

УДК 616.14-008.64:616.8-009.85]-089-072.4-71

СУБФАСЦІАЛЬНА ЕНДОСКОПІЧНА ДИСЕКЦІЯ ПЕРФОРАНТНИХ ВЕН ГОМІЛКИ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ ВЕНОЗНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ, УСКЛАДНЕНОЮ ТРОФІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Ф.В. Горленко, В.В. Русин

Ужгородський національний університет, медичний факультет

Реферат. В даній роботі представлений аналіз хірургічного лікування 71 пацієнта з декомпенсованою хронічною венозною недостатністю, яким був застосований метод субфасціальної ендоскопічної дисекції перфорантних вен гомілки з наступним виконанням катетерної дистальної склерооблітерації великої підшкірної вени гомілки, що дозволяє знизити рівень післяопераційних ускладнень та активізувати пацієнта в ранні терміни після втручання.

Ключові слова: хронічна венозна недостатність, ендоскопічна дисекція перфорантних вен, трофічна виразка.

Хронічна венозна недостатність (ХВН), ускладнена трофічними розладами, продовжує залишатися однією із актуальних проблем сучасної флебології, для якої притаманний високий рівень інвалідизації та економічних витрат на лікування даної групи пацієнтів. За даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я 25% населення працездатного віку Європи хворіють венозною патологією (Hafner J. 1999). Особливо важливо, що 12,5% цих пацієнтів передчасно завершують трудову діяльність, а 2% дорослого населення економічно розвинутих країн мають трофічні виразки [6]. За даними О.О.Шалімова та І.І.Сухарева поширеність варикозної хвороби нижніх кінцівок складає 37,2% у хворих віком 31 – 40 років та 27,4% – у віці 41-50 років, причому в основному хворіють жінки (60,8%) проти чоловіків (39,2%) [8]. За 2005 рік у статистичній звітності МСЕК за формою № 14 варикозна хвороба нижніх кінцівок стала причиною первинної інвалідизації у 24,6% хворих серед захворювань вен нижніх кінцівок, з яких 86,8% хворих були працездатного віку [1].

В основі патогенезу декомпенсованих форм ХВН основну роль відіграє флебогіпертензія та венозний стаз крові, які обумовлені наявністю патологічного венозного рефлюксу крові в систему поверхневих вен через неспроможний остіальний клапан і/або через неспроможні перфорантні вени (горизонтальний рефлюкс) [4]. Для лікування декомпенсованих форм ХВН використовують велику кількість методів консервативної терапії, а також найрізноманітні хірургічні втручання на поверхневих, перфо-

рантних та глибоких венах. Однак, хірургічне лікування залишається на сьогоднішній день оптимальним та патологічно обґрунтованим методом лікування при даній патології. На протязі останніх десятиріч в нашій країні основним методом лікування даної патології є радикальна венектомія, суб- або надфасціальна перев'язка перфорантних вен. Операція Лінтона визнана різними поколіннями хірургів, як самим ефективним втручанням у флебології, однак вона має деякі недоліки, зокрема велика травматичність, яка веде за собою значні гнійно – некротичні ускладнення, великий косметичний рубець, тривалу реабілітацію пацієнтів. Зокрема, за матеріалами Всесвітнього конгресу флебологів (Лондон, 1995) операція Лінтона на сьогоднішній день більше має тільки історичний інтерес, тому що кількість ускладнень при ній сягає 40% і є думка утриматися від широкого її використання [5].

Ендоскопічним аналогом операції Лінтона є ендоскопічна дисекція перфорантних вен, загальноприйняте скорочення SEPS (Subfascial endoscopic perforant vein surgery) [6], при якій відсутні ускладнення, зумовлені формуванням широкого оперативного доступу в області трофічних змін. Першим застосував ендоскопічні технології у флебології німецький хірург G.Hauer [7], який за допомогою набору інструментів для лапароскопічної холецистектомії у 1985 році виконав ендоскопічну субфасціальну дисекцію перфорантних вен.

