

УДК 616-002.44:616.14-007.64-08.85

МІСЦЕ МІНІНВАЗИВНИХ ТА ЕНДОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ У КОРЕКЦІЇ ВАРИКОЗНОГО СИНДРОМУ

О.Б. Луговий, Р.Б. Пилипчук, Б.П. Кузів

Державний вищий навчальний заклад

«Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського»

Реферат. Проаналізовано результати сонографічного обстеження та хірургічного лікування 325 хворих: із варикозним синдромом на ґрунті варикозної хвороби – 171 пацієнт, із післятромбофлебітичною хворобою – 154. Дані сонографічного обстеження дозволили вибрати індивідуальну програму оперативного лікування хронічної венозної недостатності, основною метою якої була широке використання малоінвазивних технологій. За рахунок чітко спланованого діагностично-лікувального алгоритму у 63,3% хворих виконано системозберігаючі операції із добрими функціональними результатами та косметичними наслідками.

Ключові слова: варикозний синдром, сонографічне обстеження, малоінвазивні втручання.

Найбільш поширеною патологією периферичних судин є варикозне розширення вен нижніх кінцівок та пов'язана із ним хронічна венозна недостатність (ХВН), яка за даними різних флебологічних центрів розвинених країн виявляється у 22-45% осіб старших 30 років. В Україні на вказану патологію страждає близько 17% населення [1, 2]. Кінцевою стадією прогресування розладів венозної гемодинаміки у 90% випадків за умов відсутності адекватного лікування є поява трофічних венозних виразок на індуrowаній та гіперпігментованій шкірі гомілок та інвалідизація хворих [3].

Поряд із цим в останнє десятиліття досягнуто значних успіхів як у діагностиці, так і у лікуванні вказаної категорії хворих завдяки запровадженню у клінічну практику кольорового дуплексного сканування вен нижніх кінцівок та сучасних у тому числі й малоінвазивних хірургічних втручань [4, 7].

Однак незважаючи на суттєвий прогрес у лікуванні цієї патології залишається значним відсоток незадовільних результатів корекції вказаного захворювання, що спричиняє прогресування ознак ХВН, незважаючи на виконання рутинних «тотальних», «парціальних» чи «сегментарних», або ж «міні-», ендовенозних флебектомій [5, 8].

Мета роботи: покращити результати лікування хворих на ХВН на основі оптимізації лікувальної програми у пацієнтів із варикозним синдромом (ВС).

Матеріал та методи

Проаналізовано результати хірургічного лікування 171 хворого на хронічну венозну недостатність нижніх кінцівок на ґрунті варикозної хвороби та 154 пацієнтів із післятромбофлебітичним синдромом. За період 2006-2009 років на базі хірургічного відділення міської клінічної лікарні № 2 м. Тернополя з приводу ВС на ґрунті первинної ектазії та трансформації підшкірних вен прооперовано 66 хворих з використанням традиційних методик, з використанням відео-ендоскопічних та інших малоінвазивних втручань – 105 пацієнтів. Окрім цього у амбулаторних умовах на базі «Центру хірургії одного дня» з використанням склеро-хірургічних методик проліковано 34 пацієнти. Із ретикулярною та внутрішньошкірною формою варикозного синдрому – 16. Із них 104 (60,8%) віком до 60 років, 41 (23,9%) – віком 60 – 70 років, та 26 (15,3%) хворих старших 70 років. Чоловіків було 28,8%, жінок – 71,2%. Хронічну венозну недостатність I ступеня (C1-C2) діагностовано у 20,6% хворих, ХВН-II (C3-C4) виявлено у 64,5% та ХВН-III (C5-C6) – у 14,9% пацієнтів відповідно. З приводу рецидиву варикозного синдрому прооперовано 23 хворих (16,3%).

З приводу ВС на ґрунті післятромбофлебітичної хвороби (ПТФХ) прооперовано загалом 10 (6,5%) хворих із ХВН C5-C6. Із них у 8 виконано поєднане оперативне втручання, що включало корекцію венозної гемодинаміки на кінцівці та аутодермопластику у різних варіантах, а у 2 – лише втручання на венозній системі.

Для топічної та функціональної діагностики кожному пацієнту проводилося ультразвукове кольорове дуплексне сканування (УЗКДС) венозної системи нижніх кінцівок із оцінкою стану як підшкірних, так і глибоких вен, а також обов'язкове маркування неспроможних перфорантних вен [6-8] із картуванням за оригінальною методикою ектазованих, варикозно трансформованих магістральних, колатеральних підшкірних вен нижніх кінцівок. Серед 325 обстежених та пролікованих пацієнтів із ВС венозну форму ангіодисплазії

ми не спостерігали. Епідуральну та спінальну анестезію вважаємо методом вибору у даної категорії хворих.

