

УДК 616.14-007.64-089

И.В. Шуликовская, Ю.А. Бельков, С.А. Кыштымов, М.Г. Богданова, Э.В. Шинкевич,  
А.Г. Макеев

**СУБФАЦИАЛЬНАЯ ДИСЕКЦИЯ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН  
ИЗ МИНИМИЗИРОВАННОГО ДОСТУПА НА ГОЛЕНИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ  
ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЫ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ  
КОНЕЧНОСТЕЙ**

*ИЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)  
Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)*

*Трофические язвы являются наиболее тяжелым осложнением хронической венозной недостаточности нижних конечностей, с которым человечество столкнулось задолго до Рождества Христова. Оптимальным вариантом хирургического вмешательства на подкожных магистральных венах у больных с трофическими язвами, образовавшимися при варикозной болезни, является стволовая флебэктомия, при которой удаляют ствол большой подкожной вены до верхней трети голени. В идеале она должна сочетаться с субфасциальной перевязкой перфорантных вен. Существует ряд методик для осуществления этой цели.*

*В нашей работе мы предлагаем сочетать стволовую флебэктомию с субфасциальной диссекцией перфорантных вен из минимизированного доступа на голени, которая выполняется при помощи специального инструментария.*

**Ключевые слова:** варикозная болезнь нижних конечностей, хроническая венозная недостаточность, трофическая язва, субфасциальная диссекция перфорантных вен из мини-доступа, операция Линтона

**SUBFASCIAL DISSECTION OF PERFORANT VEINS USING SHANK MINIMIZED ACCESS  
IN SURGICAL TREATMENT OF DECOMPENSATED FORM OF LOWER EXTREMITIES  
VARICOSE ILLNESS**

I.V. Shulikovskaya, Ju.A. Belkov, S.A. Kishtimov, M.G. Bogdanova, E.V. Shinkevich,  
A.G. Makeyev

*SC RRS ESSC RAMS, Irkutsk  
Irkutsk State Medical University, Irkutsk*

*Trophic ulcer are the most severe complication of chronic venous insufficiency of lower extremities, which was got known long before Christ.*

*The optimal variant of surgical interaction on hypodermic main veins in patients with trophic ulcer formed while varicose illness is rotting phlebectomy when the main hypodermic vein tube is ablated to the upper third of the shank. The best result may be achieved combining this method with the subfascial cirsdosis of perforant veins. There are a number of methods to gain this aim.*

*In this work we suggest to combine rotting phlebectomy and subfascial dissection of perforant veins using shank minimized access which run out with the help of special instruments.*

**Key words:** lower extremities varicose illness, chronic venous insufficiency, trophic ulcer, subfascial dissection of perforant veins using shank minimized access, Linton surgery

Чрезвычайная распространенность хронических заболеваний вен (у 68 % женщин и 57 % мужчин), вызываемые ими снижение трудоспособности и качества жизни позволяют рассматривать

проблему профилактики и лечения хронической венозной недостаточности (ХВН) не только как чисто медицинскую, но и важную социально-экономическую проблему [1, 2, 6].

Как справедливо заметил Lovell, хроническая венозная недостаточность заканчивается обезображиванием, недееспособностью и финансовым бременем на пациенте и обществе.

Трофические язвы (рис. 1) являются наиболее частым осложнением хронической венозной недостаточности и поражают до 2 % трудоспособного населения индустриально развитых стран [4,5]. У лиц пожилого возраста эта цифра достигает 4 – 5 %. Парадоксальность ситуации заключается в том, что несмотря на очевидный прогресс в диагностике и лечении ХВН, частота трофических язв является своего рода константой, выявляемой в результате многочисленных эпидемиологических исследований на протяжении последних 20 лет. С учетом демографических показателей можно констатировать, что в России ХВН страдают 35 – 58 миллионов человек, у 15 % из них выявляется декомпенсированная форма венозной недостаточности с трофическими нарушениями кожи и рецидивирующими язвами. Последние значительно снижают качество жизни заболевших, а ограничения трудоспособности, наряду со стойкой ее утратой, в значительном числе случаев наносят многомиллиардный ущерб государству.



Рис. 1. Венозная трофическая язва.

