

ЛІТЕРАТУРА

1. Ахметели Т.И., Хомерики Г.В., Дзnelадзе Л.Т. Лечение перитонита // Острые хирургические заболевания органов брюшной полости. – Тбилиси, 1989. – С. 178.
2. Бисенко Л.Н., Зубарев П.Н. Неотложная хирургия груди и живота. – Спб.: Гиппократ, 2002. – 510 с.
3. Воронов Н.В., Стаценко Н.И. Лапаростомия при послеоперационном перитоните // Харьковская хирургическая школа. – 2005. -№ 1.1. – С. 18-20.
4. Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдовенко А.П. Перитонит. – М., 2002. – 240 с.
5. Ерюхин И.А. Инфекция в хирургии. Старая проблема накануне нового тысячелетия (Часть 1) // Вестник хирургии. – 1998. – № 1. – С. 85-91.
6. Жебровский В.В. Осложнения в хирургии живота. – М.: Медицина, 2006. – 445 с.
7. Иванов В.С. Лечение разлитого перитонита: Методические разработки для студентов старших курсов медвузов. – Курск, 1999. – 30 с.
8. Попов В. А. Перитонит. Медицина, Ленингр. отд-ние. - 1985.-232 с.
9. Радзиховский А.П., Бобров О.Е. Найштетик В.Я. Очерки хирургии перитонита. – К.: Феникс, 2000. – 156с.
10. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Абдоминальный сепсис: современная концепция и вопросы классификации // Анналы хирургии. – 1999. – №6.- С.14-18.
11. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. – М.: Триада – X, 2004. – 640с.
12. Савчук Б.Д. Гнойный перитонит. – М.: Медицина, 1979. – 192 с.
13. Струков А.И., Петров В.И., Пауков В.С. Острый разлитой перитонит. – М.: Медицина, 1987. – 288 с.
14. Тоскин К.Д., Жебровский В.В., Хайкин Я.Б. Патогенез, клиника и лечение острого перитонита / В кн.: Актуальные вопр. теорет. и практ. медицины: Сб. статей. – Симферополь, 1991. – С. 320-332.
15. Федоров В.Д. Лечение перитонита. – М.: Медицина, 1974. – 302 с.
16. Шалимов А.А., Шапошников В.И., Пинчук М.П. Острый перитонит. – К.: Наукова думка, 1981. – 286 с.
17. Щуркалин Б.К. Гнойный перитонит. – М.: Два Мира Прин, 2000. – 222 с.

SUMMARY**ABDOMINAL USING WATER – SOLUBLE UNGUENT COMPOSITION AT PERITONITIS IN EXPERIMENT
Voronkov D. G.**

Unsatisfactory results surgical treatment sick with peritonitis, force the specialist to search for the new approaches to decision of the specified problem. Constantly goes searching for new solution for sanitations of the abdominal cavity. In base of the offers, the using that or other solution for sanitations of the abdominal cavity, originally not intended for introduction to abdominal cavity, lies the belief in that that "abdominal cavity under poured festering peritonitis – big concourse fester ("all-out abscess of" abdominal cavity)", which necessary to cure on all law of festering surgery. Repulsing from this we in experiment have used the soluble water-soluble unguent at peritonitis, herewith manage to reduce летальность laboratory animal with 60% before 10%.

Key words: peritonitis, treatment of the peritonitis, water-soluble unguent

УДК 616.14 – 008.64 – 036.1] – 089.168

БЕЗПОСЕРЕДНІ ТА ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ВЕНОЗНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ЗАЛЕЖНО ВІД ХІРУРГІЧНОГО СПОСОБУ ВТРУЧАННЯ

Горленко Ф.В.

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб, м. Ужгород

РЕЗЮМЕ: в даній роботі представлений порівняльний аналіз ефективності комплексного хірургічного лікування хронічної венозної недостатності з застосуванням ендоскопічного метода та склеротерапії із класичною венектомією та субфасціальною перев'язкою перфорантних вен з доступу по Фельдеру.

Ключові слова: хронічна венозна недостатність, склеротерапія, ендоскопічна дисекція перфорантних вен

Вступ. Хронічна венозна недостатність (ХВН) – синдром, який виникає при порушеннях венозного відтоку з нижніх кінцівок [5]. В більшості випадків основними його причинами є варикозна хвороба (90%) і післятромбофлебітичний синдром (10%). Такі ускладнення ХВН, як трофічні виразки, приводять багатьох хворих до інвалідизації. При удаваній простоті діагностики та лікування результативним є вибір правильної тактики з урахуванням анатомії та фізіології венозної системи. Основними цілями лікування ХВН слід вважати регрес її симптомів, профілактику рецидивів за-

хворювання вен, збереження та відновлення працездатності і покращення якості життя пацієнтів [3, 4].

