



Видеоэндоскопическая диссекция перфорантных вен голени в лечении хронической венозной недостаточности нижних конечностей

Ш.Ю. Валиев, Р. Рахматуллаев, Д.Н. Мукарамова, А.Р. Рахматуллаев, С.А. Ёров

Медико-санитарная часть ГУП «Таджикская алюминиевая компания», г. Турсунзаде

В данной статье дана оценка результатов хирургического лечения хронической венозной недостаточности (ХВН) нижних конечностей с применением видеоэндоскопической технологии, впервые выполненного в Республике Таджикистан. 78 пациентам применена видеоэндоскопическая диссекция перфорантных вен (основная группа), а 40 – традиционная операция Линтона-Фельдера. При изучении ближайших и отдалённых результатов лечения обнаружены: уменьшение продолжительности операции с $110,1 \pm 3,8$ до $75,2 \pm 2,6$ мин, снижение послеоперационных осложнений с $60 \pm 7,5\%$ до $5,1 \pm 2,5\%$ и сроков восстановления трудоспособности с $45,1 \pm 4,0$ до $25,7 \pm 3,1$ дня. Количество рецидивов снижено с 15% до 5,1 % и значительно улучшилось качество жизни пациентов. Исходя из полученных данных, методом выбора хирургического лечения ХВН является видеоэндоскопическая диссекция перфорантных вен (ВДПВ).

Ключевые слова: хроническая венозная недостаточность нижних конечностей, эндоскопическая диссекция перфорантных вен, операция Линтона-Фельдера

АКТУАЛЬНОСТЬ. По данным различных исследований от 10 до 35% взрослого населения земного шара страдает варикозной болезнью, из них больше половины нуждается в оперативном лечении [1-3]. В основном страдают люди молодого трудоспособного возраста [3,4]. В 20-25% случаев отмечаются различные осложнения, связанные с редукцией венозного кровотока: острый тромбоз вен, паратравматическая экзема, трофическая язва и рожистое воспаление, которые до 30% случаев приводят к инвалидизации [2,5].

Высокая частота заболевания, а также значительное число осложнений и рецидивов требует своевременной диагностики и адекватного лечения ХВН, которая представляет собой важную медико-социальную проблему [1]. Последнее десятилетие ознаменовалось бурным развитием эндоскопической хирургии и внедрением в клиническую практику эндовидеохирургических технологий в лечении осложнённых форм хронической венозной недостаточности нижних конечностей. Однако в литературе нет единого мнения о показаниях к эндоскопической диссекции перфорантных вен при ХВН

[6-8]. Недостаточно изучены отдалённые результаты применения эндовидеохирургических технологий.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Анализ результатов хирургического лечения осложнённых форм хронической венозной недостаточности нижних конечностей с применением эндоскопической диссекции перфорантных вен.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В хирургическом отделении МСЧ ГУП ТАЛКО за период 2001 - 2011 гг. находились на стационарном лечении 118 пациентов с различными формами ХВН в возрасте от 24 до 76 лет, большинство пациентов составляли лица женского пола – 74 (63%), давность заболевания – от 2-х до 33-х лет.

Согласно международной классификации CEAP большинство больных (84,7%) относились к 4-6 клиническим группам (табл.1).

**ТАБЛИЦА 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ
ПО КЛАССИФИКАЦИИ СЕАР
(С-КЛИНИЧЕСКИЕ КЛАССЫ)**

Стадии заболевания	Количество больных	
	n	%
C2	-	-
C3	18	15,3
C4	54	45,7
C5	30	25,4
C6	16	13,6
Всего	118	100,0

У обследованных пациентов трофическая язва нижней трети голени по медиальной поверхности была отмечена у 16 (13,6%) пациентов. Площадь язв

составляла от 2 см² до 23 см², эпителизированная трофическая язва имела у 30 (25,4%) пациентов, а у оставшихся имело место трофическое расстройство на нижней трети голени в виде гиперпигментации кожи с индурацией подкожной клетчатки. При наличии трофической язвы амбулаторно производили санацию язвы с перевязкой мазями на водорастворимой основе (левомиколь), после очищения язвы от некротических тканей, госпитализировали больных в стационар.

Всем больным перед операцией произведено ультразвуковое исследование: доплерография и дуплексное сканирование с целью определения состояния остиального клапана большой подкожной вены (БПВ), количество и расположение несостоятельных перфорантных вен голени и проходимость глубоких вен. Выявленные несостоятельные перфорантные вены маркируем.