## ЦЕЛЬ РАБОТЫ

*Оценить непосредственные результаты субфасциальной диссекции перфорантных вен из минимизированного доступа на голени в хирургическом лечении декомпенсированной формы ХВН при варикозной болезни нижних конечностей.*

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Мы провели анализ хирургического лечения у 63 пациентов (76 нижних конечностей), страдающих варикозной болезнью в стадии ее декомпенсации, которые находились на лечении в отделении сосудистой хирургии Иркутской государственной ордена «Знак Почета» областной клинической больницы с 1995 по 2005 гг. Всем пациентам проводили стандартное общеклиническое обследование, включающее сбор анамнеза, осмотр, определение степени ХВН. Состояние венозного русла оценивали неинвазивным методом цветного дуплексного сканирования, признанного «золотым стандартом» во флебологии [3]. Нами выделены 2 группы больных. В основную группу включены 43 пациента (54 нижние конечности), которым выполнялось устранение вертикального и горизонтального веновенозного сброса одновременно, с применением субфасциальной диссекции перфорантных вен (СФДПВ) из минимизированного доступа на голени. В группу клинического сравнения включены 20 пациентов (22 нижние конечности), которым выполнялась операция Линтона с целью устранения горизонтального (перфорантного) веновенозного сброса. Средний возраст в основной группе составил 52,5 (38 – 71) года, в контрольной группе – 48 (25 – 70) лет (рис. 2).

Распределение в группах больных по степени ХВН, полу и возрасту не имело значимых различий ( $p_F > 0,05$ ).

Объем операции у больных с ХВН в стадии декомпенсации стандартный и соответствует рекомендациям Согласительной комиссии экспер-

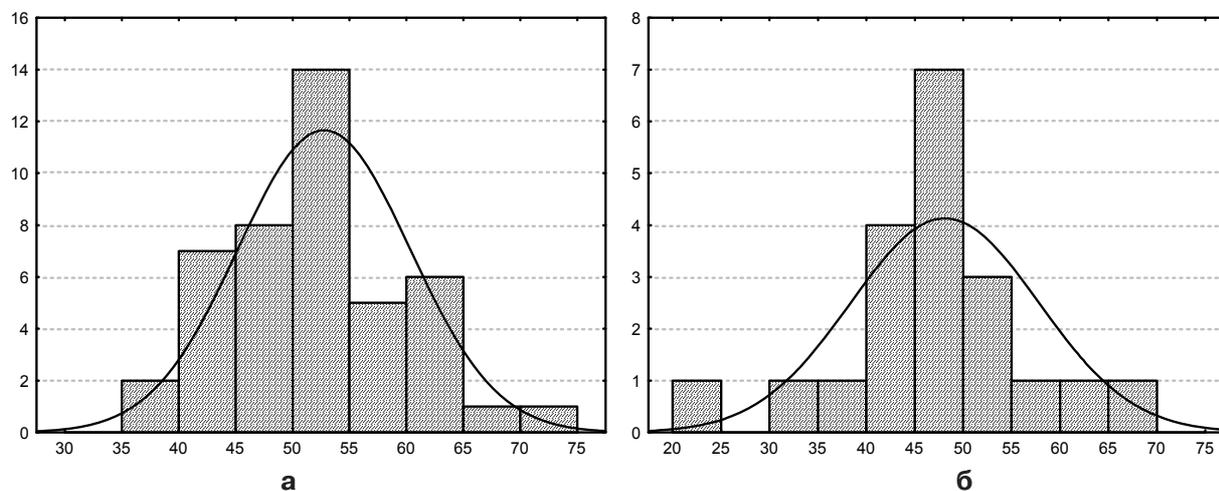


Рис. 2. Распределение в группах по возрасту: а) в основной группе; б) в контрольной группе.

тов. Таким образом, хирургическое лечение складывается из следующих компонентов:

1) кроссэктомия — перевязка сафено-фemorального соустья с лигированием всех приустьевых притоков, а так же перевязка устья малой подкожной вены в случае ее несостоятельности;

2) стриппинг — удаление ствола большой подкожной вены (БПВ) с помощью флебэкстрактора, при этом выполняется как короткий стриппинг (удаление ствола БПВ до верхней трети голени), так и длинный (удаление БПВ на всем протяжении — от устья до медиальной лодыжки);

3) флебэктомия по Нарату — иссечение варикозноизмененных притоков БПВ и малой подкожной вены методом тунелирования;

4) субфасциальная перевязка перфорантных вен.

Важность устранения перфорантного сброса при хирургическом лечении больных варикозной болезнью с декомпенсированными формами ХВН очевидна. Наши данные свидетельствуют о том, что несостоятельность перфорантов при ХВН 2 и 3 степенях встречается в 100 % случаев, а недостаточно радикальное устранение перфорантного сброса является важным составляющим возникновения рецидивов варикозного расширения вен голени и прогрессирования трофических расстройств.