Мета дослідження. Для покращення результатів лікування ХВН з трофічними розладами визначити види і частоту післяопераційних ускладнень в залежності від способу хірургічного лікування.

Матеріали та методи. Для визначення ефективності комплексного хірургічного лікування з застосуванням ендоскопічного метода і склеротерапії ми порівняли перебіг післяопераційного періоду і темпи регресу трофічних розладів у 2-х групах

хворих. Першу групу склали 56 пацієнтів, у яких традиційні хірургічні методи поєднувались з ендоскопічним втручанням і флебосклерозуючим лікуванням. У другу групу ввійшли 110 хворих із декомпенсованою варикозною хворобою нижніх кінцівок, яким виконувалось оперативне втручання, що включає радикальну венектомію і субтотальну субфасціальну перев'язку перфорантних вен з доступу по Фельдеру.

Серед критеріїв, що дозволили порівняти протікання найближчого післяопераційного періоду у пацієнтів із варикозною хворобою найбільш достовірними є:

- частота післяопераційних ускладнень;
- післяопераційний ліжко-день.

Результати досліджень та їх обговорення. Частота розвитку післяопераційних ускладнень у двох групах хворих представлена в табл. 1.

В групі пацієнтів, що перенесли радикальну венектомію і субтотальну субфасціальну перев'язку перфорантних вен з доступу по Фельдеру післяопераційні ускладнення розвинулись в 13 (23,2%) випадках (табл. 1). У трьох (5,4%) пацієнтів спостерігалась лімфорія. У двох хворих це ускладнення розвинулось після видалення мікродренажа із субфасціального простору, який встановлюється через контрапертуру в медіальній підкісточковій ділянці. Витікання лімфи проходило через контрапертуру. У 1 хворого лімфорія розвинулась із рани в паховій області (після перев'язки великої підшкірної вени у гирла).

Таблиця 1

Види і частота розвитку післяопераційних ускладнень

Вид ускладнення	Кількість хворих	
	1 група (56 хворих)	2 група (110 хворих)
Лімфорія	1 (1,4%)	3 (5,4%)
Краєві некрози п/о ран	0	7 (12,5%)
Нагноєння п/о ран	0	3 (5,4%)
Субфасціальна Гематома	2 (2,7%)	0
Всього	3 (4,1%)	13 (23,2%)

Гнійно-некротичні ускладнення з боку операційного доступу по Фельдеру зустрічались у десяти (17,9 %) пацієнтів. У семи (12,5%) випадках спостерігався краєвий некроз шкіри і підшкірної клітковини, у трьох (5,4%) пацієнтів розвинулось нагноєння рани.

В 1-й групі хворих післяопераційний період протікав з ускладненням у трьох (4,1%) пацієнтів. В одному випадку була виконана перев'язка перфорантних вен позаду медіальної кісточки із розрізу в цій зоні. На 6 день після операції розвинулась лімфорія, яка була усунута впродовж 10 днів амбулаторно.

У двох (2,7 %) пацієнтів на третій день після операції була діагностована гематома в субфасціальному просторі. Гематоми евакуювались через розріз для ендоскопічної дисекції перфорантних вен. Через 2-3 дні порожнина гематоми облітерувалась і хворі були виписані на 8 день післяопераційного періоду.

Тривалість перебування в стаціонарі після операції у пацієнтів 1-ої групи коливалась від 5 до 9 днів і в середньому склала $7,65 \pm 0,67$ днів. В 2-ій групі післяопераційний ліжко-день коливався від 9 до 24 днів (в середньому $13,6 \pm 0,69$).

В першій групі у всіх хворих відмічали відсутність виражених больових відчуттів після операції, що дозволило їм починати активну ходьбу вже на наступний день. Більшість пацієнтів (50) виписа-

лись відразу після зняття шкірних швів (7-8 день) або на наступний день. На 5-6 день після операції було виписано 11 пацієнтів. Зняття швів їм було виконано амбулаторно.