Результати та обговорення

Впродовж останніх років УЗКДС вважається «золотим стандартом» діагностики венозної патології нижніх кінцівок, що дозволяє не тільки підтвердити ту чи іншу патологію вен, але й дозволяє оцінити їх функціональний стан. Оцінка венозного кровоплину базується: на наявності рефлюксу крові, його тривалості у горизонтальному положенні або в спокійному ортостазі; на довжині поширення або протяжності ретроградного патологічного кровоплину у спокої чи при імітації фізичного навантаження (зокрема при виконанні проби Вальсальви).

Такий підхід дозволяє чітко візуалізувати стан клапанного апарату глибокої та поверхневої венозної системи ніг, оцінити його функціональний стан. Поряд із цим аналізуючи дані літератури та власні спостереження, у ряді випадків наявна патологія клапанного апарату є проявом венозної гіпертензії у судинах малого тазу, черевної порожнини, що по суті відводить даних хворих у категорію із вторинним варикозним ураженням вен.

Нами також констатовано, що у значної частини досліджуваних осіб, за умов ураження поверхневої системи, ліквідація патологічних скидів (як горизонтальних, так і вертикальних) приводить до нормалізації діаметра підшкірних вен, ліквідації субкомпенсованого та компенсованого рефлюксу по венах, що інтраопераційно проявлялося зникненням або зменшенням в розмірах аневризматичних

розширень того чи іншого сегменту поверхневих вен. Тому на доопераційному етапі нами крім визначення наявності патологічного ретроградного кровоплину по венах визначалися якісні та кількісні параметри венозного кров'яного потоку. При цьому нами встановлено, що у частини пацієнтів ці показники не відрізняються від норми або ж близькі до неї, а у інших кардинально різняться. У першому випадку такі зміни ми розцінювали як ектазію або розширення вен, а у другому – як трансформацію венозних стовбурів. Згідно із отриманими даними та клінічними проявами отримано результати, що представлені у таблиці 1.

Загалом серед 325 обстежених у 118, що склало 36,3%, мали компенсовану або субкомпенсовану клапанну недостатність магістральних вен та декомпенсацію функції клапанів у колатералях, що крім цього проявлялося відсутньою фазністю кровоплину у останніх. Серед госпіталізованих із варикозною хворобою таких було 60 (35,1%), а при ПТФХ – 58 (37,7%) даної категорії хворих відповідно. У 121 пацієнта (37,2%) діагностовано трансформацію магістральних вен та розширення (ектазію) колатеральних. Із них ПТФХ та ВХ були причинами вказаних змін у 63 та 58 випадках, що відповідно серед вказаних груп склало 36,8% та 37,7%. Змішана форма ураження загалом нами виявлена у 19 (5,8%) госпіталізованих хворих, при чому із однаковою частотою у своїх групах, яка склала 5,8% як за умов ВХ, так і ПТФХ.

Крім цього у процесі дослідження близько 20,6% пацієнтів із ВС не мали декомпенсації венозного відтоку, що характеризувався збе-

Таблиця 1.

Розподіл хворих за даними ультразвукового кольорового дуплексного сканування

Групи за даними УЗКДС	Клінічні дані, n (%)		Всього, n (%)
	Варикозна хвороба	Післятромбофлебітична хвороба	
ПФВС з ЕМ+ТрК	60 (18,5%)	58 (17,8%)	118 (36,3%)
МФВС з ЕК+ТрМ	63 (19,4%)	58 (17,8%)	121 (37,2%)
ЗФВС з ТрМ+ТрК	10 (3,8%)	9 (2,8%)	19 (5,8%)
ВС з ЕМ+ЕК	38 (11,7%)	29 (8,9%)	67 (20,6%)
Всього	171 (100%)	154 (100%)	325 (100%)

Примітки: ВС – варикозний синдром; ПФВС – периферична форма варикозного синдрому; МФВС – магістральна форма варикозного синдрому; ЗФВС – змішана форма варикозного синдрому; ЕМ – ектазія магістральних вен; ЕК – ектазія колатеральних вен; ТрК – варикозна трансформація колатеральних вен; ТрМ – варикозна трансформація магістральних вен.

Таблиця 2.

