

І. А. Криворучко, І. М. Лодяна, С. Н. Зюзько

Харківський національний медичний університет МОЗ України, кафедра хірургії № 2,
Харків, Україна

Мінімально інвазивні втручання у комплексному лікуванні хворих з супутньою патологією
на варикозну хворобу нижніх кінцівок, що ускладнена трофічними виразками

Проблема лікування хворих на декомпенсовану варикозну хворобу (ВХ) нижніх кінцівок є актуальною через незадовільні результати безпосередні та віддалені результати лікування. Існує багато способів лікування цієї категорії хворих, однак ідеального способу, який поєднував би у собі максимальну радикальність і мінімальну інвазивність, до сьогодні не визначено. В Україні за даними дослідження “ДЕТЕКТ“, пацієнти на ВХ з різними трофічними розладами (стадії С₄₋₆ за класифікацією CEAP) складають 27,12% із всіх обстежених хворих, при цьому у 12,9% з них діагностували наявну або епітелізовану трофічну виразку. За дослідженнями Л.М. Чернухи (2005), у 7,4% пацієнтів з варикозною хворобою причиною звернення за медичною допомогою є відкрита трофічна виразка. Одну з провідних ролей в патогенезі декомпенсації венозного відтоку при ВХ відіграє недостатність перфорантних вен (ПВ) гомілки. Впровадження операцій, спрямованих на ліквідацію горизонтального рефлюксу, дозволило значно поліпшити результати лікування хворих з декомпенсованою варикозною хворобою нижніх кінцівок. Найвідомішими способами обробки ПВ є операція Лінтона-Фелдера та надфасціальна їх перев'язка по Коккету. Останнім часом дедалі більшого розповсюдження набувають мінімально інвазивні методи дисекції перфорантних вен. Всі ці методи мають свої показання та протипоказання, від чіткого визначення яких залежить їх застосування.

Мета дослідження. Провести оцінку і порівняти результати різних методів обробки ПВ у хворих з декомпенсованою ВХ нижніх кінцівок С₆ (CEAP) з метою визначення оптимального об'єму мінімально інвазивного втручання у хворих з супутньою патологією.

Матеріали і методи. В дослідження ввійшли пацієнти на ВХ нижніх кінцівок в стадії декомпенсації з активною трофічною виразкою, які знаходились на лікуванні в Харківській обласній клінічній лікарні з 2005 року. Було обстежено і прооперовано 97 хворих, у всіх з них була виявлена супутня патологія серцево-судинної (82) та легеневої (8) систем, а також печінки (7). До операції хворим проводили кольорове дуплексне сканування (КДС) вен нижніх кінцівок (ультразвукові апарати «Simens Sonoline 2000» та «Voluson 730») та інші уніфіковані методи дослідження. Залежно від методів обробки ПВ хворих було розділено на 6 груп наступним чином: перша група – пацієнти, яким була виконана відкрита субфасціальна перев'язка ПВ, друга – хворі яким зробили відкриту епіфасціальну перев'язку ПВ, третя – пацієнти які перенесли ендоскопічну дисекцію ПВ, четверта – хворі, яким виконувалась транскутанна субфасціальна дисекція ПВ,

пацієнтам п'ятої групи виконали дистальну підфасціальну комунікантотомію, хворі яким проводили ехосклерооблітерацію перфорантних вен склали шосту групу. Результати втручань оцінювали в ранньому післяопераційному періоді і через 3 роки після операції.