В другій групі перебування пацієнтів у стаціонарі майже впродовж 2-х тижнів при не ускладненому протіканні післяопераційного періоду обумовлювалось двома причинами. По-перше, шкірні шви з розрізу по Фельдеру знімаються на 11-13 день, оскільки при порушеній трофіці тканин потрібно більше часу для формування рубця. По-друге, лише в цей термін значно знижуються виражені больові відчуття в зоні фельдеровського доступу, які викликаються травматизацією ахіллового сухожилля під час втручання і втягненням його в рубець, що формується. Виражені болі в п'яточній ділянці і гомілиці спостерігались у всіх хворих і обтяжували їх ранню активізацію.

При розвитку крайових некрозів, а тим більше, нагноєння ран після "відкритої" субфасціальної перев'язки перфорантних вен вимагало проведення додаткових консервативних заходів і післяопераційний ліжко-день зростав до 17-24 днів.

Таким чином, у 1-й групі пацієнтів післяопераційні ускладнення зустрічались в шість разів рідше ніж в другій, а післяопераційний ліжко-день, що є показником швидкої медичної реабілітації хворих, був в 1,8 разу менше.

Практично всі ускладнення (12 із 13) в 2-й групі пацієнтів були пов'язані з виконанням їм субтотальної субфасціальної перев'язки перфорантних вен гомілки по Фельдеру. Тривалість перебування хворих у стаціонарі після операції також визначалась особливостями загоювання рани після цього втручання, його травматичністю як при не ускладненому протіканні післяопераційного періоду, так і при розвитку ускладнень. У пацієнтів 1-ї групи субфасціальна дисекція перфорантних вен виконувалась ендоскопічно, що дозволило уникнути післяопераційних ускладнень у більшості пацієнтів і майже в два рази скоротити строки їх медичної реабілітації після хірургічного лікування. Отримані результати дозволяють вважати ендоскопічну субфасціальну дисекцію перфорантних вен гомілки при варикозній хворобі з важкими трофічними ускладненнями методом вибору в ліквідації низького вено-венозного скиду [1, 3].

Ми вважаємо, що відмова від виконання венектомії в зоні трофічних розладів у пацієнтів 1-ї групи також сприятливо вплинула на протікання найближчого післяопераційного періоду в силу зниження травматичності хірургічного втручання і зв'язаних з цим умов для розвитку ускладнень.

Для визначення взаємозв'язку об'єму венектомії і швидкості ліквідації трофічних розладів ми провели порівняння ступеня їх регресу до часу виконання другого етапу оперативного лікування у 35 пацієнтів 1-ої групи (5-6 місяців після першого етапу) і у 32 пацієнтів 2-ої групи, яким проводилась операція на контрлатеральній кінцівці в такі ж терміни. Повне зникнення трофічних розладів спостерігалось у двох (5,7%) пацієнтів 1-ої групи і двох (6,25%) 2-ої групи. У всіх цих хворих на початку була тільки гіперпігментація шкіри в нижній третині гомілки по медіальній поверхні без індурації підшкірної клітковини. У 33 (94,3%) хворих 1-ої і у 30 (93,7%) 2-ої груп площа трофічних виразок значно зменшилась.

Трофічні виразки загоїлись у чотирьох з п'яти пацієнтів 2-ої групи. В 1-ій групі загоювання трофічних виразок до часу другої операції досягнуто у двох з трьох пацієнтів. У однієї пацієнтки 1-ої групи трофічна виразка була впродовж 15 років до першої операції і займала всю середню і нижню третину гомілки на медіальній і передній поверхні і нижню третину латеральної поверхні. Після попереднього консервативного лікування хворій було виконано ендоскопічну субфасціальну дисекцію перфорантних вен гомілки. До моменту другого етапу оперативного лікування зберігався гранулюючий дефект розмірами 4 x 4 см по передньо-медіальній поверхні гомілки в зоні грубого рубця, що утворився в результаті загоєння великої виразки.

Відсутність позитивних змін або негативної

динаміки в обох групах ні в одному випадку помічена не була.

Таким чином, венектомія в повному об'ємі, виконана у хворих з варикозною хворобою та важкими трофічними розладами, не сприяє суттєвому прискоренню їх регреса. Тому об'єм венектомії повинен бути мінімально необхідним і визначатись у кожного індивідуально. Для зменшення тривалості операції, її травматичності і частоти післяопераційних ускладнень потрібно у всіх випадках відмовлятися від видалення варикозно розширених вен у зоні трофічних розладів, оскільки хірургічні маніпуляції в змінених тканинах підвищують ймовірність розвитку післяопераційних ускладнень. Крім цього, підшкірні гематоми після видалення варикозних вен погано розсмоктовуються і, ймовірно, пролонгують регрес трофічних змін.

