

УДК 616.14-002-089.168

*А.Г. Гринцов, П.Ф. Гюльмамедов, О.В. Совпель, М.А. Петренко, А.И. Кобин***СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ГОЛЕНИ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ***Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

В своей работе авторы отражают первый опыт лечения больных с трофическими нарушениями нижних конечностей в следствии ХВН. Проведен сравнительный анализ операций SEPS и традиционных операций (Линтона, Кокета, Троянова-Тренделенбурга). Результаты исследований свидетельствуют о преимуществе операции SEPS в сравнении с классическими операциями. Преимущества заключались в снижении травматичности, миниинвазивностью, что способствует сокращению пребывания больных в клинике, минимальному проценту возникновения послеоперационных осложнений, косметическому эффекту, а также быстрому заживлению трофической язвы и возвращению больного к полноценной трудовой деятельности. Данная методика имеет право быть включена в повседневную хирургическую практику.

Ключевые слова: венозная недостаточность, перфорантные вены, трофические нарушения, эндоскопическая субфасциальная диссекция.

На сегодняшний день трофические язвы голени являются наиболее тяжелым осложнением хронической венозной недостаточности (ХВН) нижних конечностей, лечение которой продолжает оставаться актуальной проблемой современной флебологии. Первые упоминание о данной патологии было в 1500 г. до н.э.

В 1938 году R. Linton описал технику субфасциального пересечения перфорантных вен голени, которую до сих пор используют в хирургическом лечении [8]. Однако, не смотря на огромную роль операции Линтона-Фельдера совершенно очевидны существенные недостатки как ее классического варианта, так и модификации. Главным образом это гнойно-некротические осложнения, возникающие в 20-30% случаев, а также стойкое нарушение чувствительности кожных покровов, отмеченные у 50% пациентов [1].

В 1985 году немецким хирургом Hauer, была выполнена субфасциальная диссекция перфорантных вен с помощью эндоскопического оборудования, которая оказалась наиболее эффективной методикой в оперативном лечении трофических язв нижних конечностей. В последующем метод выполнения был усовершенствован и получил аббревиатуру SEPS (Subfascial Endoscopic Perforants Surgery) и стал наиболее предпочтительным методом выбора оперативного лечения ХВН, осложненной трофическими язвами голени. Частота послеоперационных осложнений не-

зависимо от тяжести заболевания, не превышает 5% [5].

Цель работы – изучение результатов лечения ХВН методом SEPS в сравнении с операцией Линтона и возможностью включения в повседневную клиническую практику новых методов хирургического лечения варикозной болезни вен нижних конечностей.

Материал и методы

В основу настоящей работы положен опыт клиники хирургических болезней стоматологического факультета на базе ЦГКБ № 1, занимающейся данной проблемой. За период с января по март 2011 года выполнено 6 операций SEPS. Средний возраст больных составил 39,5 лет (от 23 до 69). Мужчин было 2, женщин 4. Помимо стандартных лабораторных анализов крови и мочи, функциональных проб, особое внимание следует уделить УЗИ исследованию вен нижних конечностей, как глубокой, так и поверхностной венозной системы для выбора метода оперативного вмешательства. Для этого всем больным определяли протяженность патологического рефлюкса (как вертикального, так и горизонтального). При проведении доплерографии определяли проходимость вен и состояние их клапанного аппарата и ультразвуковое дуплексное ангиосканирование с цветовым кодированием потоков крови, что позволяет установить анатомо-морфологические изменения венозного русла. На наш взгляд, данное исследова-

ние является наиболее информативным для установления локализации перфорантных вен с клапанной недостаточностью [2, 3].

Для уточнения степени ХВН при установке диагноза мы использовали международную классификацию CEAP применительно к ее клиническому разделу (С – клинические признаки болезни). Ко второму классу заболевания по данной классификации мы отнесли 2 больных, что соответствует наличию варикозных вен, третий – 1 больной наличие (отека), четвертый класс – трофическим изменениям (пигментации, венозной экземе, липодерматосклерозу) у – 2 больных, шестой – 1 больной с наличием открытой венозной язвы. Подпункты А и S характеризуют отсутствие и наличие симптоматики.

Диаметру перфорантных вен мы придаем большое значение при выборе тактики хирургического лечения. В случаях несостоятельности перфорантных вен возникает патологический ретроградный кровоток, приводящий к расширению вен. Гемодинамические нарушения приводят к дезорганизации мышечно-венозной помпы, что в свою очередь вызывает целый ряд изменений на молекулярном, клеточном, тканевом уровнях. В результате рефлюкса через несостоятельные перфорантные вены закрытого типа в системе микроциркуляции происходит увеличение давления и наступает необратимая дилатация вен, венул и капилляров [5, 6].

