

УДК 616.147.3-007.64-089.168]- 037

©¹О.Б. Луговий, ¹В.Б. Гоцинський, ¹І.Я. Зима, ²Є.І. Берекета, ²Г.О. Берекета¹ Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського² Тернопільський міський флебологічний центр

ОЦІНКА ТА ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВАРИКОЗНУ ХВОРОБУ НИЖНІХ КІНЦІВОК

ОЦІНКА ТА ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВАРИКОЗНУ ХВОРОБУ НИЖНІХ КІНЦІВОК – Стаття присвячена аналізу рецидивів варикозно хвороби у 271 прооперованих пацієнтів. Встановлено, що основною причиною рецидиву є недотримання принципів індивідуального вибору методів оперативних втручань залежно від клініко-сонографічних даних. Також визначено критерії, за якими можна спрогнозувати рецидив варикозно хвороби після оперативного втручання і попередити його виникнення.

ОЦЕНКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИЗ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ – Стаття посвящена анализу рецидивов варикозной болезни у 271 прооперированных больных. Отмечено, что основной причиной рецидива варикозной болезни было игнорирование принципов выбора метода оперативных вмешательств в зависимости от клинико-сонографических данных. Также определены критерии, которые дают возможность спрогнозировать рецидив варикозной болезни после оперативного вмешательства и предупредить его возникновение.

ESTIMATION AND PROGNOSTICATION OF RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH VARICOSE ILLNESS OF LOWER EXTREMITIES – The article is devoted to the analysis of relapses of varicose illness of 271 operated patients. It is set that principal reason of relapse is a failure to observe of principles of individual choice of methods of operative interferences depending on clinical and ultrasonic sonography information. Also certainly criteria after which it is possible prognosis the relapse of varicose illness after operative interference and warn his origin.

Ключові слова: варикозна хвороба, операції, рецидив.

Ключевые слова: варикозная болезнь, операции, рецидив.

Key words: varicose illness, operations, relapse.

ВСТУП Не дивлячись на значний прогрес у лікуванні варикозно хвороби нижніх кінцівок післяопераційні рецидиви, за даними різними авторів, виника-

ють у 5-80 % випадків. При цьому, необхідно відмітити, що ризик рецидиву захворювань після проведених оперативних втручань оцінюють в 50 % на кожні 5 років після операції [2, 3, 4]. Необхідно також відмітити, що більше 80 % хворих на варикозну хворобу нижніх кінцівок (ВХНК) оперують у загальнохірургічних стаціонарах із переважним застосуванням стандартних оперативних втручань без врахування особливостей клініко-сонографічних даних [3]. Ця обставина є однією з основних причин рецидиву захворювання.

Метою дослідження було оцінення результатів оперативного втручання з приводу варикозно хвороби нижніх кінцівок та визначення можливості прогнозування рецидивів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ У терміни від 6 місяців до 10 років ретроспективно обстежили 159 (92,98 %) прооперованих хворих дослідно групи та 112 (127-88,18 %) прооперованих хворих контрольно групи. Ефективність хірургічного лікування у 2-х групах оцінювали за наступними параметрами:

1) нормалізація “якості життя”, що є важливим показником біосоціально адаптації пацієнта;

2) повне або часткове зникнення суб’єктивно симптоматики (біль, відчуття тяжкості, втомлюваність кінцівок, судоми литкових м’язів тощо);

3) об’єктивний статус кінцівки, яка була прооперована з обов’язковим виконанням повторно доплерографії із метою виявлення причин рецидиву хвороби;

4) відновлення працездатності хворого.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ Результати огляду та опитування хворих основно та контрольно груп залежно від терміну лікування виділено у окремі підгрупи (до 3 років; 3-5 років; 5-10 років) та представлено у таблицях 1 та 2.

