

МАЛОІНВАЗИВНІ МЕТОДИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ З ТРОФІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

В.І. Русин, Ю.А. Левчак, В.В. Русин, Ф.В. Горленко

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра госпітальної хірургії

РЕЗЮМЕ

У роботі представлені результати хірургічного лікування 60 хворих з хронічною венозною недостатністю нижніх кінцівок. Разом з традиційними втручаннями – простою венектомією за Бебкоком, також використовували субфасціальну ендоскопічну перев'язку перфорантних вен з дистальною катетерною склеротерапією головного стовбура великої підшкірної вени. У групі хворих, в лікуванні яких використовували мініінвазивні методи, не було ніяких гнійних ускладнень. Також впровадження в клінічну практику методу SEPS в поєднанні з дистальною стовбурною склерооблітерацією скорочує середнє перебування пацієнтів в стаціонарі і істотно зменшує економічні витрати на лікування цієї категорії хворих. Необхідне подальше дослідження можливостей ендоскопічної субфасціальної перев'язки перфорантних вен і катетерної стовбурної склеротерапії в лікуванні хронічної венозної недостатності.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: хронічна венозна недостатність, стовбурава катетерна склеротерапія, субфасціальна перев'язка перфорантних вен

Актуальність проблеми варикозної хвороби обумовлює безперервну модернізацію прикладних діагностичних та лікувальних технологій [2]. Якщо діагностичні задачі на сучасному рівні не викликають особливих проблем, то методи лікування варикозної хвороби знаходяться у центрі постійних дискусій. Хірургічне лікування варикозної хвороби було і ще на протязі тривалого часу буде залишатися основним методом лікування варикозної хвороби, тобто пріоритет хірургічних методів лікування варикозної хвороби не викликає жодних сумнівів. Це зумовлено деякими „національними” особливостями хвороби: по-перше, у нас превалюють декомпенсовані та ускладнені форми варикозної хвороби, що пов'язано з пізнім зверненням хворих за медичною допомогою; по-друге, дає про себе знати брак спеціалізованих флебологічних центрів, який спричинює відплив пацієнтів до лікарів, які не мають достатнього досвіду, результатом чого є високий рівень рецидивів та ятрогенних ускладнень. По-третє, має місце низька інформованість лікарів не тільки терапевтичного профілю, але і хірургів, про можливості сучасної флебології, що породжує хибні погляди про інкурабельність хворих з трофічними розладами.

Результати численних епідеміологічних досліджень дають змогу стверджувати, що трофічні розлади, пов'язані з порушенням венозного відтоку, вражають 2% працездатного населення індустріально розвинених країн [3]. Доведено, що у патогенезі трофічних зрушень при хронічній венозній недостатності основну роль відіграє горизонтальний рефлюкс (поперечна флотація крові) через неспроможні перфорантні вени [3, 4]. Ось чому основною зоною інтересу

повинна бути дисекція неспроможних перфорантних вен. Слід зазначити, що за матеріалами Всесвітнього конгресу флебологів (Лондон, 1995) операція Лінтона-Фельдера має тільки історичний інтерес, оскільки кількість ускладнень при ній сягає 40% [1, 3]. Операцією вибору для усунення низького вено-венозного скиду, особливо при значних трофічних зрушеннях є відеоендоскопічна дисекція перфорантних вен, яку позначає загальноприйняте скорочення SEPS (Subfascial Endoscopic Perforant Surgery) [3]. Зазвичай SEPS виконують у комбінації з іншими втручаннями на венозній системі: кросектомією, традиційною венектомією, стовбуровою склерооблітерацією. Для успішної реалізації SEPS можливе використання як звичайного ендохірургічного інструментарію (набір для лапароскопічної холецистектомії), так і спеціально розробленого для флебології [3]. В той же час, методика SEPS не отримала широкого розповсюдження в нашій країні в зв'язку з відсутністю спеціального медичного обладнання в практичній охороні здоров'я, також відсутністю чітких показань комбінації окремих методів хірургічної корекції горизонтального та вертикального рефлюксів, як основних чинників трофічних розладів, необізнаністю широкого загалу хірургів з малоінвазивними технологіями в лікуванні цієї патології.