Розподіл хворих за об'ємом виконаних оперативних втручань

Нозологія	Об'єм втручання, n (%)							Всього
	Варикозна хвороба підшкірних вен							
	ТФл	ТФл+ SEPS	ПрФл+ SEPS	ПрФл+ SEPS+ Міні	SEPS+ Склеро+ Міні	Міні+ Склеро	Склеро	171
ВХ	57 (33,3%)	9 (5,3%)	17 (9,9%)	44 (25,7%)	18 (10,5%)	10 (5,9%)	16 (9,4)	
Післятромбофлебітична хвороба								
Нозологія	ТФл+АД	ТФл+SEPS+АД	ПрФл+ SEPS+АД	ПрФл+ SEPS+ Міні+АД	ПрФл+ SEPS+ Міні	10		
ПТФХ	1 (10,0%)	2 (20,0%)	4 (40,0%)	1 (10,0%)	2 (10,0%)			

Примітки: КГ – контрольна група; ОГ – основна група; ТФл – традиційна флебектомія за «зондовою методикою» Бебкока із операцією Лінтона; SEPS – субфасціальна ендоскопічна дисекція перфорантних вен; ПрФл – парціальна флебектомія; Міні – флебектомія з міні доступу; Склеро – склерозування вен прямим або катетерним способом; АД – аутодермопластика у різних модифікаціях

реженою фазністю кровоплину по венах із наявною компенсованою або субкомпенсованою клапанною недостатністю. При цьому, тривалість патологічного ретроградного кровоплину не перевищувала 4 секунд. За умов ПТФХ таких хворих було 29, а при ВХ – 38, що відповідно склало 18,8% та 22,2% випадків у вказаних групах. Такі дані підтверджують думку більшості дослідників про етапність, послідовність прогресування хронічної венозної недостатності. Отримані результати спонукали нас до диференційованого підходу у виборі об'єму хірургічного втручання за умов варикозного синдрому, що представлено у таблиці 2.

Як відомо, однією із провідних причин ХВН є розлади венозного кровоплину, при цьому за умов ПТФХ наслідком прогресування гіпертензії у глибоких венах ніг є декомпенсація венозної гемодинаміки у поверхневій венозній системі, що безпосередньо спричиняє тяжкі трофічні розлади, тому головним завданням у корекції кровоплину в даних умовах є ліквідація патологічного «вено-венозного скиду» із глибокої у поверхневу систему через перфоранти, що суттєво зменшує ємність патологічного підшкірного венозного кола і сприяє загоєнню трофічних виразок. Саме тому традиційну флебектомію при ПТФХ ми доповнювали субфасціальною перев'язкою перфорантних вен переважно із доступу за Фельдером – 10,0% випадків, що включала дистальну резекцію задньої великогомілкової вени та надфасціальну перев'язку перфорантів стопи. Ще у 20,0% традиційну флебектомію доповнили субфасціальною дисекцією перфорантів гомілки (SEPS). У 70,0% прооперованих хво-

рих із ПТФХ локалізація патологічних скидів, трансформація магістральних і/або колатеральних підшкірних вен була діагностована на гомілці, що дало нам змогу уникнути повного видалення магістрального стовбура великої підшкірної вени, а обмежитися видаленням або склерозуванням їх фрагментів, колатералей і доповнити втручання SEPS. Слід зазначити, що роз'єднувальну операцію на стопі виконували у всіх випадках, так як вважаємо її не менш важливим моментом попередження рецидивів трофічних виразок. У 8 (80,0%) випадках описані втручання доповнювалися аутодермопластикою у різних модифікаціях, що залежало від розмірів виразкового дефекту.

За умов ВХ традиційна флебектомія (33,3%) лише при ХВН III ступеня поєднувалася із операцією Лінтона, у решти випадків – Коккета. У 9 (5,3%) випадків за умов ХВН III ст. та поширеної трансформації підшкірної венозної системи традиційну флебектомію доповнили SEPS, що позитивно відобразилося на перебігові поопераційного періоду. У решти 106 хворих із ВС на ґрунті первинного ураження поверхневої венозної системи ніг (ВХ) виконано органозберігаючі втручання – 44 (25,7%), де головні стовбури підшкірних вен не були видалені, колатералі були склерозовані або перев'язані з міні-доступів, а виявлені горизонтальні рефлюкси ліквідували за допомогою SEPS. У решти 62 (36,3%) часткову флебектомію трансформованих сегментів виконували із міні-доступів «зондовою методикою» або склерозували після ендоскопічної, мініінвазивної ліквідації рефлюксів із глибокої системи. Склерохірургічне лікування доповнювали ендоскопічними або мініінвазивними

роз'єднувальними операціями за умов доведеного "патологічного зв'язку" поверхневих вен із м'язовими або магістральними глибокими.