Таблиця 1. Порівняльна оцінка ефективності хірургічного лікування (основна група), n = 159

Група хворих за результатами лікування	Підгрупа хворих за терміном лікування						Всього хворих	
	до 3 років		3- 5 років		5- 10 років			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1-ша група – “добре”	29	76,3	66	72,5	19	63,3	118	74,2
2- га група – “задовільно”	7	18,4	14	15,4	7	23,3	25	15,7
3-я група – “незадовільно”	2	5,3	11	12,1	4	13,4	16	10,1
Всього	38		91		30		159	100

Таблиця 2. Порівняльна оцінка ефективності хірургічного лікування (контрольна група), n = 112

Група хворих за результатами лікування	Підгрупа хворих за терміном лікування						Всього хворих	
	до 3 років		3-5 років		5-10 років			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1-ша група – “добре”	17	60,7	33	62,3	12	38,7	62	55,4
2- га група – “задовільно”	7	25,0	11	20,7	8	25,8	26	23,2
3-я група – “незадовільно”	4	14,3	9	17,0	11	35,5	24	21,4
Всього	28		53		31		112	100

Абсолютну кількість пацієнтів – 118 (74,2 %) основно групи складають хворі 1- підгрупи, у яких віддалені результати комбінованого лікування нами розцінені як добрі. У всіх пацієнтів у віддалений період були досягненні високі клінічні та косметичні показники. Так, при відсутності варикозно змінених вен зникли або значно зменшилися об'єктивні та суб'єктивні ознаки декомпенсованого венозного кровотоку кінцівки і повністю відновились працездатність. Самі пацієнти були задоволені результатами оперативного втручання. При відсутності рецидиву варикозних вен естетичний вигляд прооперовано кінцівки не викликав будь-яких нарікань з боку пацієнтів.

Задовільний результат лікування відмічено у 25 (15,7 %) хворих (2-га підгрупа). При цьому було наголошено на наявності помірного варикозного розширення вен в проекції бокових гілок велико підшкірно вени (ВПВ) та мало підшкірно вени (МПВ), відмічено незначну гіперпігментацію у нижній третині гомілки та за ходом склерозованих вен або погану якість загоєння післяопераційних рубців (гіпертрофічні, коло дні рубці). Незадовільний результат констатовано нами у 16 (10,1 %) випадках у зв'язку із відсутністю стійкого ефекту лікування у віддалений період, рецидивом варикозно розширених підшкірних вен, наявністю або посиленням клінічних симптомів хронічно венозно недостатності, що була пов'язана із подальшим прогресуванням варикозно хвороби (3-я підгрупа).

В той же час, у контрольній групі хворих, де оперативні втручання проводили за традиційними методиками, звертає на себе увагу значно менший відсоток добрих результатів (55,4 % проти 74,2 % в основній групі).

Спостерігається також великий відсоток порівняно із основною групою хворих задовільних (23,2 %) та незадовільних результатів (21,4 %). Цей факт можна пояснити ігноруванням застосування методу ультразвукового дослідження стану венозно системи кінцівки, що підлягає оперативному втручання або недостатньою інформативністю як самого методу, так і трактуванням отриманих результатів дослідження.

Це призводило до рецидивів варикозно хвороби через патологічно функціонуючі перфорантні вени стопи групи Кокетта, Бойда та Додда (18 випадків хворих із контрольної групи, що склало 16,0 %, та 13 випадків у пацієнтів основно групи – 8,2 %). Іншою причиною рецидиву варикозно хвороби була анатомічна особливість основних стовбурів ВПВ та МПВ, х пригирлових відділів та приток у 14 хворих (12,5 %) контрольної групи та у 9 хворих (5,7 %) основно групи. Також спостерігається спільна для 2-х груп хворих тенденція, а саме, із збільшенням термінів від моменту хірургічного втручання при більшості “добрих” результатів збільшується частка “задовільних” та “незадовільних” результатів.

Загалом, дефекти попереднього лікування та шляхи х усунення після додаткового сонографічного обстеження глибоко та поверхнево вен представлено в таблиці 3.

Таблиця 3. Характеристика основних дефектів хірургічного лікування у двох групах хворих та шляхи х усунення

Назва дефекту	Кількість дефектів ¹	Способи усунення дефектів
Рецидиви варикозного розширення вен в системі ВПВ та МПВ і приток після операції	54 (19,9 %)	Усунення горизонтального рефлюксу у пригирлових відділах ВПВ, МПВ та перев'язка х приток, субфасціальна дисекція перфорантних вен, мініфлебектомія, компресійна флєбосклерозуюча терапія, парціальна флєбектомія
Симптоматика хронічно венозно недостатності, пов'язана із виникненням неспроможності клапанів глибоко венозно системи, кело дний рубець, гіперпігментація швів	33 (12,2 %)	Загальноприйняте лікування (компресійний одяг, венотоніки, фізіо-, лазеротерапія, косметологічні заходи в умовах спеціалізованого закладу).
Виникнення телеангієктазій на стегні та гомілці ²	17 (6,3 %)	Компресійна мікросклеротерапія
Разом	104	

Примітки: ¹ – можна розглядати як прояв окремих гормональних відхилень в організмі, що не впливають на основні механізми розвитку ВХНК; ² – у деяко кількості пацієнтів було виявлено один або два дефекти.