Намагання покращити результати хірургічного лікування хворих на варикозну хворобу з трофічними розладами спонукають продовжувати пошук нових методів хірургічного лікування та їх комбінування.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Метод ендоскопічної дисекції перфорантних вен впроваджений у хірургічній клініці

Обласної клінічної лікарні м. Ужгорода з 2000 року. За цей час SEPS застосована нами у 60 хворих на варикозну хворобу з хронічною венозною недостатністю третього ступеню. Серед оперованих пацієнтів було 43 (71,7%) жінки, та 17 (28,3%) чоловіків. Трофічні зміни у вигляді трофічних виразок спостерігали у 47 (78,3%) пацієнтів: у вигляді параварикозної екземи у 4 (6,7%) хворих, у вигляді індурації та гіперпигментації у 9 (15,0%) пацієнтів. В анамнезі 5 (8,3%) хворих перенесли гостру бешиху.

У своїй клінічній практиці використовували ендоскопічну апаратуру «Richard Wolf» з набором ендоскопічних інструментів, до якого входять два ендоскопічних тубуса для проведення ендоскопа, операційний ендоскоп з джерелом світла та відеооб'єктивом, ендоскопічний дисектор, ножиці, біполярні коагуляційні щипці, гачок серпоподібної форми з ріжучим внутрішнім краєм для препарування. Один із операційних тубусів обладнаний муфтою на дистальному кінці, яка призначена для розширення субфасціального простору.

При виконанні стовбурової склерооблітерації використовували дистальну стовбурову склеротерапію – від кісточки до верхньої третини гомілки. В якості фібросклерозуючої речовини використовували 2% розчин етоксисклеролу з розрахунку 1 мл на 10 см вени із зменшенням розрахункової довжини до 7-8 см у випадку варикозного розширення більше 1 см в діаметрі.

Всім хворим перед операційним втручанням проводили дуплексне сканування з кольоровим картуванням кровотоку та доплерографічним аналізом. Дослідження проводили на апараті HDI-1500 („ATL”-Філіпе) з датчиками 5-8 МГц. Місця локалізації, виявлених при УЗД неспроможних перфорантних вен, позначали на шкірі розчином діамантової зелені. Крім цього у 38 (63,3%) пацієнтів обстеження було доповнене ретроградною флебографією (DSA) за допомогою апарату «INTEGRIS-2000» («Philips», Нідерланди).

Всі хворі умовно розділені на дві клінічні групи. До складу першої клінічної групи увійшли 46 (76,6%) хворих, яким виконали SEPS у комбінації з традиційною венектомією за Беккоком-Наратом. До складу другої клінічної групи увійшли 14 (23,4%) пацієнтів, яким виконали SEPS у комбінації з кросектомією, видаленням великої підшкірної вени на стегні (короткий стріппінг) та стовбуровою склерооблітерацією великої підшкірної вени на гомілці.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Основними критеріями оцінки найближчих результатів у пацієнтів представлених груп ми вважали частоту післяопераційних ускладнень та тривалість перебування у стаціонарі. У 5 (10,9%) пацієнтів першої клінічної групи діагностовано крайові некрози на гомілці, у 2 (4,3%) хворих мала місце лімфорей, у 1 (2,2%) хворого з параварикозною екземою зафіксовано нагноєння післяопераційних ран на гомілці та у одного хворого діагностовано субфасціальну гематому на гомілці. Середнє перебування у стаціонарі становило 12 ліжко-днів.

Стосовно ускладнень у пацієнтів другої клінічної групи: в 1-му (7,1%) випадку мали місце крайові некрози шкіри на гомілці. Такі ускладнень як лімфорей та нагноєння післяопераційних ран у пацієнтів другої клінічної групи ми не спостерігали. Середнє перебування у стаціонарі становило 8 ліжко-днів.

Таким чином, кращі безпосередні результати отримані у пацієнтів другої клінічної групи. В першу чергу, це пов'язано з мінімальною травмою змінених тканин гомілки при виконанні дистальної стовбурової склерооблітерації. Безпечність виконання склерооблітерації забезпечується попереднім виконанням відеоендоскопічної дисекції перфорантних вен гомілки, що зводить до мінімуму ризик потрапляння склерозуючого препарату у глибоку венозну систему.

На відміну від класичної субфасціальної перев'язки перфорантних вен, малотравматична методика SEPS дає змогу не тільки повноцінно усунути горизонтальний рефлюкс, але й дозволяє активізувати пацієнта практично одразу ж після втручання. Комбінування SEPS з кросектомією та стовбуровою склерооблітерацією забезпечує високу радикальність втручання при мінімальній травмі, крім цього таке комбінування методів лікування варикозної хвороби з трофічними розладами усуває контамінацію інфекції трофічної виразки та операційних ран, про що свідчить відсутність гнійно-септичних ускладнень у хворих другої клінічної групи.