Альтернативою видалення підшкірних вен є їх облітерація з допомогою флебосклерозуючих препаратів, що було застосовано нами 51 пацієнту на першому етапі. Ми виконали інтраопераційну стовбурову склеротерапію великої підшкірної вени в нижній і середній третині гомілки (тобто в зоні трофічних розладів).

Таким чином, стовбурова катетерна склеротерапія, володіючи меншою травматичністю, в порівнянні з видаленням вени з допомогою зонда, дозволяє скоротити об'єм і тривалість післяопераційного лікування.

Найбільш частіші і значні ускладнення, які зустрічаються при флебосклеротерапії, є алергічні реакції, тромбози і тромбофлебіти глибоких і поверхневих вен, а також гіперпігментація шкіри над склерозованими венами [2]. Алергічних і тромботичних ускладнень ми не зустрічали і вважаємо це результатом чіткого дотримання основних принципів склеротерапії: введення низьких доз склеропрепарату за один сеанс (або інтраопераційно), попередня ліквідація шляхів попадання препарату в глибокі вени (дисекція перфорантних вен і перев'язка дистального і проксимального кінців склерозуючої ділянки стовбура великої підшкірної вени) і максимально швидка компресія вен, в які введений препарат. Свідчення про частоту розвитку гіперпігментації отримати було неможливо, оскільки склеротерапія виконувалась у зоні початково існуючих трофічних змін.

Результати комплексного хірургічного лікування у хворих 1-ої групи простежені через 1 (37 пацієнтів), 2 (30 пацієнтів) і 3 роки (14 пацієнтів) після операції. У 2-ій групі віддалені результати вивчені у 38 хворих через 3 роки після виконання радикальної венектомії і лігування перфорантних вен з доступу по Фельдеру. Данні про регрес трофічних розладів у віддаленому періоді представлені в табл. 2.

Віддалені результати оперативного лікування

	Кількість хворих і терміни після операції			
	1-а група			2-а група
	1 рік (37 х-х)	2 роки (30 х-х)	3 роки (14 х-х)	3 роки (38 х-х)
Повне зникнення трофічних розладів	7 (18,9%)	25 (83,3%)	13 (92,9%)	32 (84,2%)
Регрес трофічних розладів	30 (81,1%)	5 (16,7%)	1 (7,1%)	6 (15,8%)

Із таблиці 2 видно, що впродовж 3 років після операції ліквідовані трофічні розлади у переважній більшості хворих 1-ї (92,9%) і 2-ї (84,2%) груп. До цього строку у 15,8% пацієнтів 2-ї групи зберегались ділянки гіперпигментації шкіри по ходу рубця після операції із доступу по Фельдеру в нижній третині гомілки і позаду медіальної кісточки. В 1-ій групі шість пацієнтів після першого етапу оперативного лікування від курсу пункційної склеротерапії і другої операції відмовились, хоча і відвідували контрольні огляди. З них п'ять оглянуті через два, один пацієнт – через три роки після операції, у всіх значно зменшилась індурація підшкірної клітковини і гіперпигментація шкіри.

Слід відзначити, що в основній групі з 14 оглянутих через 3 роки одному пацієнту хірургічне лікування було проведено не повністю. Саме тому у цього хворого трофічні розлади збереглися, хоча і регресували. Можна прогнозувати, що своєчасне проведення всього комплексу хірургічного лікування дозволить досягти повного зникнення трофічних розладів у 100% хворих у термін до 3-х років.

На рис. 1 показано стан нижньої кінцівки до операції і через 1,5 року після хірургічного лікування з застосуванням ендоскопічного метода і склеротерапії.



Рис. 1. Нижні кінцівки хворого К. через 4 роки після операції з приводу ХВН III ст. Виконана класична венектомія на обох нижніх кінцівках та SEPS зліва. Циркулярна трофічна виразка лівої гомілки загоїлась

Ми вважаємо, що кращі віддалені результати в 1-й групі пацієнтів обумовлені мінімізацією операційної травми за рахунок відмови від виконання венектомії в зоні трофічних розладів і, насамперед, відкритої субфасціальної перев'язки перфорантних вен. Остання потребує розрізання шкіри і підшкірної клітковини на великій довжині і відшарування масивних шкірно-фасціальних шматків, що само по собі порушує трофіку тканин і пролонгує

регрес трофічних змін. Застосування ендоскопічної дисекції перфорантних вен і флєбосклерозуючої терапії, таким чином, дозволяє суттєво прискорити медико-соціальну реабілітацію хворих.