Як видно із таблиці 3, найбільш суттєвим дефектом попереднього лікування був рецидив варикозно хвороби. Однак подальше дослідження цих пацієнтів із використанням дуплексного ангіосканування показало, що “справжні” рецидиви виявлено у 22 хворих контрольної групи (40,7 %) та у 7 (12,9 %) хворих основно групи. Така незначна кількість виявлених “справжніх” рецидивів у хворих основно групи пояснюється тим, що м було застосовано відпрацьовану тактику відбору, яка базувалась на доопераційному сонографічному обстеженні та комплексному застосуванні сучасних методів оперативного лікування. Та-

ким чином, причини виникнення “справжніх” рецидивів чіткі та х можна прогнозувати. Найбільшу зацікавленість у нас викликав аналіз причини виникнення “несправжніх” рецидивів та можливість х прогнозування.

Для цього, на основі розроблених критеріїв в [1] ми склали нерівноцінні за своїм значенням групи основних причин рецидивів та оцінили х у балах:

1. Анатомо-топографічні особливості (5 балів) – можна встановити під час клінічного та сонографічного обстеження хворого:

1.1. Розсипний тип венозно системи.

1.2. Анатомічні особливості основних стовбурів ВПВ та МПВ, х пригирлових відділів та приток.

1.3. Наявність нетипових перфорантних вен на стегні та гоміліці, стопі.

1.4. Не коригована недостатність клапанів магістральних вен.

2. Хірургічні (10 балів):

2.1. Технічні та тактичні дефекти первинного хірургічного втручання.

2.2. Різна кваліфікація хірургів.

3. Клінічні (5 балів):

3.1. Дефекти клінічного та інструментального обстеження хворих.

3.2. Недооцінка даних інструментального дослідження.

3.3. Подальше прогресування захворювання.

4. Причини, що зумовлені супутніми захворюваннями (3 бали):

4.1. Наявність хронічних захворювань, що порушують венозний відтік крові.

4.2. Надмірна маса тіла або збільшення маси тіла після першо операці.

4.3. Гормональний дисбаланс на тлі гінекологічних або ендокринних захворювань.

4.4. Метаболічний синдром.

5. Професійні (2 бали):

5.1. Особливості професійно діяльності пацієнтів (вимушене положення тіла, активність, фізичні навантаження тощо).

6. Спадковість (3 бали):

6.1. Наявність варикозно хвороби у найближчих родичів.

6.2. Наявність варикозно хвороби у віддалених родичів.

Оцінку кожно із груп у балах визначали на основі статистично обробки отриманих даних методом ло-

гістично регресі із розрахунком коефіцієнта кореляції для кожно ознаки (брали до уваги частоту кожно ознаки, що виявлялась, та наявність в групі із діагностованими рецидивами). На основі цього ми створили так званий "прогностичний індекс виникнення рецидивів ВХНК" і склали за групами наступну схему, що дозволяє з достатньо високим ступенем прогнозувати виникнення післяопераційних рецидивів ВХНК ще до оперативного лікування.

Так, 1-ша група (1-5 балів) – ризик виникнення рецидивів ВХНК є невеликим;

2-га група (6-9 балів) ризик виникнення рецидивів ВХНК – середній;

3-я група (10 та більше балів) – ризик виникнення рецидивів ВХНК – високий (близький до 100 %).

Не претендуючи на абсолютність, ця схема прогнозування рецидивів ВХНК ще на доопераційному етапі виявила у нас зацікавленість і може бути застосована у клінічній практиці.

Правомірність застосування бально шкали прогнозу виникнення рецидивів ВХНК підтверджена нашими дослідженнями. Так, ретроспективний аналіз рецидиву ВХНК 54 хворих, що були прооперовані за запропонованою схемою, дозволила спрогнозувати середній та високий ступінь ризику рецидиву у 51(94,4 %) випадків (рис. 1). Подібне дослідження також проведено у 108 хворих на варикозну хворобу до операці, аналіз результатів якого представлено на рис. 2.

