

УДК 616-089;617.5

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2014

*В. І.Паламарчук, Ю.І.Бондаренко, М. Ю.Крестянов,  
Д. С.Мялковський, А. Л.Потявін*

**МІНІ-ФЛЕБЕКТОМІЯ ПРОТИ ОПЕРАЦІЇ НАРАТА**  
**Національна медична академія післядипломної**  
**освіти імені П. Л. Шупика,**  
**Комунальний заклад «Ірпінська центральна**  
**міська лікарня» Київської області**

**Мета.** Провести про- та ретроспективний аналіз хірургічного лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок.

**Матеріали і методи.** Обстежено 43 хворих. Всіх пацієнтів умовно поділено на дві групи. Основну – 9, котрим видалення окремих варикозно розширених вен виконувалося по методиці міні-флебектомії та 34 – групу порівняння, в якій даний етап виконано класично по Нарату.

**Результати.** Отримано наступні результати. Терміни непрацездатності в основній групі -  $10 \pm 3$  доби, в групі порівняння -  $21 \pm 7$  діб, час перебування в стаціонарі в основній групі – 1 доба, в групі порівняння – 5 діб. Середня тривалість операції: в основній – 170 хв, в групі порівняння – 60 хв. Лімфорейз з післяопераційних ран майже вдвічі частіше зустрічалася в основній групі. Нагноєння ран спостерігалось тільки в групі порівняння. У хворих основної групи не було потреби в наркотичних анальгетиках, знеболення потребувалося лише в першу добу, тоді як в групі порівняння – 3 доби. Антибіотикопрофілактика хворим основної групи обмежувалася одноразовим введенням 1,5 г цефуроксиму, тоді як хворі групи порівняння отримували даний препарат ще 2 доби.

**Висновок.** Таким чином, міні-флебектомія має переваги над операцією Нарата по всім критеріям оцінки результатів за винятком тривалості оперативного втручання.

**Ключові слова:** варикозна хвороба, венектомія, міні-флебектомія.

**ВСТУП**

За даними ВООЗ на варикозну хвороб страждає близько третина населення земної кулі. У 28,6% хворих, що мають варикозно розширені вени на нижніх кінцівках без будь-яких суб'єктивних відчуттів та інших проявів, приблизно через 6,6 років відмічається прогресування захворювання. У 3-6% на різних термінах виникають трофічні виразки [3].

Лікування варикозної хвороб включає: дотримання режиму, компресійна терапія та хірургічне втручання. Кожен з методів може бути використаний як ізольовано, так і в поєднанні. Хірургічне лікування також буває різних видів: радіо-частотна абляція, лазерна коагуляція, склеротерапія та класична венектомія.

Згідно рекомендацій світового конгресу флебологів, що проходив в 2013 року в Лондоні, методом вибору є радіочастотна абляція [5]. У випадку недоступності останньої, можливе використання лазерної коагуляції. Якщо остання теж неможлива – склеротерапію слід застосовувати. І, нарешті, у випадку відсутності в клініці необхідного для вищезгаданих процедур обладнання, можливе хірургічне видалення вен. Останнє включає кросектомію, видалення основного стовбура великої підшкірної вени (за показаннями і малої), а також видалення окремих варикозно розширених вен на гомілці та стегні. Як відомо, це можна зробити класично по методу Нарата або за допомогою більш новітнього методу – міні-флебектомії [1]. Переваги останньої полягають у меншому травмуванні тканин, слабо вираженому післяопераційному больовому синдромі, мінімальним терміном перебування в стаціонарі, значно швидшим поверненням до звичного способу життя та чудовому косметичному ефекті. Недоліки: більша тривалість операції, вищий процент рецидивів, технічна складність.