Ответственными за трофические нарушения кожных покровов нижней трети голени считают перфорантные вены в зоне Cockett, следовательно, необходимо ликвидировать горизонтальный патологический рефлюкс крови. Также в развитии варикозной болезни имеет значение вертикальный рефлюкс, возникающий при несостоятельности в области сафено-бедренного соустья, системы большой подкожной вены (БПВ) и сафено-подколенного соустья, реже в системе малой подкожной вены (МПВ) [7].

Оптимальным вариантом вмешательства на подкожных магистральных венах у больных с трофическими язвами, образовавшимися при варикозной болезни, является кроссэктомия, инвагинационный стриппинг (ИС) до верхней трети голени в сочетании с методикой SEPS. В данном объеме происходит прерывание вертикального рефлюкса крови по

поверхностным венам и горизонтального по перфорантным, что снижает венозную давление дистальных отделах конечности и создает благоприятные условия для регресса трофических нарушений.

Важными элементами SEPS облегчающими и ускоряющими диссекцию перфорантных вен являются:

- выполнение эндоскопической диссекции на заранее промаркированных сосудах с патологическим сбросом.

- редукция артериального кровотока в зоне операции (используем пневматическую манжетку Лофквиста, которая одевается через стопу и смещается на среднюю треть бедра, где ее фиксируют, в результате перемещение манжетки происходит обескровливание конечности).

Для выбора операционного доступа, производим разрез кожи в верхней средне трети голени, отступая на 4-5 см от края большеберцовой кости. Тубус 7 мм эндоскопа на среднем расстоянии между коленным и голеностопным суставом вводим под собственную фасцию голени, и отслаивая мышцы от фасции, продвигаемся к перфорантным венам производим электрокоагуляцию с помощью биполярного пинцета если диаметр менее 3 мм, при диаметре вены более 3 мм выполняем ее клипирование 5 мм клип-аппликатором.

Результаты и обсуждение

Основным интраоперационным осложнением, с которым нам пришлось столкнуться, было в 1 случае кровотечение в субфасциальное пространство, возникшее вследствие недостаточного гемостаза биполярной коагуляцией. Для предупреждения кровотечения мы использовали манжетку Лофквиста. Для предупреждения осложнений, связанных с повреждением нервов голени, стараемся избегать форсированных движений эндоскопом. Других осложнений мы не наблюдали.

По данным ряда авторов частота послеоперационных осложнений по методике SEPS не превышает 5%, куда входят ограниченные гематомы и различной выраженности лимфоузлы [5]. Случаев нагноения и некрозов, связанных с применением эндовидеохирургического оборудования в нашем исследовании не было, однако при выполнении классической операции Линтона, частота осложнений в по-

слеоперационном периоде гораздо выше и составляет по данным разных авторов в 20-30% случаев. Немаловажным осложнением классической операции является нарушение чувствительности голени, что является следствием травмы подколенных нервов, что по данным литературы, встречается приблизительно у 42% больных [1].

В дооперационном периоде проведено УЗИ сосудов и маркировка несостоятельных вен. Интраоперационно под контролем зрения в 3 случаях были обнаружены перфорантные вены, которые не были обнаружены во время УЗИ. Внедрение эндоскопической субфасциальной диссекции перфорантных вен (ЭСДПВ) позволило радикально и надежно клипировать или коагулировать несостоятельные перфорантные вены.

Послеоперационный период отличается уменьшением выраженности болевого синдрома. Все пациенты потребовали однократного введения анальгетиков в отличие от операции Линтона, при которой введение обезболивающих препаратов было необходимо на протяжении 2-3 суток после вмешательства.

Регресс трофических нарушений кожи голени после SEPS происходит значительно быстрее, чем при операции Линтона-Фельдера. Эти показатели приводят многие авторы [1, 5], которые отмечают полное заживление язв на 3-4 неделе после вмешательства. Все рецидивы трофических язв, возникшие после SEPS, на наш взгляд связаны с неполной коррекцией патологического сброса по перфорантным венам голени. Радикальное эндоскопическое вмешательство в значительной степени нормализует венозный и лимфатический дренаж при варикозной болезни нижних конечностей.

Тем не менее, не во всех работах отмечается высокий процент заживления. К.В. Малышев и соавт. (2005) возможной причиной длительного заживления трофических язв считают сопутствующие поражения артерий и нарушения обмена веществ. О.А. Алуханян (2004) не получил заживления язв у 5% больных с длительным существованием трофической язвы с выраженной индурацией и гиперпигментацией кожи.

Menyhei (2005) отметил послеоперационное заживление язв у 82% больных, что нельзя сказать об операции Линтона-Фельдера где

заживление кожных покровов идет значительно медленнее и в 30% случаев сопровождается гнойно-некротическими осложнениями, при которых необходимо назначать курс массивной антибиотикотерапии.

Следует также отметить, что для женщин, которые составляют большинство оперированных по поводу варикозной болезни, косметический результат вмешательства служит одним из важнейших критериев предпочтительности данной методики в сравнении с операцией Линтона-Фельдера.