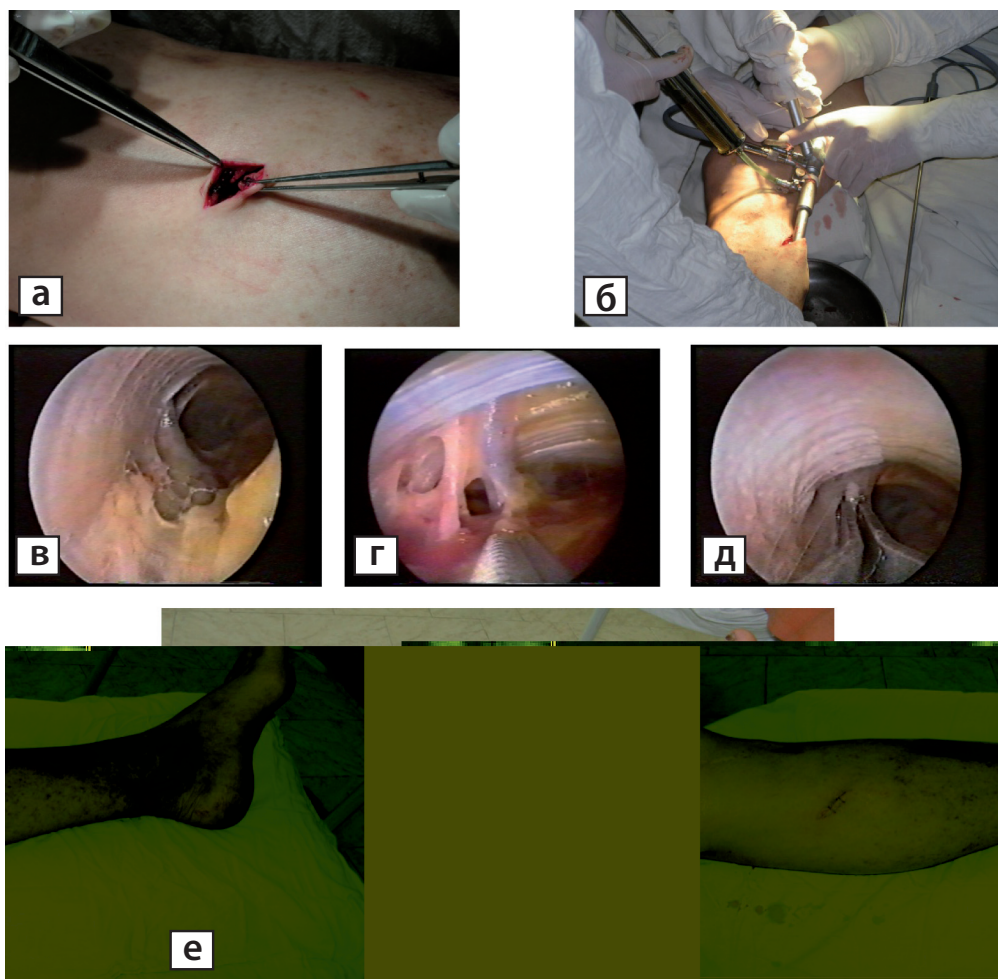


РИС.1 ЭТАПЫ ОПЕРАЦИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИССЕКЦИИ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН ГОЛЕНИ: А - КОЖНЫЙ РАЗРЕЗ; Б - ВВЕДЕНИЕ ОПТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ В ПОДФАСЦИАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО; В - ТУННЕЛИЗАЦИЯ ПОДФАСЦИАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА; Г - ТУННЕЛИЗАЦИЯ И ВЫДЕЛЕНИЕ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН; Д - ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИЯ БИПОЛЯРНЫМ ЭЛЕКТРОДОМ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПЕРФОРАНТНОЙ ВЕНЫ; Е - КОЖНАЯ РАНА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИССЕКЦИИ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН



Результаты исследований обработаны с использованием методов вариационной статистики и оценкой достоверности результатов по t-критерию Стьюдента.