**Мета.** Провести про- та ретроспективний аналіз хірургічного лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок.

#### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

Проведено про- та ретроспективний аналіз хірургічного лікування 43 хворих на варикозну хворобу, хронічну венозну недостатність С2-С6 по класифікації СЕАР, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні Ірпінської центральної міської лікарні в період з 2005 по 2013 роки. Чоловіків – 16, жінок – 27 у віці від 17 до 74 років. За віком, статтю, наявністю та видами супутніх захворювань, стадіями венозної недостатності різниця між групами статистично не значима ( $p < 0,05$ ). Всім хворим перед операцією виконувався стандартний передопераційний набір обстежень та дуплексне сканування вен нижніх кінцівок. Оперативне втручання виконувалося під спинномозковою анестезією. Доступом по пахвинній складці виділялося гирло великої підшкірної вени, виконувалася кросектомія. Основний стовбур видалювався по Бебкоку. В залежності від методики видалення окремих варикозно розширених вен на гомілці та стегні всі хворі поділені на 2 групи: основну – 9 пацієнтів, яким даний етап виконувався по методиці міні-флебектомії та 34 хворих, у яких окремі варикси видалювалися класично по Нарату.

Техніка операції міні-флебектомії. Після попереднього маркування виконувався прокол шкіри, довжиною 3 мм скальпелем № 15. За допомогою спеціальних гачків виділялася вена. Потім її відпрепарувували спеціальною лопаткою, пересікали між затискачами, і, потягуючи за обидва кінці, визначали місце наступних проколів. Окремі ділянки вен видалювали, а, дійшовши до кінця маркованої вени останню перев'язували або видалювали шляхом тракції. Якщо вена обривалася, виконували тимчасове притиснення місця проколу. Ушивали лише місце доступу до гирла великої підшкірної вени та рану поблизу медіальної кісточки, де заводили зонд. Окремі проколи не ушивалися. Середня тривалість такої операції в основній групі склала 170 хв., в групі порівняння – 60 хв.

Всім хворим під час операції з метою антибіотикопрофілактики вводили 1,5 г цефуроксиму. Хворим основної групи в післяопераційному періоді – через 3 години після втручання та на ніч хворі отримували 2 мл декскетопрофену для знеболення. Наступного дня ні антибіотиків ні анальгетиків пацієнти основної групи не отримували. Хворим групи порівняння в перший день після операції окрім декскетопрофену на ніч вводили 1 мл промедолу. Наступного дня хворі отримували цефуроксим по 0,75 2 рази та декскетопрофен по 2 мл 2 рази. На 3 добу антибіотик відміняли, а знеболюючі продовжували по тій же схемі. Хворих групи порівняння виписували в середньому на 5-ту добу, пацієнтів основної групи – на другу. Після операції в обох групах призначався гідросмін по 1 капсулі тричі на день протягом 2 місяців. Еластична компресія бинтами середньої розтяжності проводилася протягом 7 днів згідно рекомендацій консенсусу флебологів Лондон 2013.

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Видатний вчений В. С. Савельєв висловив думку про те, що запорукою радикальності операції є максимально повна флебектомія, в наш час слід вважати помилковою [3]. Все менше повідомлень про операцію Нарата можна знайти в світовій медичній літературі в наші часи. На початку 21 сторіччя для видалення окремих варикозно розширених вен частіше застосовується склеротерапія та міні-флебектомія. Автори відмічають зменшення частоти післяопераційної лімфореї після даного виду операції в порівнянні з класичною методикою [2]. Наше дослідження не стало винятком. Так з 9 хворих основної групи лімфорея відмічалася у одного (11%), тривала 8 днів і проявлялася помірним промоканням марлевої серветки. З 34 пацієнтів групи порівняння дане ускладнення відмічалася у 7 (20,6%), тривалість лімфореї складала від 7 до 22 днів, в середньому 15 днів і значно перевищувала за об'ємом. Таких ускладнень, як ушкодження підшкірних нервів з подальшими чутливими та руховими розладами, великих підшкірних гематом та ушкоджень магістральних судин кінцівки не відмічалася у жодного пацієнта обох груп. Нагноєння двох післяопераційних ран спостерігалася у 2 хворих групи порівняння, що мали трофічні виразки. Інфільтрація рани мала місце у 1 хворого основної групи та у 2 – груп порівняння.