Результати дослідження. Лікувальна ефективність методів порівнювалась за слідуючими параметрами: (1) тривалість оперативного втручання; (2) частота і вираженість ранніх післяопераційних ускладнень, (3) термін знаходження пацієнтів у стаціонарі, (4) наявність і вираженість трофічних розладів у віддалені строки після операції. Всім пацієнтам санація виразок проводилася амбулаторно, а оперативне втручання проводили на наступний день після госпіталізації хворого. Тривалість оперативного втручання, що включало в себе виконання кросектомії, венектомії (в шостій групі катетерна склерооблітерація великої підшкірної вени), та диссекції (облітерації) перфорантних вен була наступною: перша група – $67,31 \pm 1,75$ хв., друга – $67 \pm 2,17$ хв., третя – $70,35 \pm 1,4$ хв., четверта – $42,10 \pm 1,5$ хв., п'ята – $45,78 \pm 1,54$ хв., шоста – $37,22 \pm 1,10$ хв.. Наведені дані свідчать, що найменше часу забирало втручання, яке проводилось при ехосклерооблітерації ПВ та їх транскутанній субфасціальній дисекції. Найтривалішими була операція у пацієнтів, яким проводилась відкрита субфасціальна перев'язка ПВ. У пацієнтів яким застосовували відкриту епіфасціальну перев'язку, ендоскопічну дисекцію, дистальну підфасціальну комунікантотомію ПВ тривалість оперативного втручання була майже однаковою. Потрібно відзначити, що скорочення тривалості хірургічного втручання не повинно вважатися самоціллю, так як це може вплинути на отриманий результат. Дуже важливо відмітити, що пацієнтам шостої групи застосовували місцеве знеболювання, тоді як у всіх інших групах - перидуральну анестезію та в 4 випадках загальне знеболювання. Загоєння трофічної виразки після втручання вдалося досягти у всіх пацієнтів. Найчастішим ускладненням була поява крайових некрозів в області післяопераційних розрізів. Найчастіше дане ускладнення спостерігалось у хворих першої групи – 53,8%, у другій групі вони спостерігались у 33,3%. Хворим, яким застосовувалась ендоскопічна дисекція ПВ некрози були у 7,7% хворих, у пацієнтів п'ятої групи, яким виконували дистальну підфасціальну комунікантотомію у 10,52%. Крайових некрозів не спостерігалось у четвертій та шостій групах, тобто у пацієнтів яким виконувалась транскутанна субфасціальна дисекція ПВ та ехосклерооблітерація перфорантних вен відповідно. Гематоми післяопераційної рани спостерігались у 2 пацієнтів першої групи та у 1 пацієнта 2 групи. Лімforeя спостерігалась в першій групі у 3 хворих, у другій – у 2, у п'ятій – в 1 випадку. В третій, четвертій та шостій групах лімforeя не спостерігалась. В першій, другій, третій та п'ятій групах в тій чи іншій мірі спостерігались прояви ушкодження гілок шкіряного нерва. Наявність ускладнень у післяопераційному періоді визначали тривалість перебування хворих в стаціонарі. Так, найкоротший післяопераційний період спостерігався у пацієнтів після ехосклерооблітерації ПВ і становив $7,21 \pm 1,42$ дні, після ендоскопічного перетинання ПВ післяопераційний ліжко-день

становив $11,12 \pm 1,62$. У четвертій групі тривалість післяопераційного періоду в середньому була $11,14 \pm 2,24$ доби, у п'ятій – $12,0 \pm 2,42$, у першій – $20,64 \pm 8,64$, у другій групі – $16 \pm 4,62$. Довготривале знаходження пацієнтів першої та другої груп у стаціонарі було обумовлене тим, що їм проводилося лікування ускладнень, що виникли. Повне загоєння виразок було досягнуто у всіх пацієнтів при подальшому амбулаторному лікуванні. Вивчення результатів хірургічного лікування хворих, що аналізуються, через 3 роки показало, що у частини пацієнтів виник рецидив трофічної виразки. При цьому по наявності виразкових дефектів переважали шоста (27,7%) і п'ята (6,66%) групи, що було обумовлено значною кількістю рецидивних ПВ. У інших групах дані щодо рецидиву трофічних виразок були наступні: у першій групі – 7,69%, у другій – 10,52%, у третій – 0%, у четвертій – 5,26%.

Висновки. Методом вибору обробки ПВ у хворих на декомпенсовану ВХ нижніх кінцівок є ендоскопічна підфасціальна комунікантотомія, оскільки цей метод дозволяє найбільш радикально оперувати хворих. Найменш ефективним методом обробки ПВ потрібно визнати ехосклерооблітерацію, оскільки при її застосуванні через 3 роки спостерігається найбільша кількість неспроможних ПВ, що призводить до рецидиву трофічних виразок нижніх кінцівок.. Ехосклерооблітерацію та транскутанну підфасціальну комунікантотомію доцільно виконувати хворим похилого віку та пацієнтам з важкою супутньою патологією, яка обмежує бажаний об'єм оперативного втручання, так як ці методи характеризуються мінімальною травматичністю, тривалістю та відсутністю післяопераційних ускладнень, а за безпосередніми результатами стоять в одному ряду з іншими видами дисекції ПВ.

Криворучко Ігор Андрійович: завідувач кафедри хірургії № 2 ХНМУ, професор,
тел. 057-705-02-45; e-mail: ikryvoruchko@mail.ru