Виникнення лімфорей у хворих першої клінічної групи ми пояснюємо пошкодженням

лімфатичних судин гомілки при видаленні великої підшкірної вени за допомогою зонду. Стовбурову склерооблітерацію можливо розглядати як альтернативу видаленню великої підшкірної вени, після попереднього виконання SEPS.

У зв'язку із зменшенням післяопераційних ускладнень у хворих, яким викону-

вали SEPS у комбінації з кросектомією, видаленням великої підшкірної вени на стегні та склерооблітерацією на гомілці, вдалося суттєво скоротити середнє перебування хворих у стаціонарі, зменшити економічні витрати пов'язані з лікуванням даної категорії хворих, прискорити як функціональну, так і соціальну реабілітацію хворих.

ВИСНОВКИ

1. Використання малоінвазивних технологій при лікуванні хворих на варикозну хворобу з трофічними розладами дає змогу скоротити кількість післяопераційних ускладнень, прискорити функціональну та соціальну реабілітацію.

2. Впровадження у клінічну практику методу SEPS у поєднанні із дистальною стовбуровою склерооблітерацією скорочує середнє перебування пацієнтів у стаціонарі та суттєво зменшує економічні витрати на лікування цієї категорії хворих.

Перспективами подальших розробок лікування хронічної венозної недостатності з трофічними розладами є вивчення першочерговості виконання того чи іншого хірургічного методу, необхідності одночасного чи послідовного виконання комбінованих втручань, а також питання функціональної та соціальної реабілітації хворих на варикозну хворобу нижніх кінцівок з трофічними розладами.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кунгурцев В.В., Чиж В.Р., Гольдина И.М. // Флебологическая. 2000. № 11. С. 14-17.
2. Савельев В.С. // Анналы хирургии. 1999. № 2. С. 61-63.
3. Савельев В.С., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. // Флебологическая. 2000. № 11. С. 5-10.
4. Яблоков Е.Г., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Хроническая венозная недостаточность. - М.: «Берег», 1999. 70 с.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ С ТРОФИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

В.И. Русин, Ю.А. Левчак, В.В. Русин, Ф.В. Горленко

Ужгородский национальный университет, медицинский факультет, кафедра госпитальной хирургии

РЕЗЮМЕ

В работе представлены результаты хирургического лечения 60 больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей. Наряду с традиционным вмешательством – простой венектомией по Бабкоку, также использовали субфасциальную эндоскопическую перевязку перфорантных вен с дистальной катетерной склеротерапией главного ствола большой подкожной вены. В группе больных, в лечении которых использовали миниинвазивные методы, не было никаких гнойных осложнений. Также внедрение в клиническую практику метода SEPS в сочетании с дистальной стволовой склерооблитерацией сокращает среднее пребывание пациентов в стационаре и существенно уменьшает экономические расходы на лечение этой категории больных. Необходимо последующее исследование возможностей эндоскопической субфасциальной перевязки перфорантных вен и катетерной стволовой склеротерапии в лечении хронической венозной недостаточности.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: хроническая венозная недостаточность, стволовая катетерная склеротерапия, субфасциальная перевязка перфорантных вен

MINIINVASIVE METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF VARICOSE DISEASE OF LOWER LIMBS WITH TROPHIC DISORDERS

V.I. Rusin, Yu.A. Levchak, V.V. Rusin, F.V. Gorlenko

Uzhgorod National University, Medical Faculty, Department of hospital surgery

SUMMARY

In present study the results of surgical treatment of 60 patients with chronic venous insufficiency of the lower limbs are submitted. Alongside with conventional interference – simple venectomy by Babcock, authors also used subfascial endoscopic performance ligation and catheter sclerotherapy of the main shaft of the saphenic vein. In the group of patients, in treatment of which one miniinvasive methods were used, there were no purulent complications. Also the introduction in clinical practice of the SEPS method in combination with a distal saphen trunks scleroobliteration shortens the stay of patients in hospital and substantially decreases economic expenses on their treatment. The further study of subfascial endoscopic performance

ligation and catheter sclerotherapy of the main shaft of the saphenic vein capabilities in treatment of other stages of chronic venous insufficiency is necessary.

KEY WORDS: chronic venous insufficiency, subfascial endoscopic perforance ligation, catheter sclerotherapy of the main shaft of the saphenic vein