В основній групі не призначалися наркотичні анальгетики, а на другу добу взагалі не проводилося знеболення. Пацієнти групи порівняння отримували промедол в першу добу, а потреба в знеболенні ненаркотичними препаратами зберігалася ще 2 доби. Поясненням є значно менша операційна травма при міні-флебектомії в порівнянні з операцією Нарата. З тієї ж причини меншою була тривалість антибіотикопрофілактики у пацієнтів основної групи – одноразове введення антибіотику проти триразового. Термін повернення до трудової діяльності та звичного способу життя після міні-флебектомії становив  $10 \pm 3$  дні. Після операції Нарата хворі довше були непрацездатними -  $21 \pm 7$  днів.

Після міні-флебектомії на шкірі залишалися дрібні, ледь-помітні рубці у вигляді штришків довжиною в 3 мм, що дуже важливо для молодих жінок. Класична операція Нарата не мала такого косметичного ефекту.

Порівняння результатів лікування хворих основної групи та групи порівняння наведено в таблиці.

**Таблиця**

**Результати лікування хворих на варикозну хворобу нижніх кінцівок після операції Нарата та міні-флебектомії**

Показник	Основна група	Група порівняння
Потреба в анальгетиках (дні)	1	3
Антибіотикопрофілактика (кількість введень)	1	3
Частота ускладнень	- лімфорейя	1 (11%)
	- нагноєння	0
	- інфільтрат	1 (11%)
		7 (20,6%)
		2 (5,9%)
		2 (5,9%)
Середня тривалість операції	170 хв.	60 хв.
Терміни госпіталізації	1 доба	5±2 доби
Терміни непрацездатності	10±3 дні	21±7 днів

Як видно з таблиці, в основній групі, тобто при використанні техніки міні-флебектомії для видалення окремих варикозно розширених вен на нижніх кінцівках, отримано значно кращі результати ніж після класичної методики Нарата, за винятком тривалості операції, що узгоджується з даними літератури [4]. Частота появи інфільтратів майже вдвічі більша в основній групі, проте така різниця статистично не достовірна.

Ліміт часу дії спинномозкової анестезії змушував завершувати всі маніпуляції на стегні, в т. ч. ушивання місця доступу до гирла великої підшкірної вени в перші 2 години, адже відновлення чутливості мало низхідний характер. Анестезія голілки тривала довше, що давало змогу завершити операцію без застосування додаткових методів знеболення.

### **ВИСНОВКИ**

- Видалення окремих варикозно розширених вен на нижніх кінцівках за допомогою техніки міні-флебектомії по кількості та виду ускладнень, вираженості та тривалістю больового синдрому, тривалості антибіотикопрофілактики, кількості ліжок днів та термінів непрацездатності має значні переваги перед операцією Нарата.

- Тривалість операції міні-флебектомії значно більша ніж операції Нарата.

- Міні-флебектомія є більш технічно складною ніж операція Нарата, потребує спеціального інструментарію та навичків хірурга.

### **Література**

1. Герасимов В. В. Результаты прецизионной хирургии варикозной болезни нижних конечностей / Герасимов В. В., Герасимова Э. В. // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2010. – № 4 (11). – С. 509.

2. Соколов А.Л. Эндовенозная лазерная коагуляция в лечении варикозной болезни / А.Л. Соколов, К.В. Лядов, Ю.М. Стойко. – Москва: Медпрактика, 2007. – С.16.

3. Неадекватное приустьевое лигирование большой подкожной вены как причина рецидива варикозной болезни / Савельев В. С., Кириенко А. И., Золотухин И. А., Андрияшкин А. В. // *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 2007. – № 3. – С. 73-77.

4. Pittaluga P. Lymphatic complications after varicose veins surgery: risk factors and how to avoid them / Pittaluga P., Chastanet S. // *Phlebology*. – 2012. – V. 27. – P. 139-142.

5. Diagnosis and management of varicose veins in the legs: summary of NICE guidance / Marsden G., Perry M., Kelley K., Davies A. // *BMJ*. – 2013. – V. 24. – P. 279-347.

