trauma during puncture rather than sectional access to a vein. The cosmetic effect of the operation is significantly increased, which is especially important in the treatment of women. Since the operation can be performed on an outpatient basis, the number of days of incapacity for work is significantly reduced compared to standard operations on perforating veins, which is a particularly important circumstance in modern economic conditions.

Conclusion. Using the proposed method allows to achieve optimal conditions for the restoration of trophism of affected tissues, leading to a decrease in the number of complications and a reduction in hospitalization.

Key words: *chronic venous insufficiency, trophic ulcers, post-thrombophlebitic and varicose diseases*