

УДК 616.5-002.44-02:616.147.3]-08

В.І. РУСИН, В.В. КОРСАК, Я.М. ПОПОВИЧ, Г.М. ДІККЕР, Б.А. МИТРОВКА

*Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб, Ужгород***РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВЕНОЗНИХ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК**

Прооперовано 107 хворих з хронічною венозною недостатністю (С6) в стадії декомпенсації. Виявлено зменшення кількості хворих із С<sub>6</sub> класом венозної патології після завершення амбулаторного лікування в 3 рази, після радикальної венектомії через 3 місяці – у 6 разів, і практичну відсутність хворих із С<sub>6</sub> класом через рік спостереження.

**Ключові слова:** трофічна виразка, мініінвазивна хірургія, автодермопластика, результати лікування.

**Вступ.** Лікування венозних трофічних виразок нижніх кінцівок є однією з актуальних і складних проблем сучасної медицини. Медична і соціальна значущість проблеми пов'язана з широким поширенням цієї патології, захворюванням осіб працездатного віку, високим рівнем інвалідизації, тривалим терміном лікування, схильністю до рецидивів трофічних виразок і значними економічними витратами [1, 4, 7].

Економічний аспект проблеми надзвичайно істотний, наприклад, у США при лікуванні трофічних виразок протягом 3 місяців медичні витрати складають 1200 доларів США [2].

Основна причина розвитку трофічних виразок полягає у формуванні стійкого патологічного "вертикального" рефлюксу в глибокій і поверхневій венозній системі, а також у наявності "горизонтального" рефлюксу на рівні комунікантних і перфорантних вен, що розташовані в ділянці нижньої третини гомілки, особливо на її присередній поверхні [3, 6, 8]. Особливості перебігу деструктивного процесу, що виникає внаслідок виражених порушень мікроциркуляції і тканинного обміну, вимагають особливого індивідуального і диференційованого підходу до вибору засобів місцевої терапії трофічних виразок. Низька ефективність існуючих засобів місцевого лікування трофічних виразок вимагає проведення тривалої терапії, яка часто не призводить до загоєння трофічного дефекту, що відтерміновує виконання оперативного втручання, спрямованого на корекцію патологічно зміненої венозної гемодинаміки [4, 5].

**Мета дослідження.** Оцінити безпосередні та віддалені результати комплексного лікування хронічної венозної недостатності в залежності від форми венозної гіпертензії.

**Матеріали та методи.** На базі хірургічної клініки Закарпатської обласної клінічної лікарні імені Андрія Новака з 2006 року прооперовано 107 хворих з хронічною венозною недостатністю (С6) в стадії декомпенсації.

На основі комплексного ультразвукового обстеження з визначенням вертикального рефлюкса по глибоких та поверхневих венах нижніх кінцівок

та горизонтального по перфорантних венах, хворі були розділені на дві групи. Першу групу склало 70 (65,4%) хворих з поверхневою, а другу – 37 (34,6%) хворих з глибокою формою венозної гіпертензії.

У 56 (52,3%) хворих першої групи виконувалася ендоскопічна субфасціальна дисекція перфорантних вен у поєднанні з венектомією та склеротерапією у 41 (38,3%) хворого.

У 51 (47,7%) хворого (14 пацієнтів першої та 37 другої групи) виконували субфасціальну дисекцію перфорантних вен у класичному вигляді.

Усі 107 хворих на етапі доопераційної корекції венозного кровоплину лікувалися консервативно. З метою нормалізації флебогемодинаміки, функції венозної стінки та корекції порушень мікро- та макроциркуляції, реології, лімфообігу та запальних змін застосовували фармакотерапію та комплексне лікування за допомогою пов'язки Уна.

**Результати дослідження та обговорення.** Безпосередні результати хірургічного лікування ми порівнювали за перебігом раннього післяопераційного періоду в пацієнтів з хронічною венозною недостатністю. Серед критеріїв найбільш достовірними є:

1. перебіг післяопераційного періоду;
2. післяопераційний ліжко – день3. темпи регресу трофічних розладів;
4. види та кількість ускладнень.

Післяопераційні ускладнення ми відмічали в обох групах, але частота їх суттєво відрізнялася.

У першій групі місцеві ускладнення ми спостерігали у 6 (10,7%) пацієнтів. У трьох (5,4%) випадках відмічалися краєві некрози післяопераційних ран, в місцях введення тубуса клинка-маніпулятора. Лімфорей у післяопераційному періоді спостерігалася у двох (3,8%) пацієнтів, на другу та третю добу. Лімфорейою вдалося ліквідувати за час перебування пацієнтів у відділенні стаціонару до зняття швів.

Субфасціальна гематома діагностована в одного (1,8%) хворого. Дане ускладнення ліквідували, евакуювавши останню через розріз для проведення клинка-маніпулятора.