До недавнего времени в хирургическом лечении декомпенсированных форм ХВН применялась операция Линтона (рис. 3), заключающаяся в перевязке несостоятельных перфорантных вен из обширных разрезов по переднемедиальной поверхности голени от внутреннего мыщелка большеберцовой кости до внутренней лодыжки. Несмотря на радикальность, подобное вмешательство имеет ряд существенных недостатков. Это, прежде всего:

- ✦ сохранение зоны перфорантного сброса (после выполнения первого этапа операции);
- ✦ необходимость повторной операции (2-го этапа);
- ✦ длительные сроки реабилитации;

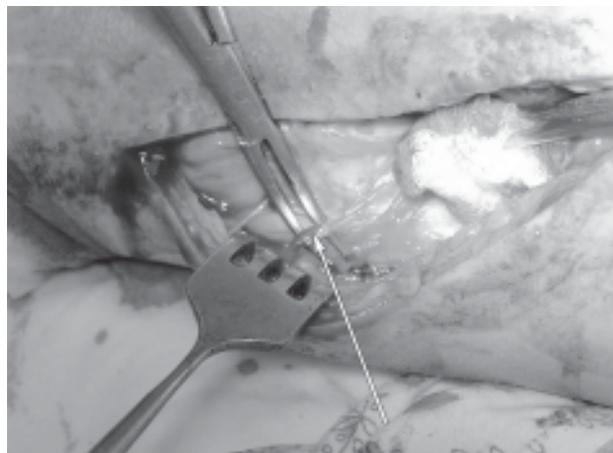


Рис. 3. Операция Линтона перфорант.

✦ высокая частота гнойно-некротических осложнений (от локальных эпидермальных некрозов до тяжелых флегмон голени), встречающихся у 15–20 % оперированных.

Немаловажное значение имеет и грубый послеоперационный рубец, который значительно снижает косметический эффект операции и качество жизни у большинства пациентов.

Конец прошлого столетия характеризуется бурным развитием и совершенствованием миниинвазивных технологий вмешательств на перфорантных венах, в том числе методик, не требующих дорогостоящего эндоскопического оборудования. Реальной альтернативой эндоскопической операции Линтона является субфасциальная диссекция перфорантных вен (СФДПВ) из минимизированного доступа. Преимущества данного вмешательства очевидны:

- ✦ возможность лигирования перфорантов из мини-доступа на голени без использования дорогостоящего эндоскопического оборудования;
- ✦ устранение вертикального и горизонтального веновенозного сброса одновременно, тем самым, повышая радикальность лечения;
- ✦ снижение травматичности операции;
- ✦ достижение хороших косметических результатов операции.

Реализация данного вмешательства стала возможной благодаря наличию специального инструментария (рис. 4), выпускаемого отечественной фирмой «САН», с помощью которого достигается мобилизация и ревизия субфасциального пространства голени на значительном протяжении (в том числе и в области выраженных трофических расстройств).

Техника вмешательства (рис. 5) достаточно проста: из разреза протяженностью 4–5 см по заднемедиальной поверхности голени вскрываем фасцию и вводим в субфасциальное пространство специальные длинные крючки. Постепенное продвижение данного инструментария в субфасци-

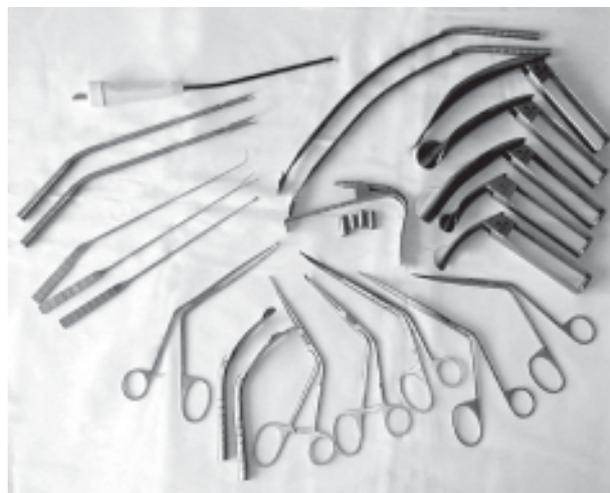


Рис. 4. Инструментарий для выполнения субфасциальной диссекции перфорантных вен из мини-доступа.

альном ложе сопровождаем перевязкой либо коагуляцией встречаемых перфорантных вен.

Статистическая обработка полученных данных производилась с использованием непарамет-



Рис. 5. Диссекция перфорантов из мини-доступа.

