

УДК 616

© Колектив авторів, 2011.

НАДФАСЦІАЛЬНА ПЕРФОРАНТОМІЯ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ТРОФІЧНИМИ ВИРАЗКАМИ НИЖНІХ КІНЦІВОК ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗУ

М.В. Сироїд, Р.В. Гурський, І.М. Войтановський, В.А. Титюк, В.І. Сливка

Військово – медичний клінічний центр Західного регіону, м. Львів.

EPIFASCIAL PERFORANTOTOMY IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH TROPHIC ULCERS OF LOWER EXTREMITIES OF VENOUS GENESIS

M. V. Syroid, R.V. Gursky, I.M. Voitanovsky, V.A. Tytyuk, V.I. Slyvka

SUMMARY

The article presented the experience of operative treatment of 3891 patients with various forms and degrees of chronic venous insufficiency (CVI) for the period from 1993 to 2010.

НАДФАСЦІАЛЬНА ПЕРФОРАНТОМІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕННІ БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗА

М. В. Сыроид, Р.В. Гурський, И.М. Войтановский, В.А. Титюк, В.И. Сливка

РЕЗЮМЕ

Представлен опыт оперативного лечения 3681 больных с различными формами и степенями ХВН за период с 1993 по 2010 годы.

Ключові слова: трофічні виразки, хронічна венозна недостатність, надфасціальна перфорантомія.

Актуальність проблеми заключається в тому, що:

- трофічні виразки (ТВ) венозної етіології зустрічаються від 0,1% до 5% дорослого населення індустріально розвинутих країн і становлять більшу половину від усіх виразок нижніх кінцівок іншого генезу [1,8];

- з віком понад 65 років частота ТВ помітно зростає і становить до 6% [2,11];

- наявність ТВ приводить до підвищення сенсibiliзації та алергізації, фізичних та психічних страждань [9];

- ТВ є основною причиною інвалідності та довготривалих втрат працездатності у хворих з венозною патологією [9];

- лікування хворих з ТВ потребує тривалого часу та значних економічних затрат [2,8,11];

- на сьогоднішній день немає чітко розробленої тактики і методів лікування ТВ на фоні хронічної венозної недостатності (ХВН) нижніх кінцівок [3-7,10,12].

Основним патогенетичним механізмом, який приводить до розвитку трофічних виразок нижніх кінцівок на фоні варикозного розширення підшкірних вен (ВРПВ) чи посттромботичної хвороби (ПТХ), являється флебогіпертензія. Пусковим моментом для настання флебогіпертензії є недостатність клапанів підшкірних чи перфорантних вен, що приводить до виникнення вертикального та горизонтального реф-

люксів крові. На думку Богачева В. Ю. та Золотухіна І. А. "... не венозна гіпертензія, як така, не сам гідростатичний чи гідродинамічний тиск, а зумовлений ними порушений кровоплин відіграє основну роль у розвитку ХВН" [11]. Ліквідація порушень діяльності м'язево - венозної помпи гомілки досягається перед усім ліквідацією рефлюксу по неспроможних перфорантних венах.

Якщо питання ліквідації вертикального рефлюксу у великій чи малій підшкірних венах тим чи іншим методом є вирішеними і ні в кого із хірургів не викликає сумнівів, то питання необхідності ліквідації горизонтального рефлюксу та способи його виконання залишаються спірними, особливо при наявності ТВ в зоні оперативного втручання. Так Mendes R. e t al. , Сергеев О. вважають, що достатньо ліквідувати тільки вертикальний рефлюкс і не проводити перев'язку перфорантних вен. Значна більшість авторів рахують обов'язковим проведення операцій по ліквідації горизонтального рефлюксу, як одного із складових механізмів розвитку ТВ, і для цього пропонуються багаточисленні методики техніки виконання цих оперативних втручань.

Ми у своїй практичній діяльності керуємося думкою більшості авторів і на протязі більше ніж 19 років у хворих з ТВ нижніх кінцівок венозного генезу обов'язково проводимо ліквідацію горизонтального реф-

люксу крові в зоні трофічних змін по розробленій нами методиці шляхом дистанційної надфасціальної перфорантотомії без перев'язки чи ушивання недостатніх перфорантів [7].

Мета роботи – провести ретроспективний аналіз розробленої нами тактики лікування хворих з трофічними виразками нижніх кінцівок венозного генезу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