Висновки. У хворих на ХВН в стадії декомпенсації найкращим способом лікування є стовбурова венектомія з склеротерапією на гомілці при попередньому ендовідеохірургічному кліпуванні перфорантів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алексеев К.И., Старков Ю.Г., Шишин К.В. Субфасциальная эндоскопическая диссекция перфорантных вен голени в лечении хронической венозной недостаточности // Хирургия. Журнал имени Н.И.Пирогова. — 2006. — № 9. — С. 71-75.
2. Кунгурцев В.В., Чиж В.Р., Гольдина И.М. Склерохирургия в комплексном лечении варикозной болезни нижних конечностей // Флебологическая. — 2000. — №11. — С.14-17.
3. Русин В.І., Корсак В.В., Левчак Ю.А., Русин В.В., Горленко Ф.В. Субфасціальна ендоскопічна диссекція перфорантних вен гомілки та склерооблітерація у лікуванні ускладнених форм варикозної хвороби нижніх кінцівок // Український бальнеологічний журнал. — 2007. — № 2, 3. — С. 117 – 121.
4. Савельев В.С., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Венозные трофические язвы. Мифы и реальность // Флебологическая. — 2000. — №11. — С.5-10.
5. Савельев В.С. Флебология. — М.: Медицина, 2001. — 409 с.

SUMMARY

DIRECT AND REMOTE RESULTS OF TREATMENT OF CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY ARE DEPENDING FROM THE SURGICAL METHOD

Horlenko F.

In this work is presented the comparative analysis of efficiency of surgical holiatry of chronic venous insufficiency with the use of subfascial endoscopic method and sclerotherapies with a classic venectomy and subfascial dissection of perforant veins.

Key words: chronic venous insufficiency, endoscopic perforant vein dissection, sclerotherapy

УДК: 616 – 005 – 089: 612: 013

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ ІЗ ВЕНОЗНИМИ ТРОМБОЗАМИ ЗАЛЕЖНО ВІД ПРОВЕДЕНОГО ЛІКУВАННЯ

Левчак Ю.А., Болдіжар П.О.

Ужгородський національний університет, кафедра хірургічних хвороб, м. Ужгород

РЕЗЮМЕ: у роботі проаналізована якість життя у 68 пацієнтів із глибокими венозними тромбозами залежно від проведеного лікування. Пацієнти розподілені на чотири клінічні групи: I-а – 14 (20,6%) пацієнтів, яким виконали відкриті тромбектомії із НПВ з апаратною каваплікацією; II-а – 21 (30,8 %) хворий, яким виконали тромбектомію у поєднанні з лігуванням вени; III-я – 15 (22,1 %) пацієнтів, яким тромбектомія доповнена формуванням АВН; IV-а – 18 (26,5 %) хворих, яким проведений системний або регіональний тромболізис. Якість життя оцінювали за допомогою опитувальника SF-36. Вивченням якості життя у пацієнтів із венозними тромбозами доведено перевагу хірургічних методів лікування у порівнянні з консервативними методами.

Ключові слова: венозні тромбози, якість життя, SF-36, тромбектомії, тромболізис

Вступ. Незаперечним є той факт, що хвороба впливає не тільки на фізичний стан індивідуума, але й призводить до суттєвих зрушень у психо-емоційній сфері. Тому ще у 1947 році в уставі Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) зазначено, що здоров'я – це стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб та фізичних вад. У 1957 році робоча група ВООЗ визначила здоров'я як стан або якість людського організму, що забезпечує його адекватне функціонування в даних умовах (біологічних або зовнішнього середовища). Відповідно метою лікування є відновлення і збереження

здоров'я пацієнта не тільки у фізичному, але й у психо-соціальному аспектах. Саме цій меті повинні відповідати всі види лікувальної діяльності [4].

Оцінку ступеня важкості хронічних захворювань вен традиційно проводять за клінічною картиною, а оцінюючи ефективність лікування здебільшого беруть до уваги показники фізичного стану пацієнта: наявність болю, набряку, трофічних зрушень тощо. Попри суттєвість біомедичних критеріїв, останні не дають змогу визначити соціомедичний статус пацієнта до лікування та після його завершення. Для оцінки взаємозв'язку між проявами хвороби та можливістю задовольнити соціа-