

© І.Я. ДЗЮБАНОВСЬКИЙ, В.Б. ГОЩИНСЬКИЙ, О.Б. ЛУГОВИЙ, О.З. П'ЯТНИЧКА, І.Я. ЗИМА

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Функціональне обґрунтування вибору об'єму втручання у хворих на варикозну хворобу, ускладнену хронічною венозною недостатністю

I.YA. DZIUBANOVSKIY, V.B. HOSHCHYNSKIY, O.B. LUHOVYI, O.Z. PYATNYCHKA, I.YA. ZYMA

Ternopil State Medical University by I.Ya. Gorbachevsky

FUNCTIONAL SUBSTANTIATION OF THE CHOICE OF INTERVENTION SIZE IN PATIENTS WITH VARICOSE DISEASE, COMPLICATED WITH CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY

Проаналізовано ближні результати хірургічного лікування хворих на хронічну венозну недостатність (ХВН) на ґрунті варикозної хвороби (ВХ) нижніх кінцівок у 171 пацієнта. За допомогою ультразвукового кольорового дуплексного сканування (УЗКДС) визначали тривалість, протяжність рефлюксу та стан венозного тону уражених магістральних вен, що стало основою вибору органозберігаючої та органощадної хірургічної тактики. Встановлено, що декомпенсований венозний тонус мав місце у 77,0 %, а збережена реакція судинної стінки – у 23,0 %. Локальний рефлюкс виявлено у 19,5 %, сегментарний – у 32,2 %, поширений – у 27,6 %, субтотальний – у 11,5 %, а тотальний – у 9,7 %. Тому для вибору лікувальної тактики, на наш погляд, найбільш важливими є визначення клінічної форми варикозного розширення вен, тривалість, протяжність патологічного вено-венозного рефлюксу та стан венозного тону (ВТ). Етапність втрати венозного тону, яку прослідковано, разом із тривалістю та поширеністю рефлюксу є визначальними в оптимізації хірургічної тактики у вказаній категорії хворих. Видаленню підлягають лише функціонально неспроможні вени або їх сегменти із зниженим, декомпенсованим тоном судинної стінки. Такий підхід зумовив виконання тотальної флектомії лише у 6 (5,7 %) хворих основної групи, а у решти 99 (94,3 %) пацієнтів – органощадних та органозберігаючих втручань за різними методиками та їх поєднаннями. Зменшення операційної травми за рахунок збільшення частки органозберігаючих та органощадних операцій майже у 10 разів і поряд із цим збереження радикальності втручання не погіршує результатів лікування вказаної патології та підвищує косметичність хірургічної процедури.

In this article were analyzed near results of the surgical treatment of patients with the chronic venous insufficiency (CVI), on the ground of varicose disease (VD) of the lower extremities in 171 patients. With the help of sonography color duplex scanning was determined the duration, length of the reflux and the condition of the venous tone of the affected main veins, which became the ground of the choice of the organ-saving and organ-spare surgical tactics. It was determined, that decompensated venous tone was in 77,0 %, and remained reaction of the venous wall in 23,0 %. Local reflux was determined in 19,5 %, segmentary – in 32,2 %, spread – in 27,6 %, subtotal – in 11,5 %, total – in 9,7 %. So for the choice of treatment tactics, to our mind, the most important is determining of the clinical form of the varicose venous dilation, duration, length of the pathological venous reflux and condition of the venous tone. The staging of the venous tone loss which was determined along with the duration and spread of the reflux are determining in the optimization of the surgical tactics in the pointed category of patients. It must be removed only functionally unable veins or their segments with low, decompensated tone of the vessel wall. Such method caused fulfillment of the total phlebectomy only in 6 (5,7 %) from the main group, and in others 99 (94,3 %) – organ – saving and organ – spare intercessories on different methods and their combinations. Decrease of the operational trauma due to increase of the part of organ – saving and organ – spare operations almost in 10 times and in the same time, maintaining the radicalism of intercessory does not decrease results of the treatment of the pointed pathology and increases cosmetic quality of the pointed procedure.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Частота варикозної хвороби серед дорослого населення сягає 17 % [1, 2, 3, 4]. Хірургічне втручання є найбільш радикальним способом лікування ВХ [5]. Широкий арсенал хірургічних процедур, які застосовуються для лікування варикозної хвороби, не завжди дає очікувані результати [6, 7], тому що відсутні чіткі показання, протипоказання та застереження щодо застосуван-

ня тих чи інших операцій через відсутність комплексного підходу до корекції венозної гемодинаміки [8, 9, 10].