Висновки

1. Ретельна діагностика стану венозної системи за умов ВС дозволяє диференційовано обирати об'єм втручання.

2. У більш ніж 60,0% випадків варикозного синдрому можна уникнути традиційних тотальних флебектомій.

3. Головною умовою успіху органозберігаючих втручань при варикозному синдромі є ліквідація усіх шляхів патологічного ретроградного венозного кровоплину.

МЕСТО МИНИИНВАЗИВНЫХ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В КОРРЕКЦИИ ВАРИКОЗНОГО СИНДРОМА

О.Б. Луговой, Р.Б. Пилипчук, Б.П. Кузів

Реферат. Проанализированы результаты сонографического обследования и лечения 325 больных: с варикозным синдромом на почве варикозной болезни – 171, с посттромбофлебитической болезнью – 154. Данные сонографического обследования позволили выбрать индивидуальную программу оперативного лечения хронической венозной недостаточности, основной целью которой было широкое использование малоинвазивных технологий. За счет четко спланированного диагностико-лечебного алгоритма у 63,3% больных выполнены системосохраняющие операции с хорошими функциональными результатами и косметическими эффектами.

Ключевые слова: варикозный синдром, сонографическое обследование, малоинвазивные вмешательства.

A PLACE OF MINIINVASIVE AND ENDOSCOPIC SURGERY CORRECTION OF VARICOSE SYNDROME

O.B. Lugovy, R.B. Pilipchuk, B.P. Kuziv

Abstract. The results of ultrasound inspection and surgical treatment of 325 patients have been analysed: with a varicose syndrome due to varicose illness - 171 patients and 154 patients with postthrombophlebitic

illness. The data of ultrasound inspection allowed to choose the individual program of operative treatment of chronic venous insufficiency, the primary purpose of which was the wide use of miniinvasive technologies. Due to the expressively planned diagnostic and treatment algorithm in 63,3% of the patients a system saving operations with good functional results and cosmetic consequences were executed.

Key words: varicose syndrome, ultrasound inspection, miniinvasive technologies.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гавриленко А.В. Рецидив или продолжение варикозной болезни – вот в чем вопрос? / А.В. Гавриленко, П.Е. Вахратьян // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2007. – Т.13, № 1. – С. 86-89.
2. Гуч А.А. Варикозная болезнь. Классификация, ультразвуковая диагностика / А.А. Гуч, Л.М. Чернуха // Клинічна хірургія. – 2004. – № 3. – С. 46-51.
3. Лишневская В.Ю. Хроническая венозная недостаточность: вопросы и ответы / В.Ю. Лишневская // Кровообіг та гемостаз. – 2004. – № 2-3. – С. 111-117.
4. Ковальчук Л.Я. Клинічна флебология / Л.Я. Ковальчук, І.К. Венгер, В.Б. Гошинський. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2008. – 287 с.
5. Український Консенсус з лікування пацієнтів з варикозною хворобою нижніх кінцівок / Київ, 2005. – 20 с.
6. Алексеев К.И. Субфасциальная эндоскопическая диссекция перфорантных вен голени в лечении хронической венозной недостаточности / К.И. Алексеев, Ю.Г. Старков, К.В. Шишин // Хирургия. – 2006. – № 9. – С. 71-75.
7. Альтман И.В. Сосудистые аномалии как следствие нарушения эмбрионального ангиогенеза / И.В. Альтман, Л.М. Чернуха, А.А. Гуч // Клинічна флебология. – 2008. – Т. 1, № 1. – С. 46-48.
8. Берган Дж. Лейкоциты и повреждение венозного клапана при хронических заболеваниях вен / Дж. Берган // Флебология. – 2006. – № 8. – С. 2-8.
9. Введенский А.Н. Ошибки, опасности и осложнения в хирургии вен: Руководство для врачей / Под ред. Ю.Л. Шевченко. – СПб.: Питер – 1999. – 308 с.
10. Венгер І.К. Місце відеоендоскопічних втручань у хірургічному лікуванні хронічної венозної недостаточності післятромбофлібетичного генезу / І.К. Венгер, С.Я. Костів, Ю.Л. Самойлик // Шпитальна хірургія. – 2007. – № 4. – С.49-50.
11. Порівняльна оцінка ефективності традиційних та мініінвазивних оперативних втручань в комплексному лікуванні хронічної венозної недостаточності кінцівок / В.Б. Гошинський, І.Я. Дзюбановський, О.Б. Луговой, І.Я. Зима // Шпитальна хірургія. – 2007. – № 4. – С. 100-103.