За період з 1993 по 2010р. у відділенні прооперовано 3891 хворих з різними формами та ступенями ХВН. З них 339 (8,7%) мали незагоєні трофічні виразки, що відповідає С6s класифікації СЕАР. Пацієнти із загоєними (С5) виразками в групу аналізу не включались. Вік хворих був від 18 до 83 років, жінок було 205 (60,5%), а чоловіків – 134 (39,5%). Тривалість виразкового анамнезу до оперативного втручання становила від 1-го місяця до 21-го року. В 279 (82,2%) випадках причиною ХВН було варикозне розширення підшкірних вен, а в 60 (17,8%) – посттромботична хвороба (ПТХ). Значно більш тривалий анамнез трофічних виразок був у хворих з ПТХ. Варикозне розширення вен на одній кінцівці було у 151, а на обох у 128 хворих, при посттромботичній хворобі відповідно у 48 і 12. Рецидив варикозної хвороби був у 17 (5,1%), при цьому 5 хворих були оперовані раніше уже двічі, а 2 – тричі в інших лікувальних закладах. Всім хворим проводились загальноклінічні обстеження за 5 - 10 днів до поступлення в стаціонар і ультразвукове ангіосканування підшкірних та глибоких вен. При необхідності, в амбулаторних умовах проводилась короткотривала (з моменту звернення пацієнта до планової госпіталізації) передопераційна санація виразок. В обов'язковому порядку відміняли мазеві пов'язки і переходили на вологовисихаючі пов'язки, які змочували розчином хлоргексидину біглюконату 2-3 рази на день. Не ставили за ціль досягти загоєння виразки до операції. В день поступлення у стаціонар усім пацієнтам виконували класичну венектомію в басейні великої і малої, чи тільки в басейні окремо ураженої вени (враховуючи клінічну картину та дані УЗДС) з видаленням окремих варикозно розширених гілок за методикою Мюллера із мініпроколів. Перед завершенням оперативного втручання виконували надфасціальну перфорантотомію під виразкою з обов'язково повним відшаруванням її від підлеглих тканин. За впровадженою і раніше описаною нами [7] методикою прооперовані всі 339 хворих з трофічними виразками. У 3-х пацієнтів даної групи із рецидивом, в котрих були видалені основні стовбури вен під час попереднього втручання, не було необхідності в проведенні класичної флектомії і їм виконана лише перфорантотомія та видалення варикозно розширених гілок із мініпроколів.

На основі отриманих результатів проаналізована ефективність розробленої тактики лікування пацієнтів з ТВ венозного генезу.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У 336 (99,1%) хворих виразки загоїлись в трьохмісячний термін і за час спостереження рецидив мав місце через 8 місяців тільки у 1 (0,29%) хворої, що було пов'язано з технічною помилкою в проведенні перфорантотомії при першому оперативному втручанні. Лише у двох (0,6 %) хворих отримані незадовільні результати. В першому випадку у 53-річної жінки з 17-річним “стажем” виразки, яка тричі за цей період була оперована в інших лікувальних закладах, при цитологічному дослідженні виявлена малігнізація виразки. Хвора переведена в онкоцентр, де їй виконана ампутація кінцівки. В другому випадку не вдалося досягнути загоєння ТВ у хворого з ПТХ, що ми пов'язуємо з невиконанням пацієнтом рекомендацій в післяопераційному періоді.

Гематоми в зоні перфорантотомії відмічені у 27 (7,9%) хворого, вони дреновані під час першої перев'язки.

Обмежені некрози м'яких тканин в ділянці виразки були у 8 (2,4%), що потребувало санаційної некретомії та аутодермопластики. Ці ускладнення не мали суттєвого впливу на післяопераційний перебіг.

Найчастіше хворі відмічали гіпостезії та парестезії в місцях проведення перфорантотомії, особливо у групі хворих з ліподерматосклерозом, але вони не потребували спеціального лікування і проходили самостійно через 3 – 8 місяців після операції.

Середній ліжкодень перебування всіх хворих у стаціонарі становив 5,4 і був помітно більшим у пацієнтів з ПТХ – 9,3.

ВИСНОВКИ

Лікування хворих з трофічними виразками на ґрунті ХВН з використанням методики надфасціальної перфорантотомії

- не потребує особливої та довготривалої передопераційної підготовки хворих і тривалого перебування у стаціонарі
- може виконуватись у пацієнтів з обширними трофічними виразками
- не вимагає використання дороготратної апаратури та спеціальної підготовки хірургічного персоналу у володінні цією апаратурою
- є високоефективним, малотравматичним та косметичним методом ліквідації венозної гіпертензії і дає можливість досягнути хороших віддалених результатів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Беленцов С.М. Миниинвазивная хирургия варикозной болезни нижних конечностей. Ангиология и сосудистая хирургия; 2009; 15: 1: 85-90.
2. Васютков В.Я., Проценко Н. В. Трофические язвы стопы и голени. М.: Медицина. 1993; 160.
3. Гудз І.М., Оринчак В.А. Паратібіальна фасціотомія та закриті роз'єднання перфорантних вен у лікуванні хворих із посттромботичним синдромом

нижніх кінцівок. Серце і судини; 2006; 4: 128-129.

4. Льодяна І.М., Зюзько С.Н. Хірургічне лікування венозних трофічних виразок. Серце і судини; 2006; 4: 248-251.

6. Сергеев О.О., Люлько І.В., Кутовий О.Б. та ін. Роль неспроможних перфорантних вен при варикозній хворобі (новий погляд на стару проблему) Практична медицина. 2008; 14: 5: 225-227.

7. Сироїд М.В., Войтановський І.М., Гурський Р.В. Надфасціальна перфорантотомія в комплексному хірургічному лікуванні варикозної хвороби нижніх кінцівок. Серце і судини. 2006; 4: 448-453.

8. Трофічні виразки при захворюваннях вен нижніх кінцівок. Патогенез, діагностика і лікування

(методичні рекомендації). Київ: 2001; 16.

9. Український Консенсус з лікування пацієнтів з варикозною хворобою нижніх кінцівок. Київ: 2005; 20.

10. Филимонов М. И., Мацюшенко А. А., Васильев В. Е. Субфасциальная диссекция перфорантных вен голени из «мини» - доступа. Флебологический журнал. 1997; 4. 1-4.

11. Флебология: Руководство для врачей под ред. Савельева В.С. М.: Медицина. 2001; 664.

12. Mendes R. R., Marston W.A., Farber M.A. et al. Treatment of superficial and perforator venous incompetence without deep venous insufficiency: Is routine perforator ligation necessary. J. Vasc. Surg. 2003; 38: 5: 891-895.