Мета роботи: покращити результати лікування ВХ шляхом функціонального обґрунтування вибору об'єму операції.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати хірургічного лікування 171 хворого на хроніч-

ну венозну недостатність нижніх кінцівок на ґрунті варикозної хвороби. У всіх госпіталізованих перед оперативним втручанням виконано ультразвукове кольорове дуплексне сканування із обов'язковим визначенням локалізації, протяжності та тривалості ретроградного кровотоку, наявності, локалізації неспроможних перфорантних вен та інших причин патологічних скидів.

Віком до 60 років проліковано 104 (60,8 %) хворих, 41 (23,9 %) пацієнта – віком 60–70 років та 26 (15,3 %) хворих, старших 70 років. Чоловіків було 49 (28,6 %), жінок – 122 (71,4 %). З приводу рецидиву варикозної хвороби прооперовано 11 пацієнтів (6,4 %).

Варикозну трансформацію (ВТ) вен басейну ВПВ діагностовано у 154 (90,1 %) хворих, у 4 (2,3 %) пацієнтів виявлено ізольоване ураження басейну МПВ, а в 13 (7,6 %) госпіталізованих відмічено поєднання варикозу обох відділів підшкірної венозної системи ніг. Під час УЗКДС оцінювали наявність кровотоку у венах, діаметри та форму вен, товщину стінок, однорідність, еластичність клапанів, їх функцію під час навантажувальних гідростатичних проб, наявність рефлюксу крові, тривалість ретроградного потоку по венозних магістралях, а також його поширення на анатомічні сегменти, а в 105 із них визначали стан венозного тону (ВТ). При цьому одним сегментом вважали 1/3, 2/3 або усю довжину стовбура стегнового чи гомілкового відділу підшкірних венозних магістралей, орієнтиром для поділу яких був рівень щільної колінного суглоба.

Вимірювання діаметра проксимальної частини ВПВ проводили на 5–7 см дистальніше від сафенофemorального з'єднання з метою встановлення справжнього ступеня розширення її стовбура, крім цього, діаметр ВПВ міряли у всіх ділянках головного стовбура ВПВ та її приток із рефлюксом крові вище та нижче місця виникнення останнього, визначаючи ділянки із збереженою та відсутньою фазністю кровотоку, а положення датчика на шкірі маркували за допомогою діамантового зеленого, та ще у двох стандартних точках – на рівні суглобової щільності колінного суглоба і над медіальною кісточкою великогомілкової кістки. Аналогічним чином вимірювали діаметр МПВ (на 5 см нижче її з'єднання із глибокою венозною системою, на рівні суглобової щільності колінного суглоба і позаду латеральної кістки малогомілкової кістки) та її приток [6], після чого визначали функціональний стан венозної стінки за оригінальною методикою (Деклараційний патент України на корисну модель А61В 1/04) – її тоніко-контрактильну здатність, зважаючи на те, що більше 30 % структури венозної стінки займають гладком'язові волокна.

Жоден із прооперованих пацієнтів не мав вираженої супутньої патології, яка була б протипоказанням до втручання.

Із використанням традиційних методик, що базуються на “зондовому” видаленні вен, оперовано 66 госпіталізованих (38,6 %); із застосуванням відеоендоскопічних втручань у поєднанні із “міні-флебктомією” колатералей та частковим або повним видаленням головних стовбурів підшкірних вен – 61 пацієнт (35,7 %), комбіноване втручання, що включало роз'єднання патологічного кровотоку з міні-доступів, склеротерапію змінених колатералей та ендоскопічну операцію на перфорантах із збереженням головного стовбура великої та (або) малої підшкірної вени виконано у 44 (25,7 %) хворих.

