

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД

Проф. В. В. БОЙКО, И. Б. БАБЫНКИНА

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМН Украины», Харьков

Проанализированы результаты лечения 102 больных с декомпенсированными формами хронической венозной недостаточности, которым были выполнены субфасциальная диссекция перфорантных вен из мини-доступа (52 пациента), эндоскопическая диссекция перфорантных вен (50 пациентов). У большинства пациентов отмечены гемодинамически незначимый рецидив варикоза, отсутствие прогрессирования трофических нарушений.

Ключевые слова: хроническая венозная недостаточность, трофические язвы, индивидуальный подход.

Декомпенсированные формы хронической венозной недостаточности (ХВН) развиваются у 29–79% пациентов после эпизода острого тромбоза глубоких вен (ТГВ); при этом тяжелые формы ХВН с трофическими язвами (ТЯ) отмечены в 4–23% случаев. Венозные ТЯ — наиболее тяжелое и самое частое осложнение различных форм ХВН нижних конечностей. Согласно международной классификации СЕАР эти заболевания относятся к клиническим классам С4–С6 [1, 2].

Цель нашего исследования — улучшение результатов лечения больных с декомпенсированными формами ХВН на основе применения дифференцированной патогенетически обоснованной хирургической тактики.

За период с 2009 по 2013 г. на базе отделения острых заболеваний сосудов ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМН Украины» (г. Харьков) было прооперировано 102 больных с декомпенсированными формами ХВН нижних конечностей. Для включения пациентов в исследование были использованы наиболее обобщенные критерии:

- наличие трофических нарушений (ТН) кожи, мягких тканей нижней и средней третей голени, обусловленных посттромбофлебитической болезнью с реканализацией глубоких вен;
- наличие патологического вертикального и/или горизонтального вено-венозного рефлюкса;
- сохраненная пульсация на обеих артериях стопы.

В исследование не включали пациентов с ТН другого генеза: атеросклеротического, ревматологического, эндокринологического, нейротрофического происхождения и с врожденными артерио-венозными мальформациями.

Общим для всех пациентов было наличие ТН мягких тканей голени различной степени выраженности (ХВН С4–С6 классов по СЕАР) и недостаточности перфорантных вен голени, выявленной при обследовании. Всем больным

проведено комбинированное хирургическое лечение, включающее ликвидацию перфорантной недостаточности, различные модификации операции на поверхностных венах для устранения вертикального рефлюкса. В зависимости от метода устранения низкого горизонтального вено-венозного сброса пациенты были разделены на две группы: основную и сравнения. Формирование групп осуществлялось на основе случайной выборки. Основную группу составили 52 (51%) пациента, которым была выполнена субфасциальная диссекция несостоятельных перфорантных вен из мини-доступа. В группу сравнения вошли 50 (49%) пациентов, которым была выполнена эндоскопическая диссекция несостоятельных перфорантных вен. Средний возраст больных составил $55,1 \pm 3,4$ года.

Комплекс обследования пациентов перед оперативным лечением включал данные объективного, лабораторного и инструментальных методов исследования. Всем больным перед операцией, помимо стандартных анализов крови (клинического, биохимического, гемостазиологического), клинического анализа мочи, электрокардиографии, рентгенографии грудной клетки, проводилось исследование венозной системы пораженной конечности. Для этого было использовано ультразвуковое дуплексное сканирование с цветным доплеровским картированием («триплексное ангиосканирование»). Основные задачи ультразвуковой диагностики: определение проходимости вен, получение информации о варианте строения венозного русла нижних конечностей, получение характеристики сосудистой стенки и просвета вены, оценка строения и функции венозных клапанов, регистрация патологических вено-венозных рефлюксов и точная локализация несостоятельных перфорантных вен. В обязательный комплекс входило исследование проксимальных отделов: нижней полой вены, общих, наружных и внутренних подвздошных вен, подвздошно-бедренных сегментов [3, 4].

Диагностический алгоритм обязательно включал оценку изменений кровотока под действием функциональных проб, призванных оценить проходимость исследуемого сегмента (проба дистальной компрессии), функциональную состоятельность клапанного аппарата (пробы Вальсальва, кашлевая, дыхательная, с **натуживанием и проксимальная компрессионная**).

К обязательным зонам исследования функции клапанного аппарата относятся: область сафенофemorального соустья, бедренная вена и глубокая вена бедра в ее верхней трети, подколенная вена, область сафенопоплитального или сафенобедренного соустья, глубокие вены голени. Для объективизации степени клапанных нарушений все перечисленные пробы проводились в горизонтальном и вертикальном положениях пациента [5].