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ. Операцию выполняем с применением специального эндоскопического оборудования и инструментария фирмы «Karl Stors» (Германия). Производим разрез кожи в верхней трети голени по медиальной поверхности длиной 2-3 см, вводим тубус оптической системы, в последующем оптическую систему соединяем с видеосистемой. Производим туннелизацию подфасциального пространства с помощью специальных туннелизаторов, выявленные несостоятельные перфорантные вены коагулируем с помощью биполярных электродов, перфорантные вены диаметром более 4 мм клиппируем рассасывающимися клипсами. Во время операции нами отмечена несостоятельность от 2 до 8 перфорантных вен, операцию завершаем промыванием субфасциального пространства антисептическим раствором и дренированием силиконовой трубкой через контраптертуру в нижней трети голени по медиальной поверхности (рис.1). Дренажную трубку удаляем через сутки после контрольного ультразвукового исследования. Под общей анестезией оперировано 72 (61%) и перидуральной анестезией 46 (39%) больных.

ВДПВ выполнена у 78 (66,1%) пациентов (основная группа). Данная методика операции в сочетании с сафенэктомией выполнена 69 (58,5%) больным, так как у этих больных имело место несостоятельность остиального клапана БПВ с варикозным изменением. 9 (7,6%) пациентам при состоятельности остиального клапана и отсутствия выраженных признаков варикозного расширения подкожных вен произведена изолированная ЭД перфорантных вен, так как в будущем его можно использовать в качестве аутоотрансплантата. В послеоперационном периоде по показаниям проводим 2-4 курса склеротерапии этоксисклеролом.

40 (33,9%) больным (контрольная группа) выполнена классическая операция Линтона-Фельдера.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Оценка результатов проводилась путём изучения частоты и характера осложнений в различных группах больных с ХВН, перенёсших видеоэндоскопическую диссекцию перфорантных вен и традиционную операцию Линтона-Фельдера. Различия в частоте осложнений были очевидными. После ЭДПВ нагноение послеоперационной раны имело место только у 3-х (3,8%) пациентов, в то время как после операции Линтона-Фельдера нагноение послеоперационной раны и краевой некроз кожи отмечены у 9 (22,5%) и 5 (12,5%) больных соответственно (табл.2); по продолжительности операции также достоверно ($p<0,001$) отличались – $75,2\pm 2,6$ и $110,1\pm 3,8$ мин.

Сроки нахождения больных в стационаре после операции ЭДПВ и операции Линтона-Фельдера составили $6,4\pm 0,8$ и $15,1\pm 1,7$ дня соответственно, сроки начала активной трудовой деятельности – $25,7\pm 3,1$ и $45,1\pm 4,0$ дня, сроки эпителизации трофических язв – $11,8\pm 1,8$ и $17,3\pm 1,7$ дня, соответственно ($p<0,05$).

При изучении отдалённых результатов оперативных вмешательств, мы обращали внимание на субъективные и объективные ощущения больных, на данные объективного осмотра и инструментальных методов исследования, на наличие рецидива заболевания и сроки его появления, состояние послеоперационного рубца и удовлетворённость косметическими результатами (рис.2).

Проводили сравнительную оценку с данными последнего обследования и с ретроспективными данными перед операцией (табл. 3).

Для оценки качества жизни использовали опросник CIVIQ (при помощи специфичного для пациентов с ХВН опросника «Chronic Venous Insufficiency Questionnaire» (CIVIQ2)). Больные заполняют опросник до операции и через 3 месяца после операции во время явки на контрольный осмотр. Результаты оценки качества жизни представлены в таблице 4.

ТАБЛИЦА 2. ОСЛОЖНЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Характер осложнений	ЭДПВ (n=78)	Традиционные (n=40)
Нагноение послеоперационной раны	3,8% (3)	22,5% (9)
Краевой некроз кожи по ходу послеоперационной раны	-	12,5% (5)
Подкожная гематома	1,3% (1)	10% (4)
Инфильтрат по ходу послеоперационной раны	-	15% (6)
ВСЕГО	$5,1\pm 2,5\%$ (4) *	$60\pm 7,5$ (24)

Примечание: * $p<0,001$ - статистическая значимость различий осложнений в раннем послеоперационном периоде между группами с различными методами лечения



РИС.2. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ РУБЕЦ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЛИНТОНА-ФЕЛЬДЕРА (А) И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИССЕКЦИИ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН (Б)

ТАБЛИЦА 3. ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Характер осложнений	ЭДПВ (n=78)	Традиционные методы (n=40)
Боли и чувство онемения	1,3% (1)	47,5% (19)
Лигатурные свищи	--	7,5% (3)
Неудовлетворённость косметическими результатами	--	77,5% (31)
Рецидив варикоза	5,1% (4)	15% (6)
Рецидив трофической язвы	2,6% (2)	12,5% (5)