Результати досліджень та їх обговорення. Аналізуючи частоту зміни стану ВТ залежно від ступеня тяжкості рефлюксу у 87 пацієнтів основної групи, у яких останній був виявлений (тобто, за винятком 18 із С₁ класом за СЕАР), отримано дані, що представлені у таблиці 1.

Таблиця 1. Характеристика частоти тривалості рефлюксу та ступеня зміни венозного тону

| Стан ВТ | Тяжкість рефлюксу, кількість хворих (%) | | | Всього |
|-----------------|---|--------------|--------------|--------------|
| | КР | СкР | ДкР | |
| Компенсований | 9 (45,0) | 8 (40,0) | 3 (15,0) | 20 (23,0) |
| Декомпенсований | 14 (20,9) | 27 (40,3) | 26 (38,8) | 67 (77,0) |
| Всього | 23 (26,4) | 35 (40,2) | 29 (33,4) | 87 (82,9) |

Примітки: 1) КР – компенсований рефлюкс тривалістю до 1,5 с; 2) СкР – субкомпенсований рефлюкс тривалістю 1,5–3,0 с; 3) ДкР – декомпенсований рефлюкс тривалістю понад 3,0 с.

Як бачимо із наведених у таблиці 1 даних, компенсований венозний тонус ми виявили у 9 (45,0 %) хворих із компенсованим та у 8 (40,0 %) із субкомпенсованим і у 3 (15,0 %) із декомпенсованим рефлюксом. Це свідчить, що за умов збереження контрактильної здатності стінки вен переважають легкий та помірний ступінь рефлюксу – 85,0 %, що більше від групи порівняння із ДкР майже у 5 разів. Поряд із цим, декомпенсація тоніко-контрактильної здатності виявлена нами в 14 (20,9 %) хворих за умов компенсованого рефлюксу, у 27 (40,3 %) – субкомпенсованого та у 26 (38,8 %) – декомпенсованого ретроградного патологічного кровотоку. Загалом у групі збережений та декомпенсований

тонус вен ми діагностували у 20 (23,0 %) і 67 (77,0 %) пацієнтів відповідно.

При дослідженні довжини поширення зворотного кровотоку залежно від наявності та ступеня зміни ВТ ми виявили те, що висвітлено у таблиці 2.

Аналізом наведених результатів встановлено, що при наявності рефлюксу, який поширюється на всю нижню кінцівку, в жодному із випадків ми не виявили задовільної реакції судинної стінки на пряму адренергічну дію норадреналіну. Поряд із цим,

Таблиця 2. Залежність частоти зміни ступеня ВТ від протяжності патологічного кровотоку

| Стан ВТ | Протяжність рефлюксу, кількість хворих (%) | | | | | Всього |
|---------|--|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|
| | ЛР | СР | ПР | СтР | ТР | |
| КВТ | 8 (40,0) | 5 (25,0) | 4 (20,0) | 3 (15,0) | - | 20 (23,0) |
| ДкВТ | 9 (13,4) | 23 (34,4) | 20 (29,9) | 7 (10,4) | 8 (11,9) | 67 (77,0) |
| Всього | 17 (19,5) | 28 (32,2) | 24 (27,6) | 10 (11,5) | 8 (9,7) | 87 (82,9) |

Примітки: 1) КВТ – компенсований венозний тонус – звування просвіту понад 20,0 %; 2) ДкВТ – декомпенсований венозний тонус – звування просвіту менше ніж на 20,0 %; 3) ЛР – локальний рефлюкс; 1) СР – сегментарний рефлюкс; 2) ПР – поширений рефлюкс; 3) СтР – субтотальний рефлюкс; 4) ТР – тотальний рефлюкс.