Одним из наиболее важных этапов исследования состояния периферических вен была оценка перфорантных вен и, прежде всего, функции их клапанного аппарата. Обычно это были участки кожи с нарушенной трофикой.

По ходу исследования обнаруженные несостоятельные перфорантные вены маркировались на коже для облегчения их выявления в **последующем** при оперативном вмешательстве (рис. 1, 2).

У 52 пациентов основной группы выполнено одномоментное комбинированное хирургическое лечение, основным этапом которого было субфасциальное устранение перфорантной недостаточности через минихирургический доступ, выполняемый с использованием приспособленных для этого инструментов. Вертикальный рефлюкс по поверхностным венам и **их притокам устранялся** по различным методикам инвагинационного стриппинга, минифлебэктомии, склеротерапии.

Всем 50 пациентам группы сравнения одномоментно была выполнена эндоскопическая диссекция несостоятельных перфорантных вен в сочетании с комбинированной флебэктомией, склеротерапией.

После проведенного оперативного лечения хороший результат оценивался как полное заживление трофических язв и регресс ТН или их исчезновение,

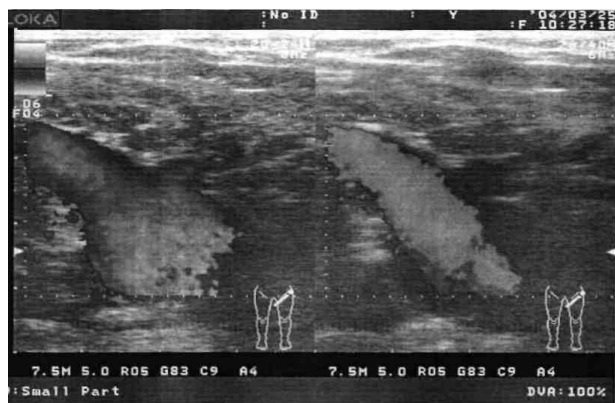


Рис. 1. Недостаточность остиального клапана большой подкожной вены

устранение варикозно измененных вен и **всех симптомов ХВН**. Результат оценивался как удовлетворительный при гемодинамически незначимом рецидиве варикоза, отсутствии прогрессирования ТН. Неудовлетворительный результат имел место при отсутствии положительной динамики или при наличии признаков прогрессирования заболевания. В основной группе удовлетворительные результаты получены в 80,5% случаев, неудовлетворительные — в 19,5%. В группе сравнения удовлетворительные результаты отмечались в **78,0%**, неудовлетворительные — в 22,0% наблюдений.

Ведущими гемодинамическими факторами появления ТН при декомпенсированных формах ХВН нижних конечностей являются поражения подкожной и/или глубокой венозной системы нижних конечностей. Это обуславливает несостоятельность клапанов перфорантных и поверхностных вен, что способствует возникновению венозной гипертензии и прогрессированию трофических расстройств [6, 7].

Хирургическое лечение больных с декомпенсированными формами ХВН должно быть дифференцированным, направленным на коррекцию основного патогенетического звена, которое обуславливает возникновение ТН и/или поддерживает наличие трофической язвы.

Рациональное сочетание различных вариантов устранения вертикального рефлюкса в сочетании с субфасциальной диссекцией несостоятельных перфорантных вен из мини-доступа и **дополнительных манипуляций**, выполняемых одномоментно, позволяет достигнуть оптимальных условий для восстановления трофики пораженных тканей.

Клинический пример. Больная Н., 52 года, поступила с жалобами на наличие длительно незаживающей ТЯ на голени. Выполнены обследование пациентки и оперативное лечение (рис. 3, 4).

Хирургическое лечение язв размерами более 20 см предусматривает проведение одномоментной коррекции нарушений венозной гемодинамики, иссечение патологически измененных тканей и закрытие раневой поверхности с использованием аутодермопластики.