Зазвичай SEPS виконують у комбінації з іншими втручаннями на венозній системі: кро-сектомія, короткий стріппінг, традиційна венектомія, стовбутова склерооблітерація [2, 5].

Мета роботи: покращити результати лікування хворих хронічною венозною недостатністю з трофічними розладами шляхом застосування активної хірургічної тактики (SEPS).

Матеріал та методи

Метод субфасціальної ендоскопічної дисекції перфорантних вен гомілки застосований при хірургічному лікуванні 71 пацієнта з декомпенсованою хронічною венозною недостатністю. Серед оперованих пацієнтів були: 51

(71,8%) жінка та 20 (28,2%) чоловіків. У 47 (66,2%) хворих спостерігалися трофічні розлади у вигляді активних трофічних виразок шкіри гомілки, що відповідає класу С6 за класифікацією СЕАР. Всім хворим проводили бактеріальне дослідження виділень із трофічних виразок з наступним використанням пов'язок з 10% розчином вокадину та декасану місцево. Гіперпигментація та індурація шкіри гомілки (С4) спостерігалася у 19 пацієнтів (26,8%). Загоєні трофічні виразки (С5), у вигляді поствиразкового рубця шкіри гомілки та вище перерахованих, виявлені у п'яти пацієнтів (7%). Наявність хронічної венозної недостатності С4-С6 по СЕАР являлися показами до виконання субфасціальної ендоскопічної дисекції перфорантних вен.

В передопераційному періоді всім пацієнтам було виконано ультразвукову доплерографію та дуплексне сканування вен нижніх кінцівок. Дуплексне сканування вен нижніх кінцівок виконували для визначення прохідності глибоких вен та стану клапанів; розташування та функцію остіальних калапанів великої та малої підшкірних вен; рефлюкс крові по стовбуру великої та малої підшкірних вен, подвоєння стовбуру великої підшкірної вени; наявність неспроможних перфорантних вен. Місця локалізації неспроможних перфорантних вен позначали на шкірі розчином діамантової зелені. Дослідження проводили на апаратах ESAOTE MY LAB 50 (Італія) з датчиком 10 – 12 МГц та ZONARE (США) з датчиком 10 МГц. У 38 пацієнтів (53,5%) передопераційне обстеження було доповнене ретроградною флебографією за допомогою апарату «INTEGRIS – 2000» («Philips», Нідерланди).

Всім хворим перед виконанням ендоскопічної дисекції перфорантних вен виконували крокетомію та короткий стріпінг великої підшкірної вени на стегні. Для виконання ендоскопічної дисекції перфорантних вен використовували апаратуру фірми „K.Storz” (Німеччина) та набір інструментів фірми «ППП» (Росія) з двох каналним клинком – маніпулятором конусовидної форми. При проведенні операції ми використовували медіальний доступ, який дозволяє здійснити повну ревізію субфасціального простору та виявити неспроможні перфорантні вени (група Коккета, Шермана, Бойда). Після виконання ендоскопічної дисекції перфорантних вен проводили катетерну дистальну склерооблітерацію великої підшкірної вени на гомілці при наявності трофічних виразок. Для виконання склеротерапії використовували 2% розчин «Aethoxysklerol» [2].

Результати та обговорення

Розвиток трофічних виразок часто є причиною високого рівня інвалідності. Тривале за-

гоєння виразок, некрози та інфікування є частими і серйозними наслідками відкритих операцій на субфасціальному просторі з перев'язкою неспроможних перфорантних вен дає підґрунтя та перевагу для ендоскопічних хірургічних втручань.