у 3 (15,0 %) із усіх, у кого ВТ утримувався на значеннях у середньому більше ніж 20 % у відповідь на пробу, ми за допомогою УЗКДС діагностували субтотальну регургітацію. Поширений, сегментарний та локальний зворотний кровотік, що був діагностований вказаним способом у 4 (20,0 %), 5 (25,0 %) та у 8 (40,0 %) пацієнтів, відповідно, теж супроводжувався збереженою реакцією венозної стінки на медикаментозну пробу, що нами розцінено як задовільну тоніко-контракційну здатність, яка вказує на збереження функціональних резервів венозної стінки.

Декомпенсацію ВТ ми діагностували у 9 (13,4 %) госпіталізованих із рефлюксом, що поширювався лише на 1/3 стегна або гомілки. Поширення ретроградного кровотоку на 2/3 або всю гомілку чи стегно, що виявлено на тлі декомпенсації резервів скоротливості вен у цих ділянках, нами встановлено у 23 (34,4 %) та у 20 (29,9 %) обстежених дослідної групи відповідно. Частота поєднання декомпенсації ВТ із тотальним чи субтотальним патологічним кров'яним потоком була майже однаковою і становила 7 (10,4 %) та 8 (11,9 %) відповідно серед даної категорії.

Отримані дані свідчать, що навіть за умов субтотального патологічного рефлюксу близько 30 % пацієнтів мають збережені функціональні резерви підтримки венозного тонусу, тоді як при ТР таких хворих ми не виявили.

Порівнюючи частоту діагностованих тоніко-контракційних розладів із клінічною характеристикою порушень венозної гемодинаміки, отримано результати, висвітлені у таблиці 3.

Аналізуючи дані, наведені у таблиці 3, встановлено, що в жодному із випадків компенсованої хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок ми не

Таблиця 3. Характеристика стану венозного тонусу при різних ступенях венозної недостатності нижніх кінцівок

| Ступінь ХВН | Стан венозного тонусу, кількість хворих (%) | | Всього |
|-------------|---|-----------|-----------|
| | КВТ | ДкВТ | |
| ХВН 1 | 20 (100,0) | - | 20 (19,1) |
| ХВН 2 | 15 (22,4) | 52 (77,6) | 67 (63,8) |
| ХВН 3 | 3 (16,7) | 15 (83,3) | 18 (17,1) |
| Всього | 38 (36,2) | 67 (63,8) | 105 |

виявили декомпенсації венозного тонусу, в усіх із 105 основної групи, котрі мали ХВН, 1 тонус венозної стінки був збереженим. Натомість при таких клінічних проявах, як стійкі набряки, гіперкератоз, гіперпигментація, атрофія, дерматити і ін., які характеризують венозну недостатність як субкомпенсовану, встановлено, що у 15 госпіталізованих має місце компенсація ВТ, що складає 22,4 % даної групи, тоді як виснаження скоротливої здатності стінки вен діагностовано у 52 (77,6 %). За умов тяжких трофічних розладів у пацієнтів із ХВН 3 зміни ступеня скоротливості венозної стінки зберігали подібну тенденцію, як при ХВН 2. Зокрема, декомпенсацію скоротливих резервів та виснаження тоніко-контракційної здатності вен виявлено у 15 обстежених, тобто у 83,3 %, але необхідно відмітити, що ще у 3, що складало 16,7 %, ми діагностували збережений ВТ. При цьому слід відмітити, що у вказаних трьох пацієнтів трофічні виразки загоїлися самостійно 3-5 років тому, а причиною звернення послужило загострення дерматиту на гомілках. Такі дані можуть свідчити, що розлади мікроциркуляції та порушення трофіки на пізніх стадіях ХВН уже мають свої незалежні від гемодинаміки патогенетичні механізми, а прогресу-

вання макрогомодинаміки лише поглиблює та підтримує їх прогрес.

При цьому слід підкреслити, що у 18 пацієнтів із збереженим тонусом магістралей не було виявлено рефлюксу ні по магістральних, ні по перфорантних венах – усі вони мали периферичну форму ВХ С₁ клас за СЕАР.

Якщо простежити залежність стану венозного тонусу від локалізації, виявляються результати, описані в таблиці 4.