Так, у цій категорії хворих середній (27) та високий ризик (2) рецидиву ВХ визначений у 29 хворих, що склало 26,9 %, в основному за рахунок особливостей анатомічно будови основних стовбурів ВПВ та МПВ, х пригирлових відділів та приток, а також за рахунок не типового розміщення перфорантних вен на стегні та гоміліці.

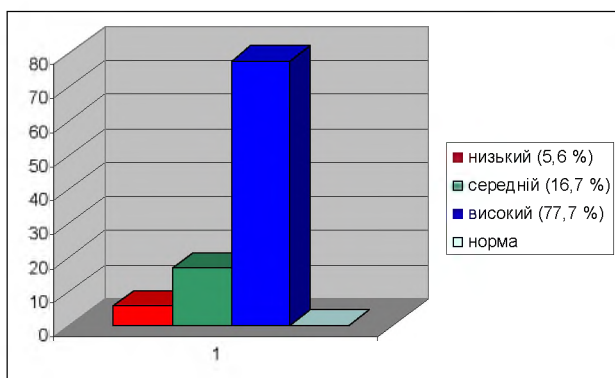


Рис. 1. Розрахунок ризику розвитку рецидивів ВХНК у 54 прооперованих.

Маючи подібну інформацію, можна вже до операці поділили усі фактори ризику, що можна відкоригувати та не коригуючи фактори. Так, до першо групи ми віднесли фактори, на які дійсно можна вплинути під час вибору методів оперативного втручання та під час х виконання і деякі супутні захворювання, прояви яких можна невілювати під час підготовки хворого до операці та у післяопераційний період, а також фактори,

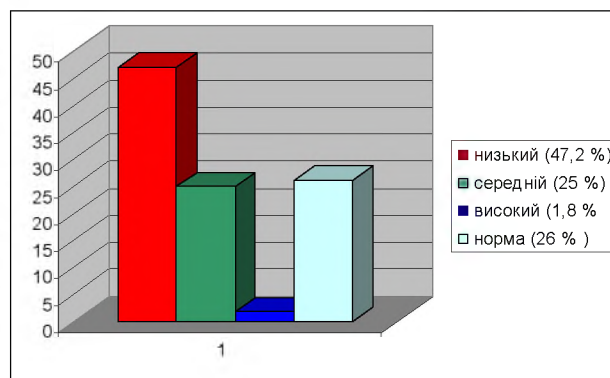


Рис. 2. Розрахунок ризику розвитку рецидивів ВХНК у хворих до операці (108 хворих).

що стосуються професійно діяльності пацієнта. До факторів, що не коригуються ми віднесли хронічні супутні захворювання, спадкові фактори ризику і так званий "метаболічний синдром". Останній призводить до структурно дезорганізації сполучно тканини, зокрема до дисфункці та дизрегуляці ендотелію венозних судин і рецидиву захворювання. Такі пацієнти повинні знаходитись під постійним спостереженням спеціалістів.

ВИСНОВОК Для зменшення кількості рецидивів варикозно хвороби необхідне обов'язкове передопераційне сонографічне обстеження венозної системи нижньої кінцівки, що підлягає оперативному лікуванню, з метою виявлення анатомо-топографічних особливостей будови, а також індивідуальний вибір сучасних методів оперативних втручань із врахуванням отриманих клініко-сонографічних даних.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Крилов А.Ю., Шулушко А.М., Хмарова С.Е. Современные тенденции и прогнозирование результатов лечения больных

с неосложненными формами варикозной болезни нижних конечностей / А.Ю. Крилов, А.М. Шулушко, С.Е. Хмарова // Флебология. – 2008. – № 2. – С. 34- 37.

2. Савельев В.С. Флебология: Руководство для врачей / В.С. Савельев, В.А. Гологорский, А.И. Кириенко / Под ред. В.С. Савельева. – М.: Медицина, 2001. – 664 с.

3. Шевченко Ю.Л. Основы клинической флебологии / Ю.Л. Шевченко, Ю.М. Стойко, М.И. Лыткин – М: Медицина, 2005. – 384 с.

4. Perrin M.R. Guex J.J., Ruckley C.V. Recurrent varicose after surgery (REVAS), a consensus document. / M.R. Perrin, J.J. Guex, C.V. Ruckley – REVAS group. Cardiovasc Surq. – 2006. – Vol.8., № 4. – P. 233-245.

Отримано 28.04.10