У всіх хворих перед операційним втручанням виконували бактеріологічне дослідження виділень із трофічних виразок. Спектр бактеріальної складової мікрофлори, яка ініціювала і ускладнювала перебіг загоєння трофічних виразок, характеризувався відносно різноманітністю. По результатам досліджень переважали коагулазо-позитивні (*Staphylococcus aureus*) та епідермальні стафілококи (*Staphylococcus epidermidis*). Друге місце за чисельністю посідали штами стрептококів (*Streptococcus pyogenes*), зовсім незначною була кількість культур ентерококів (*Enterococcus faecalis*). Вище названі бактеріальні ізоляти належали до представників грам-позитивних бактерій, частка яких сумарно в етіології трофічних виразок становила 66,1%. Менш значна дольова участь грам-негативних бактерій в патогенезі трофічних виразок представлена такими видами, як *Proteus vulgaris*, *Klebsiella oxytoca*, *Klebsiella pneumoniae* і *Pseudomonas aeruginosa*.

Дослідження етіологічної ролі мікроскопічних грибів у виникненні і/або ускладненні трофічних виразок вказало на сумнівність їх стосунку до цієї патології. Із усіх обстежених нами проб лише в одному випадку ізольовано культуру *Candida albicans*. Виділені нами штами *Staphylococcus aureus* і *Staphylococcus epidermidis* не мали множинної резистентності до антибіотиків. Грам-негативні бактерії, не дивлячись на їх відносно меншу дольову участь в етіології трофічних виразок, виявляли дуже значну стійкість до більшості тестованих антибіотиків [3].

Нами було проаналізовано інтра – та постопераційні ускладнення. Інтраопераційні ускладнення ми спостерігали у чотирьох (5,63%) пацієнтів. На початку освоєння методики SEPS у двох пацієнтів (2,8%) була перфорація виразки тубусом клинка для ендоскопа. У двох випадках (2,8%) була кровотеча із пошкодженої перфорантної вени (малого діаметру) при виділенні та із кукси перфорантної вени після коагуляції. При виникненні таких ускладнень ми використовували зовнішню механічну компресію, яка була ефективна при кровотечі із перфорантів діаметром біля 2 мм.

В одному випадку (1,4%) на етапі впровадження методики субфасціальної ендоскопічної дисекції перфорантних вен при виділенні перфорантної вени Коккета (діаметром 8 мм), було пошкоджено останню, внаслідок чого отрима-

ли кровотечу. Після 5 – 10 хвилин зовнішньої компресії кровотеча не зупинилася. Вирішено було перейти до відкритої перев'язки перфорантної вени доступом по Де – Пальма. Причиною пошкодження перфоранта, ми вважаємо, не точне маркування перфорантної вени біля трофічної виразки та ліподерматосклероз.

Кількість перфорантів, виявлених і пересічених ендоскопічно коливалася в межах від одного до дев'яти. Частіше всього зустрічалось чотири або п'ять перфорантних вен. Тривалість ендоскопічного етапу операції складала від 30 до 60 хвилин. При виражених трофічних розладах було утруднене відшарування шкірно-фасціального лоскута із-за його ригідності і наявності рубцьово-спайкового процесу в субфасціальному просторі. Можна стверджувати, що на тривалість втручання прямо пропорційно впливали вираженість ліподерматосклерозу та кількість перфорантних вен. Післяопераційний ліжко-день складав 7-15 днів (в середньому $9,65 \pm 0,67$ днів).

Післяопераційні ускладнення було відмічено у шести хворих (8,45%). У трьох хворих (4,25%) ми спостерігали часткові крайові некрози післяопераційної рани. У двох хворих (2,8%) діагностовано лімфорею із розрізу на гомілці, що пов'язуємо із пошкодженням лімфатичних судин гомілки. Субфасціальна гематома діагностована у одного хворого (1,4%). Гематома евакуйована через розріз, для проведення тубуса, з наступним накладанням марлевого валику та тугим бинтуванням кінцівки. Такі ускладнення, як нагноєння, виражений больовий синдром в місці розрізу, тромбоз глибоких вен, ми не спостерігали.

При збереженні радикальності втручання та зменшенні післяопераційних ускладнень субфасціальна ендоскопічна дисекція перфорантних вен дозволяє активізувати пацієнта практично одразу після втручання в порівнянні із операцією Лінтона. Дистальна стовбурова склеротерапія на гомілці надійно профілактує контамінацію раньового вмісту трофічної виразки від операційного розрізу.