Таблиця 4. Стан тоніко-контрактільної функції в анатомічних сегментах підшкірних вен

| Назва вени | Стан венозного тонусу, кількість хворих (%) | | Всього |
|-------------|---|-----------|--------|
| | КВТ | ДкВТ | |
| ВПВ (гирло) | 101 | 4 (3,8) | 105 |
| ВПВ с/3 С | 101 | 4 (3,8) | 105 |
| ВПВ н/3 С | 96 | 9 (8,6) | 105 |
| ВПВ кс | 103 | 2 (1,9) | 105 |
| ВПВ в/3 Г | 99 | 6 (5,7) | 105 |
| ВПВ с/3 | 86 | 19 (18,1) | 105 |
| ВПВ н/3 | 99 | 6 (5,7) | 105 |
| МПВ (гирло) | 99 | 6(5,7) | 17 |
| МПВ в/3 | 99 | 6(5,7) | 17 |
| МПВ н/3 | 100 | 5 (4,8) | 17 |
| Всього | | 67 | 105 |

Примітки: 1) ВПВ – велика підшкірна вена; 2) в/3 – верхня третина; 3) с/3 – середня третина; 4) н/3 – нижня третина; 5) МПВ – мала підшкірна вена; 6) кс – колінний суглоб на рівні його щілини; 7) С – стегно; 8) Г – гомілка.

Як видно із наведених у таблиці 4 даних, ДкВТ у верхній третині стегна за даними УЗКДС серед 105 основної групи був виявлений лише 4 випадках, що складає 3,8 % від згодом прооперованих. При цьому необхідно зазначити, що виявлений у процесі ультразвукового сканування ретроградний кровотік був зумовлений патологічним потоком крові із колатералей, які впадали у гирлі вказаної вени, а сам її вигляд набував аневризматичної форми. У решти пацієнтів, із компенсованим тонусом, після пересікання колатералей верхня третина ВПВ “спазмувала” і набувала в середньому нормального діаметра. Приблизно таку ж кількість випадків ДкТ діагностовано і у с/3 ВПВ, де у хворих впадала передньо-латеральна гілка ВПВ, що несла також патологічний кров’яний потік. Декомпенсація ВТ ВПВ у нижній третині стегна у 9 (8,6 %) наших пацієнтів зумовлювала наявність регургітації із перфорантів групи Гунтера, що, ймовірно, було пов’язано із невідповідним кутом впадання останніх у ВПВ та зумовлювало різноспрямованість потоків крові. У 2 (1,9 %) госпіталізо-

ваних із втраченим ВТ на рівні колінного суглоба ймовірною причиною ми вважали подібну ситуацію із перфорантами Додда, а низька частота виявлених змін зумовлена малою частотою наявності вказаних вен у популяції.

Найбільша частота ДкВТ великої підшкірної вени серед усіх 105 хворих виявлена нами у середній та верхній третинах гомілки, що загалом склало 23,8 %. При цьому слід відмітити, що вказані зміни, на нашу думку, зумовлені кількома чинниками, зокрема:

1) впаданням вени Леонардо у в/3 гомілки у головний стовбур ВПВ, яка, як відомо, “збирає” кров із перфорантів групи Коккета у більшості випадків і як наслідок цих патологічних скидів сама трансформується;

2) високою частотою неспроможності перфоранта Бойда у в/3 гомілки, що часто з’єднаний колатералами із венозними синусами – депо крові у спокої та венами литкового м’яза, що сам по собі є найпотужнішим елементом м’язово-венозної помпи гомілки.

Низька частота виявленої декомпенсації ВТ у н/3 гомілки, ймовірно, зумовлена відсутністю пухкої клітковини, яка оточує вени у цій ділянці, що й зумовлює кращі функціональні умови для більш пролонгованої компенсації кровотоку в магістральних венах. На нашу думку, цими ж механізмами можна пояснити і відносно низьку частоту декомпенсації тонусу малої підшкірної вени та, відповідно, і її ураження при ВХ, адже остання на 2/3 своєї довжини вкрита фасціальним футляром.