рических критериев. Достоверность количественных показателей в исследуемых группах оценивали по методу Манна – Уитни. При сравнении качественных показателей использовали двухсторонний точный тест Фишера. При малом (менее 30) количестве наблюдений и ненормальности распределения данные представляли в виде медианы с нижним и верхним квартилями (25-й и 75-й процентиля). Критический уровень значимости ( $p$ ) при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05.

Статистическая обработка результатов произведена с помощью пакета программ Statistica 6,0 for Windows (Statsoft, США).

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Таким образом, при выполнении СФДПВ из мини-доступа осложнения наблюдались в 4 случаях (7,4 %), при выполнении стандартной операции Линтона – в 6 случаях (27,2 %) ( $p_F = 0,03$ ) (рис. 6).

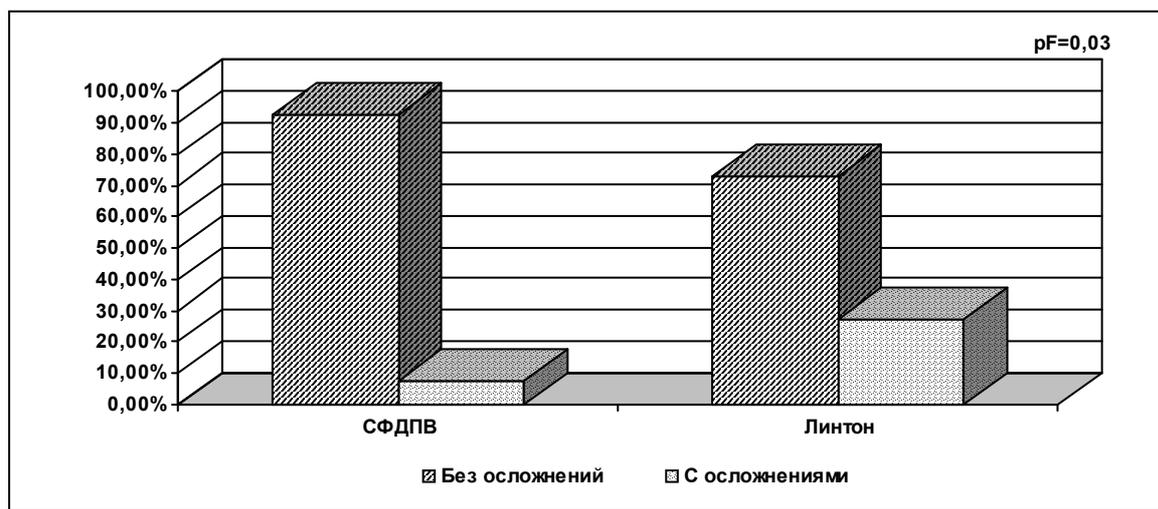


Рис. 6. Осложнения.

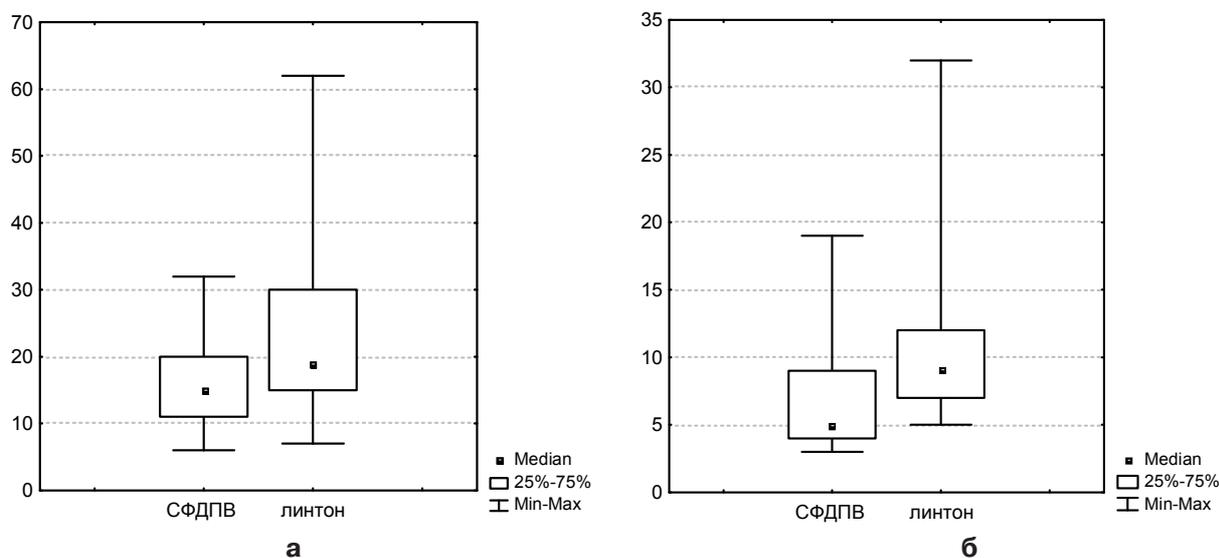


Рис. 7. Анализ койко-дня: а) общий койко-день; б) послеоперационный койко-день.