Висновки

1. Застосування активної хірургічної тактики (SEPS) дає можливість покращити результати лікування хворих хронічною венозною недостатністю з трофічними розладами.

2. Субфасціальна ендоскопічна дисекція перфорантних вен дозволяє знизити рівень післяопераційних ускладнень та активізувати пацієнта в ранні терміни після втручання.

3. При ускладненій трофічними виразками варикозній хворобі нижніх кінцівок рекомендовано визначати спектр бактеріальної мікрофлори і її чутливість до антибіотиків.

СУБФАЦИАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИСЕКЦИЯ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН ГОЛЕНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, УСЛОЖНЕННОЙ ТРОФИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Ф.В. Горленко, В.В. Русин

Реферат. В данной работе представлен анализ хирургического лечения 71 пациента из декомпенсированной хронической венозной недостаточностью, которым был применен метод субфасциальной эндоскопической диссекции перфорантных вен голени со следующим выполнением катетерной дистальной склерооблитерации большой подкожной вены голени, что позволяет снизить уровень послеоперационных осложнений и активизировать пациента в ранние сроки после вмешательства.

Ключевые слова: хроническая венозная недостаточность, эндоскопическая диссекция перфорантных вен, трофическая язва.

SUBFASCIAL ENDOSCOPIC PERFORANT VEIN SURGERY IN THE CASE OF PATIENTS WITH CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY WITH A COMPLICATION OF TROPHIC DISORDERS

F. Horlenko, V. Rusyn

Abstract. In this investigation we analyzed the surgical treatment in the case of 71 patients with chronic venous insufficiency to whom we applied the method of subfascial endoscopic dissection of the perforant veins of the shin with the following implementation of distal catheter sclerotherapy of great saphena of shin. It allows to reduce the level of postoperational complications and recuperate the patient in shorter terms.

Keywords: chronic venous insufficiency, endoscopic perforant vein dissection, trophic ulcer.

ЛІТЕРАТУРА

1. Іпатов А.В., Сергієні О.В., Дзевіцький Д.І., Войтчак Т.Г. Первинна інвалідність внаслідок захворювань вен нижніх кінцівок в Україні // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2006. – № 4. – С. 18-21.
2. Русин В.І., Корсак В.В., Левчак Ю.А., Русин В.В., Горленко Ф.В. Субфасціальна ендоскопічна дисекція перфорантних вен гомілки та склерооблітерація у лікуванні ускладнених форм варикозної хвороби нижніх кінцівок // Український бальнеологічний журнал. – 2007. – № 2-3. – С. 117-121.
3. Русин В.І., Корсак В.В., Левчак Ю.А., Коваль Г.М., Болдіжар П.О., Русин В.В., Горленко Ф.В. Профілактичне застосування антибіотиків при хірургічному лікуванні варикотромбофлебиту та ускладнених форм варикозної хвороби нижніх кінцівок // Шпитальна хірургія. – 2008. – № 1. – С.11-14.
4. Алексєєв К.И., Старков Ю.Г., Шишин К.В. Субфасціальна ендоскопічна диссекція перфорантних вен голени в ліченні хронічної венозної недостаточності // Хирургия. Журнал имени Н.И.Пирогова. – 2006. – № 9. – С. 71-75.
5. Кунгурцев В.В., Чиж В.Р., Гольдина И.М. Склерохірургія в комплексному ліченні варикозної болєзни нижніх кінцівок // Флебологія. – 2000. – № 11. – С.14-17.
6. Савельєв В.С., Кириєнко А.И., Богачев В.Ю. Венозные трофические язвы. Мифы и реальность // Флебологія. – 2000. – № 11. – С.5-10.
7. Савельєв В.С. Флебологія. – М.: Медицина, 2001. – 554 с.
8. Шалимов А.А., Сухарев И.И. Хирургия вен. – К.: Здоров'я, 1984. – 256 с.