Таким чином, з точки вибору лікувальної тактики, на наш погляд, найбільш важливим є визначення клінічної форми варикозного розширення вен, яка характеризує не тільки переважне ураження магістральних, колатеральних вен чи їх поєднання, а й певною мірою вказує на суть та ступінь вираження змін інших двох найважливіших компонентів функціонування венозного кровотоку нижніх кінцівок, таких як наявність, тривалість та протяжність патологічного вено-венозного рефлюксу і стан венозного тонусу. Як свідчать отримані нами результати, останньому компоненту варто приділяти значно більше уваги, адже навіть за умов значного за протяжністю та декомпенсованого венозного рефлюксу венозна стінка, завдяки власному тонусу, здатна якийсь час протидіяти прогресуванню венозної гіпертензії та забезпечувати певний рівень фізіологічно спрямованого кровотоку. Принагідно варто відмітити, що найбільш виражені зміни ВТ і, ймовірно, їх початок відбуваються у місцях виникнення патологічної регургітації крові, значна частина чого спричинюється не корегова-

ним скидом із колатералей під іншим кутом від основного кровотоку по венозних стовбурах, що, своєю чергою, провокує виникнення турбулентних потоків, спричиняє до локального перевантаження стінки вен, спочатку її розтягнення із підвищенням ВТ, а згодом і до декомпенсації останнього.

Отже, враховуючи результати, що представлені вище, визначальними чинниками вибору способу хірургічної корекції варикозного субстрату хронічної венозної недостатності ми вважаємо такі:

1) наявність, тяжкість, тривалість та довжину поширення патологічної регургітації по магістраль-

них підшкірних венах та їх локалізацію із обов'язковим маркуванням під час УЗКДС;

2) стан компенсації чи декомпенсації венозного тонусу уражених рефлюксом сегментів основних стовбурів підшкірних вен.

Стан ВТ колатералей, на нашу думку, важливого значення у виборі способу втручання не має, оскільки вони підлягають видаленню або склерозуванню після роз'єднання патологічних скидів.

Такий підхід і зумовив розподіл типів хірургічної корекції варикозного синдрому підшкірних вен, представлений у таблиці 5.

Таблиця 5. Розподіл хворих за об'ємом виконаних оперативних втручань

| Групи хворих | Об'єм втручання, кількість хворих (%) | | | | | | | Всього |
|--------------|---------------------------------------|-----------|-------------|--------------------|---------------------|--------------|----------|------------|
| | ТФл | ТФл +SEPS | ПрФл + SEPS | ПрФл + SEPS + Міні | SEPS+ Склеро + Міні | Міні+ Склеро | Склеро | |
| КГ | 57 (86,4) | 3 (4,5) | - | - | - | - | 6 (9,1) | 66 (38,6) |
| ОГ | - | 6 (5,7) | 17 (16,2) | 44 (41,9) | 18 (17,2) | 10 (9,5) | 10 (9,5) | 105 (61,4) |
| Всього | 57 (33,3) | 9 (5,3) | 17 (9,9) | 44 (25,7) | 18 (10,5) | 10 (5,9) | 16 (9,4) | 171 |

Примітки: 1) КГ – контрольна група; 2) ОГ – основна група; 3) ТФл – тотальна флебектомія за “зондовою методикою” Бебкока; 4) SEPS – субфасціальна ендоскопічна дисекція перфорантних вен; 5) ПрФл – парціальна флебектомія; 6) Міні – флебектомія з міні доступу; 7) Склеро – склерозування вен прямим або катетерним способом.

Як бачимо із наведених у таблиці 5 даних, у контрольній групі, де ми базувалися у виборі лікувальної тактики лише на локалізації, тривалості та довжині поширення патологічного зворотного венозного кровотоку, що встановлювалися за допомогою УЗКДС, виконано 57 (86,4 %) тотальних флебектомій за традиційною методикою із над- або підфасціальною перев'язкою перфорантних вен незалежно від клінічної форми, тобто класами C₂-C₆ за класифікацією CEAP. У трьох пацієнтів (4,5 %) тотальне видалення магістральних венозних стовбурів було доповнене субфасціальною дисекцією перфорантних вен гомілки. У решти 6, що склало 9,1 % із C₁ клінічним класом за CEAP, ми виконали ізольовану склеротерапію препаратом SCLEROVEINE різної концентрації.