***В. И. Паламарчук, Ю. И. Бондаренко, Н. Е. Крестьянов, Д. С. Мялковский, А. Л. Потявин***

**Мини-флебэктомия против операции Нарата  
Национальная медицинская академия последипломного  
образования имени П. Л. Шупика,  
Коммунальное заведение «Ирпенская центральная городская  
больница» Киевской области**

**Цель.** Провести про-и ретроспективный анализ хирургического лечения варикозной болезни нижних конечностей.

**Материалы и методы.** Обследовано 43 больных. Всех пациентов условно разделено на две группы. Основную – 9, которым удаление отдельных варикозно расширенных вен выполнялось по методике мини-флебэктомии и 34 – группу сравнения, в которой данный этап выполнен классически по Нарату.

**Результаты.** Период нетрудоспособности в основной группе составил  $10 \pm 3$  суток, в группе сравнения –  $21 \pm 7$  суток, время пребывания в стационаре в основной группе – 1 день, в группе сравнения – 5 суток. Средняя продолжительность операции: в основной – 170 мин, в группе сравнения – 60 мин. Лимфоррея из послеоперационных ран почти вдвое чаще встречалась в основной группе. Нагноение ран наблюдалось только в группе сравнения. У больных основной группы не было потребности в наркотических анальгетиках, обезболивание требовалось только в первые сутки, тогда как в группе сравнения – 3 суток. Антибиотикопрофилактика больным основной группы ограничивалась одноразовым введением 1,5 г цефуроксима, тогда как больные группы сравнения получали данный препарат еще 2 дня. Таким образом мини-флебэктомия имеет преимущества над операцией Нарата по всем критериям оценки результатов за исключением продолжительности оперативного вмешательства.

**Ключевые слова:** варикозная болезнь, венэктомия, мини-флебэктомия.

*V. Palamarchuk, Yu. Bondarenko, M. Krestianov,  
D. Mialkovskiy, A. Potiavin*

**Mini-phlebectomy versus operation of narat  
Shupyk National Medical Academy of Post-graduate Education,  
Municipal Facility «Irpın Central City Hospital» in Kyiv Region**

**Aim.** To perform prospective and retrospective studies for surgical treatment of varicose disease of lower extremities

**Materials and methods.** There were performed pro- and retrospective studies of surgical treatment of 43 consecutive patients with lower extremities varicose disease. All the patients were divided into two groups. The main group included nine patients who underwent mini-phlebectomy of varicose veins. The patients of control group underwent classic Narat approach.

**Results.** The temporary disability period in the main group was  $10 \pm 3$  days. In control group this period lasted  $21 \pm 7$  days. The average hospital stay was 1 day in the main group and 5 days - in control group. The average operation time was 170 min in the main group and 60 min - in control group. Lymphorrea occurred almost twice frequently in the patients of control group compared with those of the main group. Suppuration occurred only in the control group of patients. The patients of the main group did not require any narcotic analgesics. The pain relief was required only on the first postoperative day whereas control group patients received dexketoprofen for 3 days. Antibiotic prophylactics for patients of the main group was performed by a single injection of 1500 mg of cefuroxim whereas control group patients received the drug for two days more.

**Conclusion.** According to the studies, mini-phlebectomy is more effective than Narat's approach, which is proven by all the criteria except operation time.

**Key words:** varicose disease, venectomy, mini-phlebectomy.

**Відомості про авторів:**

Паламарчук Володимир Іванович – д.мед.н., професор, зав. кафедри хірургії та судинної хірургії НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: Київ, вул. Кондратюка, 8, тел.: (044) 432-24-52.

**УДК 616-089;617.5**

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2014

*О.М. Петренко, Б.Г. Безродний, М.О. Приступюк*

**МОЖЛИВОСТІ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ КАВІТАЦІЇ У  
МІСЦЕВОМУ ЛІКУВАННІ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ  
УСКЛАДНЕНЬ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ  
Національний медичний університет і  
мені О.О. Богомольця, Київ**

**Вступ.** Однією із причин ампутацій нижніх кінцівок у пацієнтів на цукровий діабет є неадекватна санація гнійно-некротичних процесів на ступні.