Все изложенные данные свидетельствуют о преимуществе ЭСДПВ с сафэнектомией перед традиционной операцией Линтона-Фельдера.

З а к л ю ч е н и е

Таким образом, видеоэндоскопическая диссекция перфорантных вен голени показана больным с варикозной болезнью нижних конечностей на фоне ХВН. Применение малотравматичных технологий в значительной степени уменьшает тяжесть послеоперационного течения и частоту местных осложнений, что позволяет сочетать такие комбинированные методы оперативного лечения, как:

- кроссэктомия,
- инвагинационный пин-стрипинг,
- минифлебэктомия по Мюллеру,
- SEPS.

Методика SEPS обладает миниинвазивностью, что способствует сокращению пребывания больных в клинике, минимальному проценту возникновения послеоперационных осложнений, косметическому эффекту, а также быстрому заживлению трофической язвы и возвращению больного к полноценной трудовой деятельности.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ В ЛІКУВАННІ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК ГОМІЛКИ ПРИ ВАРИКОЗНІЙ ХВОРОБИ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК

О.Г. Гринцов, П.Ф. Гюльмамедов, О.В. Совпель, М.О. Петренко, О.І. Кобін

У роботі автори відображають перший досвід лікування хворих з трофічними порушеннями нижніх кінцівок внаслідку ХВН. Проведен порівняльний аналіз операцій SEPS та традиційних операцій (Лінтона, Кокет, Троянова-Тренделенбурга). Результати досліджень свідчать про перевагу операції SEPS в порівнянні з класичними операціями. Переваги полягали в зниженні травматичності, мініінвазивності, що сприяє скороченню перебування хворих у клініці, мінімального відсотку виник-

нення післяопераційних ускладнень, косметичному ефекту, а також більш швидкому загоєнню трофічної виразки та повернення хворого до повноцінної трудової діяльності. Дана методика має право бути включена у повсякденну хірургічну практику.

Ключові слова: венозна недостатність, перфорантні вени, трофічні порушення, ендоскопічна субфасціальна диссекція.

CURRENT APPROACHES TO THE TREATMENT OF TROPHIC ULCERS OF LEG AT VARICOSE DISEASE OF LOWER EXTREMITIES

A.G. Grintsov, P.F. Gulmammadov, O.V. Sovpel, M.A. Petrenko, A.I. Cobin

In their paper, the authors express the first experience of treating patients with trophic disorders of the lower extremities in the investigation of CVI. A comparative analysis of SEPS operations and traditional operations (Linton, Coquet, Troyanov-Trendelenburg). The research results show the superiority of SEPS operations in comparison with classical operations. Benefits include reducing trauma, minimally invasive, which reduces the patients' stay in the hospital minimum percentage of postoperative complications, cosmetic effect, as well as rapid healing of trophic ulcers and the patient return to full employment. This technique may be incorporated in to everyday surgical practice.

Key words: venous insufficiency, perforating veins, trophic disorders, endoscopic subfascial dissection.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кириенко А.И. Эндоскопическая диссекция перфорантов / А.И. Кириенко, В.Ю. Богачев, И.А. Золотухин // Флебологическая. – 1997. – № 5. – С. 13-54.
2. Ультразвуковое исследование в диагностике хронических заболеваний вен нижних конечностей / Г.Д. Константинова, В.Ю. Богачев, А.Р. Зубарев, А.Е. Богданов // Хирургия. – 1991. – № 10. – С. 105-111.
3. Куликов В.П. Цветное дуплексное сканирование в диагностике сосудистых заболеваний / В.П. Куликов. – Новосибирск: СО РАМН, 1997. – 204 с.
4. Ramelet A.A. Микроциркуляция и трофические изменения, обусловленные хронической венозной недостаточностью нижних конечностей / А.А. Ramelet // Медицина. – 2000. – Т. 22, № 3. – С. 23-26.
5. Флебология: руководство для врачей / [Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. и др.] ; под ред. В.С. Савельева. – М.: Медицина, 2001. – 664 с.
6. Санников А.Б. Патогенетическая роль ретроградного кровотока в глубоких венах нижних конечностей в развитии декомпенсированных форм варикозной болезни / А.Б. Санников, П.М. Назаренко, Б.С. Суковатых // Ангиология и сосудистая хирургия. – 1998. – Т. 4, № 3-4. – С. 31-37.
7. Механизмы развития декомпенсированных форм варикозной болезни / Б.С. Суковатых, П.М. Назаренко, Л.М. Беликов [и др.] // Вестник хирургии. – 1999. – № 1. – С. 36-40.
8. Linton R.R. The communicating veins of the lower leg and the operative technique for their ligation / R.R. Linton // Ann Surg. – 1938. – Vol. 107. – P. 582-593.

Стаття надійшла 28.03.2011