В основній групі, базуючись на дослідженні вищезгаданих параметрів, клінічних проявах – запропонованих нами клінічних формах ВХ та з урахуванням стану венозного тонусу досліджуваних судин, нам вдалося уникнути тотального видалення великої підшкірної вени у 99 хворих, що склало 94,3 %, і лише за умов тотального ураження ВПВ та декомпенсованого венозного тонусу впродовж усієї її довжини у 6 пацієнтів тотальна флебекто-

мія доповнена SEPS. У 17 прооперованих (16,2 %) виконано часткове або парціальне видалення тих уражених фрагментів ВПВ, де ВТ був декомпенсований. У цій групі втручання обов'язково доповнювалося SEPS для виключення можливості виникнення патологічних скидів у післяопераційному періоді внаслідок перерозподілу кровотоку та враховуючи прогресуючий характер варикозної хвороби. Характерною ознакою вказаної категорії була магістральна форма варикозу. Крім цього, у дослідній групі серед пацієнтів із змішаною або поєднаною формою варикозу характер втручання дещо відрізнявся – парціальна флебектомія колатералей та магістральних вен із ДкВТ та наявним рефлюксом, як правило, з міні-доступів і (або) за методикою Бебкока доповнювалася від'єднанням патологічних скидів за методом SEPS на гомілці або з міні-доступів на стегні – 44 (41,9 %) оперованих в основній групі. При ПФВ, збереженому тонузі МВ виконано 18 комбінованих операцій, що включали міні-флебектомію, SEPS та склеротерапію катетерним способом. У пацієнтів із ретикулярною формою ВХ за CEAP – C₁ виконано ізольовану склеротерапію у 10 (9,5 %), і ще у стількох склеротерапію поєднано із від'єднанням

ретикулярних вен від непрямих, м'язових перфорантів, як правило, на стегні із міні-доступу.

Висновки. 1. Послідовність та етапність втрати венозного тону, яку ми простежили, на нашу думку, разом із тривалістю та поширеністю рефлюксу варто використовувати для оптимізації хірургічної тактики у вказаній категорії хворих.

2. Видаленню підлягають лише функціонально неспроможні вени або їх сегменти із зниженим, декомпенсованим тонусом судинної стінки.

3. Такий підхід дозволив зменшити операційну травму за рахунок збільшення частки органозберігаючих операцій майже у 10 разів і поряд із цим зберегти радикальність втручання та її косметичність.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Константинова Г.Д., Зубарев А.Р., Градусов Е.Г. Флебология. – М.: Видар-М, 2000. – 154 с.
2. Лишнева В.Ю. Хроническая венозная недостаточность: вопросы и ответы // Кровообіг та гемостаз. – 2004. – № 2-3. – С. 111-117.
3. Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. Флебология: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2001. – 664 с.
4. Стойко Ю.М., Лыткин М.И., Шайдаков Е.В. Венозная гипертензия в системе полых вен. – СПб., 2002. – 276 с.
5. Український Консенсус з лікування пацієнтів з варикозною хворобою нижніх кінцівок. – К., 2005. – С. 20.
6. Чернуха Л.М., Гуч А.А. Хирургия неосложненных форм

7. Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М., Лыткин М.И. Основы клинической флебологии. – М.: Медицина, 2005. – 312 с.
8. Handbook of venous disorders. - 2nd ed. / ED by P. Gloviczki, J.S.T. Yao. – Hodder & Stoughton Educational, 2001. – 613 p.
9. Bergan J.J. Varicose veins: chronic insufficiency // Vasc. Surg. – 2006. – Vol. 15 (1). – P. 21-26.
10. Van den Bussche D., Moreels N., De Letter J. Endovenous laser treatment for primary varicose veins // Acta. Chir. Belg. – 2006. – Vol. 106. – P. 32-35.

Отримано 6.09.10