У другій групі післяопераційні ускладнення розвинулися в 19 (37,3%) пацієнтів. Гнійнонекротичні ускладнення ми зустрічали у 11 (21,60%) хворих. Краєві некрози зі сторони операційного доступу за Фельдером відмічали у 9 (17,67%) пацієнтів, у двох (3,9%) випадках спостерігали краєві некрози розрізу біля медіальної кісточки. При видаленні варикозно розширених вен за Наратом відмічали крайовий некроз даного розрізу в одного (1,25%) пацієнта. Нагноєння післяопераційної рани з доступу за Фельдером було відмічено у двох (3,9%) пацієнтів. Лімфорея спостерігалася у 8 (15,7%) пацієнтів другої групи.

Тривалість післяопераційного періоду у пацієнтів першої групи склала від 5 до 9 днів (у середньому  $7,95 \pm 2,54$  днів), тоді як у другій групі післяопераційний період коливався від 7 до 21 доби (у середньому  $14,53 \pm 4,65$  днів).

Усі пацієнти після проведеного комплексного лікування відзначили покращення свого загального стану та зменшення трофічних змін шкіри гомілки.

Порівняльна характеристика основних клінічних симптомів у хворих з декомпенсованими стадіями ХВН представлена у таблиці 1.

Таблиця 1.

Динаміка клінічних проявів у хворих протягом лікування

Симптоми	I група (n = 56)		II група (n = 51)	
	До лікування, n (%)	Після лікування, n (%)	До лікування, n (%)	Після лікування, n (%)
Біль	56 (100 %)	2 (3,6 %)	51 (100 %)	8 (15,71%)
Судоми	51 (91,1%)	6 (10,7 %)	48 (94,1 %)	4 (7,8 %)
Набряк	56 (100%)	14 (25 %)	51 (100 %)	24 (47,1 %)
Свербіж шкіри	41 (37,5 %)	9 (16,11 %)	44 (86,1 %)	16 (31,4 %)
Симптом «важких ніг»	51 (91,1 %)	11 (19,6 %)	51 (100 %)	13 (25,5 %)
Активні трофічні виразки	14 (25 %)	2 (3,6 %)	24 (47,1 %)	3 (5,9 %)
Варикозні вени	56 (100 %)	0	51 (100 %)	0
Пігментація	56 (100 %)	56 (100 %)	51 (100 %)	51 (100 %)
Індурація	56 (100 %)	56 (100 %)	51 (100 %)	51 (100 %)
Компресійна терапія	56 (100 %)	37 (66,1 %)	51 (100 %)	46 (90,2 %)
Запалення	14 (25,6 %)	2 (3,6 %)	24 (47,1 %)	3 (5,9 %)

$p < 0,05$  • при порівнянні груп між собою

Відповідно до сучасних рекомендацій з оцінки стану хворих з хронічними захворюваннями вен нижніх кінцівок клінічна класифікація CEAP була доповнена рядом шкал, розроблених Американським форумом флебологів [9]. У клінічній шкалі (VCSS) оцінюється вираженість 10 симптомів хронічних захворювань вен нижніх кінцівок. У нашому дослідженні усі пацієнти були з відкритими трофічними виразками. У зв'язку з цим аналізувалися 10 симптомів захворювання. Відсутність симптому позначалася як 0 балів, максимальна вираженість – як 3 бали. Шкала зниження працездатності (VDS) дозволяє виділити 4 ступені втрати працездатності. Безсимптомний перебіг позначається як 0, неможливість виконувати повсякденні обов'язки навіть при носінні еластичних панчіх або бинтів – як третій ступінь втрати працездатності. Шкала сегментарності (VSDS) враховує наявність рефлюксу і обструкції великих сегментів вен.

Перераховані шкали надійні та зручні у клінічному застосуванні. У нашому дослідженні проведено аналіз 27 пацієнтів I групи та 28 II групи з ХВН стадії декомпенсації.

Якщо до операції у хворих першої групи венозний рефлюкс спостерігався в  $2,6 \pm 0,5$  сегментах,

то після операції тільки в  $0,11 \pm 0,17$ . Ці показники свідчать, що радикальна комбінована венектомія + SEPS у хворих з ХВН у стадії декомпенсації практично ліквідує основу захворювання, а саме – венозний рефлюкс. Не менш важливо, що вона запобігає як розвитку захворювання, так і його рецидиву на тривалий час, протягом усього періоду дослідження.

Якщо загальний клінічний рахунок до операції склав  $13,7 \pm 2,58$  бала, то після операції через 3 місяці він дорівнював  $6,26 \pm 1,07$ , а через рік  $5,15 \pm 0,63$  бала, тобто за цей період часу симптоми варикозного розширення поверхневих вен нижніх кінцівок, ускладненого ТВ, регресували у 3 рази. Фізична активність до операції склала  $1,9 \pm 0,2$ , через 3 місяці –  $1,7 \pm 0,44$ , через рік  $1,63 \pm 0,49$ . Таким чином, працездатність, а саме з нею пов'язана фізична активність, збільшилася практично у 2 рази.