ТАБЛИЦА 3. ОБЩАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Шкала опросника CIVIQ2	Основная группа (n=78)	Контрольная группа (n=40)	p
Болевая	4,52±0,18	6,54 ± 0,37	<0,001
Физическая	7,52±0,14	9,72 ± 0,47	<0,001
Психологическая	8,41±0,15	10,28 ± 0,35	<0,001
Социальная	17,24±0,16	22,82 ± 0,85	<0,001
Общая оценка	39,21±0,20	51,47 ± 1,3	<0,001

ТАКИМ ОБРАЗОМ, ультразвуковые методы исследования в режиме дуплексного сканирования перед операцией позволяют определить состояние глубокой венозной системы и несостоятельных перфорантных вен голени при ХВН. Тяжесть клинического течения и выраженность трофических расстройств на голени коррелируются количеством несостоятельных перфорантных вен голени.

Эндоскопическая диссекция перфорантных вен голени считается альтернативой операции Линтона, в отличие от которой является малоинвазивной, малотравматичной операцией, косметически и эстетически эффективной, сопровождается минимальной частотой осложнений. При этом оптимальной методикой является классическая сафенэктомия в сочетании с эндоскопической диссекцией перфорантных вен голени и последующей склеротерапией по показаниям.



ЛИТЕРАТУРА

1. Ахметзянов Р.Б. Оценка качества жизни у пациентов с варикозной болезнью / Р.Б.Ахметзянов, Р.А. Бредихин, И.М. Игнатьев // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2010. – Т.16, № 4. – С.31
2. Кириенко А.И. Эндоскопическая диссекция перфорантов / А.И. Кириенко, В.Ю. Богачёв, И.А. Золотухин //Флебологическая. -1997.-№5. –С. 13-15
3. Савельев В.С. Флебология. Руководство для врачей /В.С. Савельев, В.А. Гологорский, А.И. Кириенко; под ред. В.С. Савельева; М.: Медицина, 2001.– 664с.
4. Усманов Н.У. Современные принципы лечения варикозной болезни вен нижних конечностей / Н.У. Усманов, Д.Д. Султанов, З.О. Тошева //Здравоохранение Таджикистана. -2005, №1-2. –С. 41-43
5. Гавриленко А.В. Сравнительная оценка методов хирургического лечения варикозной болезни / А.В. Гавриленко, П.Е. Вахратьян //Ангиология и сосудистая хирургия.-2004.-№ 5.-С. 22-24
6. Савельев В.С. Настоящее и будущее флебологии в России / В.С. Савельев //Флебологическая. -2000. -№ 9. –С.2-4
7. Pierik E. Subfascial endoscopic ligation in the treatment of incompetent perforator veins./ E.Pierik, C.H.A. Witten, H. Van Urk //Eur. J. of Vasc. And Endovasc. Surg. -1997.-V.25. –P.654-657
8. Subfascial endoscopic perforator vein surgery combined with saphenous vein ablation: results and critical analysis / C. Bianchi [et al] // J Vasc. Surg. -2003. –V. 38(1) –P. 67-71

Summary

Video endoscope dissection of perforating tibia veins in the treatment of chronic venous insufficiency of lower extremities

Sh.Yu. Valiev, R. Rakhmatullayev, D.N. Mukaramova, A.R. Rakhmatullayev, S.A. Yorov

This article assesses the results of surgical treatment of chronic venous insufficiency (CVI) of lower extremities with the use of video endoscope technology, first performed in the Republic of Tajikistan. In 78 patients video endoscope dissection of perforating veins (main group), and at 40 - the traditional operation Linton-Felder was used. In the study of short-and long-term results of treatment were found: decrease the duration of operations $110,1 \pm 3,8$ to $75,2 \pm 2,6$ min, reduced postoperative complications from $60 \pm 7,5\%$ to $5,1 \pm 2,5\%$ and terms of vocational rehabilitation from $45,1 \pm 4,0$ to $25,7 \pm 3,1$ days. The number of recurrences decreased from 15% to 5.1% and significantly improved quality of life. The method of choice of surgical treatment of CVI is a video endoscope dissection of perforating veins (VDPV).

Key words: chronic venous insufficiency of lower limbs, endoscopic dissection of perforating veins, Linton-Felder surgery

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Р. Рахматуллаев – главный врач МСЧ ГУП ТАЛКО;
Таджикистан, г.Турсунзаде,
E-mail: Rakmatullaev@inbox.ru