И в той, и в другой группах это были гнойно-некротические осложнения. Интраоперационные осложнения у больных в основной группе наблюдались в 3 случаях (5,5%), и заключались в разрыве перфорантной вены. В такой ситуации мы производили тампонаду субфасциального пространства голени марлевыми салфетками с экспозицией 10–15 мин. Если при удалении тампонов кровотечение продолжалось (1 наблюдение), то ассистентом осуществлялась мануальная компрессия голени вплоть до наложения эластического бинта после ушивания всех операционных ран. Послеоперационных осложнений, связанных с разрывом перфорантной вены, мы не наблюдали.

Анализ койко-дня показал следующее. В основной группе средний койко-день составил 15 (6–32) суток, в контрольной – 19 (7–62) суток ( $p_u = 0,003$ ) (рис. 7).

В основной группе послеоперационный койко-день составил в среднем 5 (3–19) суток, в контрольной группе – 9 (5–32) суток ( $p_u = 0,001$ ).

### ВЫВОДЫ

Таким образом, хирургическое лечение больных варикозной болезнью в стадии ее декомпенсации с применением СФДПВ из минимизированного доступа является радикальным и малотравматичным методом устранения перфорантного сброса. Данная методика позволяет значительно уменьшить число послеоперационных осложнений, сократить сроки пребывания больного в стационаре, а также получить хороший косметический эффект (рис. 8) и тем самым улучшить качество жизни пациентов.

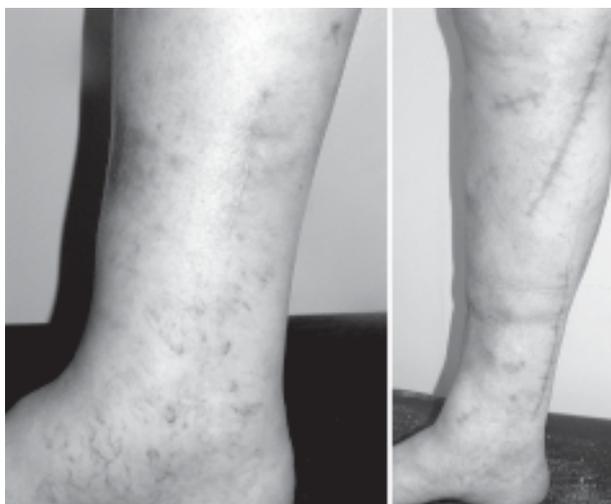


Рис. 8. Послеоперационный рубец: а) через 6 мес. после СФДПВ; б) через 6 мес. после операции Линтона.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Варикозная болезнь нижних конечностей (современные принципы диагностики и лечения): Метод. рекомендации / Ю.А. Бельков, А.В. Дудник, Л.В. Алексеева, И.К. Бойко; Под ред. Е.Г. Григорьева. – Иркутск, 2003. – 38 с.
2. Григорян Р.А. Варикозная болезнь / Р.А. Григорян, В.Ю. Богачев, И.А. Золотухин // Флебология: под ред. В.С. Савельева. – М.: Медицина, 2001. – С. 438–488.
3. Эндоскопическая диссекция перфорантных вен при варикозной болезни: Метод. рекомендации / А.И. Кириенко, В.И. Ревякин, В.Ю. Богачев, И.А. Золотухин // Под ред. В.С. Савельева. – М., 1998. – 12 с.
4. Липницкий Е.М. Лечение трофических язв нижних конечностей / Е.М. Липницкий. – М., 2001. – 160 с.
5. Трофические язвы / В.С. Савельев, А.И. Кириенко, В.Ю. Богачев, Л.И. Богданец // Флебология: под ред. В.С. Савельева – М.: Медицина, 2001. – С. 519–551.
6. Хронические заболевания вен нижних конечностей: Метод. рекомендации / М.Ю. Аверьянов, С.Г. Измайлов, Г.А. Измайлов, М.Н. Кудыкин и др. – Н. Новгород, 2002. – 128 с.