У другій групі хворих до операції венозний рефлюкс спостерігався в  $2,7 \pm 0,43$  сегментах, то після операції тільки в  $0,71 \pm 0,12$  сегментах. При цьому загальний клінічний рахунок до операції склав  $15,64 \pm 3,24$ , вже через три місяці після операції він був  $7,28 \pm 1,34$ , а через рік  $5,5 \pm 0,82$ , тобто загальні

симптоми варикозного розширення вен регресували у три рази.

Фізична активність до операції складала  $1,75 \pm 0,37$ , через три місяці  $1,68 \pm 0,44$ , а через рік  $1,64 \pm 0,46$ . Таким чином, радикальна венектомія при ХВН в стадії декомпенсації покращила стан хворих, знизивши тяжкість захворювання через 3 місяці до 2 разів, через рік – у 2,3 рази.

Отримані результати не перевершують результатів планової радикальної венектомії, оскільки варикозна хвороба поверхневих вен нижніх кінцівок, ускладнена ТВ, має більш виражені клінічні прояви. При цьому враховувалися класи венозної патології за класифікацією СЕАР. Виявлено зменшення хворих з С<sub>6</sub> класом венозної патології в 3 рази після амбулаторного лікування, у 6 разів після радикальної венектомії через 3 місяці і практи-

чну відсутність С<sub>6</sub> класу через рік спостереження. При цьому 17 хворих перейшли в С<sub>4</sub> клас захворювання при ХВН в стадії декомпенсації.

І якщо до операції 64,5% хворих вважали себе непрацездатними, то через три місяці після проведеного лікування ця цифра зменшилася до 4,7%, а через рік практично усі хворі стали працездатними, 74,8% з них – за умови підтримуючих засобів у вигляді компресійного трикотажу II-III класу.

**Висновки.** Комплекс консервативного та хірургічного лікування хворих з хронічною венозною недостатністю у стадії декомпенсації показав зменшення пацієнтів з С<sub>6</sub> класом після консервативного лікування у три рази, у шість разів – після радикальної венектомії через три місяці, а через рік – жодного пацієнта з С<sub>6</sub> класом захворювання не спостерігалось.

### СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Сухарев І.І. Ендоскопічна хірургія перфорантних вен при хронічній венозній недостатності нижніх кінцівок у хворих з варикозною хворобою / І.І. Сухарев, П.І. Нікульников, Г.Г. Влайков [та ін.] // Acta Medica Leopoliensia (Львівський медичний часопис). — 2004. — Т. X, № 2. — С. 21—23.
2. Чернуха Л.М. Инновационные технологии в лечении варикозной болезни нижних конечностей / Л.М. Чернуха, А.А. Гуч, П.И. Никульников [и др.] // Клінічна хірургія. — 2007. — №2—3. — С.123—124.
3. Кобза І.І., Радиш Р.В., Жук Р.А., Кіхтяк А.Т. Комплексне лікування пацієнтів з венозними трофічними виразками / І.І.Кобза, Р.В. Радиш, Р.А. Жук., А.Т. Кіхтяк // Весник неотложной и восстановительной медицины. — 2010. Т.11, №4. — С.438—431.
4. Куценко І.В. Консервативное лечение трофических язв нижних конечностей при хронической венозной недостаточности / І. В. Куценко, Ю.В. Андрашко // Методические рекомендации. — 2009. — С. 24.
5. Мишалов В.Г. Лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей / В.Г. Мишалов // Серце і судини. — 2010. — №4. — С.28—37. (51)
6. Русин В.І. Хірургічне лікування хронічної венозної недостатності / В.І. Русин, Ю.А. Левчак, А.В. Русин // Клінічна хірургія. — 2003. — № 12. — С. 21—23.
7. Чернуха Л.М. Український консенсус з лікування пацієнтів з варикозною хворобою нижніх кінцівок / Л.М. Чернуха, В.Г. Мишалов, П.І. Нікульников та ін.// — К., 2005. — 19 с. (80)
8. Nicolaidis A.N. Chronic venous disease and the leukocyte — endothelium interaction: from symptoms to ulceration / A.N. Nicolaidis // Angiology. — 2005. — № 56. — P. 11—19. (148)
9. The nonsaphenous vein of the popliteal fossa: Prevalence, patterns of reflux, hemodynamic quantification, and clinical significance / K.T. Delis, A.I. Knaggs, J.T. Hobbs [et al.] // J. Vasc. Surg. — 2006. — Vol. 44. — P. 611—619.

V.I. RUSIN, V.V. KORSACK, Y.M. POPOVYCH, H.M. DIKKER, B.A. MYTROVKA

*Uzhhorod National University, Department of Surgical Diseases, Uzhhorod*

#### THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF VENOUS TROPHIC ULCERS

This issue deals with the results of surgical treatment of 107 patients with decompensate chronic venous insufficiency. It has been noted that the quantity of patients with С<sub>6</sub> class venous insufficiency was 3 times less after the end of outpatient treatment, 6 times less after radical venectomy 3 months later, and the absence of С<sub>6</sub> class patients after a year observation.

**Key words:** trophic ulcer, miniinvasive surgery, autodermoplastics, treatment results

Стаття надійшла до редакції: 23.05.2012 р.