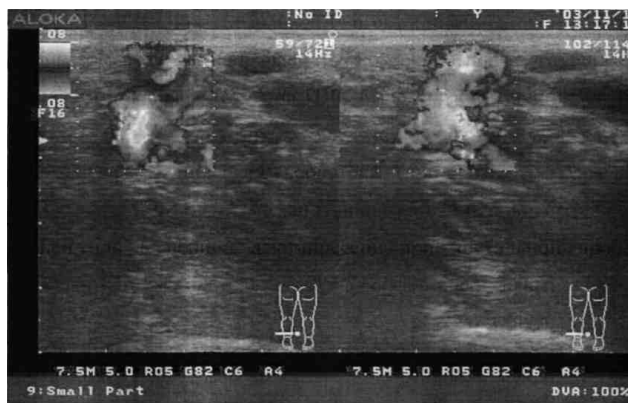


Рис. 2. Несостоятельная перфорантная вена



Рис. 3. Этапы хирургического лечения

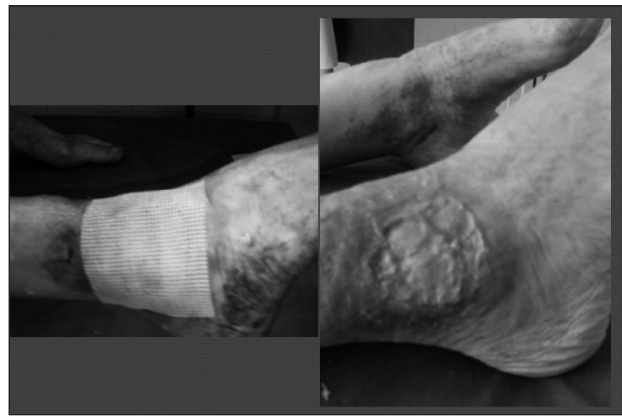


Рис. 4. Состояние голени после оперативного лечения

Таким образом, применение дифференцированной, патогенетически обоснованной хирургической тактики при декомпенсированных формах ХВН нижних конечностей позволило повысить эффективность лечения, достигнуть хороших и удовлетворительных результатов в 80,5% случаев.

Субфасциальная диссекция несостоятельных перфорантных вен из мини-доступа не уступает

по эффективности методу эндоскопической диссекции, отличается лучшим визуальным контролем манипуляций, отсутствием значимых осложнений во время и после операции, простотой использования, сохраняющейся возможностью повторного выполнения, что делает ее методом выбора при хирургической коррекции патологического горизонтального рефлюкса.

Список литературы

1. Покровский А. В. Классификация СЕАР и ее значимость для отечественной флебологии / А. В. Покровский, С. В. Сапелкин // *Ангиология и сосудистая хирургия.*— 2005.— С. 210–212.
2. Subfascial endoscopic perforator vein surgery combined with saphenous vein ablation: results and critical analysis / С. Bianchi, J. L. Ballard, А. М. Abou-Zamzam, Т. Н. Teruya // *J. Vase. Surg.*— 2003.— Vol. 38.— P. 67–71.
3. Min R.J. Duplex ultrasound evaluation of lower extremity venous insufficiency / R. J. Min, N. M. Khilnani, P. Golia // *J. Vase. Interv. Radiol.*— 2003.— Vol. 14, № 10.— P. 1233–1241.
4. Роль и место субфасциальной эндоскопической хирургии перфорантных вен в лечении хронической венозной недостаточности нижних конечностей / Ю. М. Стойко, Е. В. Шайдаков, О. И. Царев, Е. К. Гаврилов // *Амбулаторная хирургия.*— 2003.— № 1 (9).— С. 20–22.
5. Caggiati A. The Discovery of Perforating veins / A. Caggiati, E. Mendoza // *An. Vase. Surg.*— 2004.— Vol. 18, № 4.— P. 502–504.
6. Системная терапия венозных трофических язв / В. С. Савельев, В. А. Покровский, А. И. Кириенко [и др.] // *Ангиология и сосудистая хирургия.*— 2002.— № 4.— С.
7. Burnard K. Microcirculation in chronic venous insufficiency / K. Burnard, S. Abisi // *Venous ulcers; ed. by J. J. Bergan, С. К. Shortell.* — Academic Press, 2007.— P. 15–25.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК ПРИ ХРОНІЧНІЙ ВЕНОЗНІЙ НЕДОСТАТНОСТІ: ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПІДХІД

В. В. БОЙКО, І. Б. БАБИНКІНА

Проаналізовано результати лікування 102 хворих із декомпенсованими формами хронічної венозної недостатності, яким було виконано субфасціальну дисекцію перфорантних вен із міні-доступу (52 пацієнта), ендоскопічну дисекцію перфорантних вен (50 пацієнтів). У більшості пацієнтів відзначено гемодинамічно незначущий рецидив варикозу, відсутність прогресування трофічних порушень.

Ключові слова: хронічна венозна недостатність, трофічні виразки, індивідуальний підхід.

**SURGICAL TREATMENT OF TROPHIC ULCERS AT CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY:
INDIVIDUAL APPROACH**

V. V. BOYKO, I. B. BABYNKINA

The results of treatment of 102 patients with decompensated forms of chronic venous insufficiency, who were performed subfascial dissection of perforated veins from mini-approach (52 patients), endoscopic dissection of perforated veins (50 patients) were analyzed. The majority had hemodynamically insignificant relapse of varicose veins. Trophic disorders did not progress.

Key words: chronic venous insufficiency, trophic ulcer, individual approach.

Поступила 07.07.2014