

СУЧАСНІ МЕТОДИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК

О. Г. Свистун

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
ННІ медсестринства*

Проведено аналіз літературних даних, які стосуються застосування сучасних хірургічних технологій у лікуванні варикозної хвороби нижніх кінцівок.

MODERN METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF VARICOSE ILLNESS OF LOWER EXTREMITIE

O. H. Svystun

*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky
Institute of Nursing*

The analysis of literary data which touch application of modern surgical technologies in treatment of varicose illness of lower extremities is conducted.

Вступ. Активний процес пошуків нових способів хірургічного лікування варикозної хвороби (ВХ) триває уже понад століття. Способи оперативних втручань пропонувалися надзвичайно різні, при цьому результати та їх ефективність і вражала, і з часом розчаровувала. Це було пов'язано із відсутністю стандартизованих підходів до лікування, механістичним, рутинним принципом вибору хірургічного втручання, а здебільшого пацієнти ставали «заручниками» захоплення хірургів тією чи іншою теорією етіопатогенезу хронічної венозної недостатності (ХВН) та ВХ зокрема, і на яких власне базувались тактичні лікувальні підходи [2].

При обговоренні питань щодо лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок (ВХНК) слід відмітити, що на сьогодні її хірургічне лікування залишається безальтернативним [6]. Традиційні оперативні втручання (операція Бебкокка, Нарата, Кокетта, Клінтона, Фельдера та інші) є домінуючими у загально хірургічних відділеннях і, незважаючи на свою радикальність, супроводжуються частими ускладненнями та грубими кос-

метичними дефектами [1,4]. Саме косметичні дефекти та високий відсоток післяопераційних рецидивів варикозної хвороби (від 5-80 % за даними різних авторів) стає причиною відмови хворих від оперативного лікування [5,7,8]. Тому великі за об'ємом флебектомії серед ангіохірургів вже рахуються не доцільними, а у ряді випадків навіть помилковими [3].

Основна частина. Широке застосування новітньої ультразвукової діагностичної технології дозволило чітко виявляти особливості патофізіологічних порушень у глибокій та поверхневій венозних системах і за допомогою сучасних, малоінвазивних методів оперативного втручання усувати основні патологічні ланки ВХНК. Поєднання високоінформативної ультразвукової діагностики із малоінвазивними операціями створили умови для прицільної корекції порушення венозного кровотоку, і таким чином визначився пріоритетний напрямок у хірургічному лікуванні варикозної хвороби нижніх кінцівок. Це високотехнологічні, малоінвазивні оперативні втручання, здатні задовільними основні вимоги, що ставляться перед сучасною оперативною флебологією – покращення функціональних та косметичних результатів.

У цьому плані компресійна склеротерапія є ефективним і технологічним методом лікування ВХНК, що не вимагає госпіталізації хворого, має малу травматичність і високий косметичний результат. Перший термін підкреслює обов'язкову та важливу складову цього методу – еластичну компресію, а другий – показує характер лікувального процесу. Склеротерапія полягає у введенні спеціального розчину – багатоатомного спирту полідоканолу ("Етоксисклерол" або "Склеровейн"- Швейцарія) або тетрадецил сульфату натрію ("Сотрадекол" – США; "Трободжент" – Канада; "Тромбовар" – Франція; "Фибро-Вейн" – Англія) – у просвіт судини. Після введення склерозанта необхідно створити компресію на судини, що склерозується, за допомогою еластичних бинтів або спеціального компресійного трикотажу.

Як самостійний метод флєбосклерозуюче лікування можна застосовувати лише за відсутності патологічного рефлюксу венозної крові (тобто при відсутності вертикального та горизонтального рефлюксу), зокрема у випадках телеангіектазій, ретикулярного варикозу, локального розширення колатеральних підшкірних вен. У всіх інших випадках це лікування є допоміжним.

Революційна модернізація склеротерапії – ультразвукова-контролююча пінна склеротерапія, або склеротерапія "Foam-Form", достатньо широко використовується у багатьох країнах світу для лікування ВХНК. Основне призначення foam терапії – склерозування великої та малої підшкірної вени та їх великих притоків. Піна отримується безпосередньо (із 1-3 % склеровейна) перед проведенням операції. Об'єм піни у декілька разів перевищує вихідний об'єм препарату. При введенні препарату у просвіт вени він заповнює весь її об'єм, витискуючи кров, але не змішуючись із нею. Комбінація кросектомії із склеротерапією "Foam-Form" дозволяє отримати гарні лікувальні та косметичні результати і є альтернативою короткого або довгого стрипінгу.

Серед сучасних методів лікування хворих на ВХНК особливе місце займають малоінвазивні апаратні методи, що базуються на високочастотному впливу на стінку венозної судини. Одним із таких методів є ендovasкулярна лазерна коагуляція (ЕВЛК). В основі технології лежить ефект вибіркового поглинання різними компонентами тканин лазерної енергії певної довжини, зокрема, довжиною хвилі 1470, 1500 та 1560 нм. До-

слідження показали, що цей спектр випромінювання переважно поглинається водою, яка міститься у крові і в усіх тканинах вени. Це дає можливість до більш рівномірного, чим на «гемоглобін поглинаючий» довжині (1320-1340 нм) розподіленню лазерної енергії і для ефективної термокоагуляції необхідна менша міцність випромінювання.

У багатьох наукових публікаціях подається аналітичний матеріал щодо результатів застосування ЕВЛК для лікування варикозної хвороби, в якому основний наголос робиться на її ефективності, малотравматичності та косметичному ефекті. Так, результати ЕВЛК можна зіставити із такими операціями, що базуються на повному або частковому видаленні магістральних вен.

Одним із перспективних напрямків інтервенційної радіології є ендовенозна радіочастотна абляція (RFA) варикозно трансформованих вен. Цей високотехнологічний метод лікування є наступним етапом у сучасному лікуванні ВХНК. Суть цієї методики заключається у використанні радіочастотної енергії, що створює тепловий вплив на венозну стінку, у результаті чого вона "зморщується" і патологічний кровотік по ній припиняється. Оточуючі тканини при цьому не пошкоджуються. Операція проводиться під контролем УЗД скануванням у режимі реального часу. Однак застосування цього методу на етапі аналізу його результатів.

Слід відмітити, що с позицій доказової медицини ендovasкулярні оперативні втручання, згідно даних Американського венозного форуму, мають ступінь доказовості I A.

Особливе місце у лікуванні ВХНК та її ускладненої форми (трофічні виразки) займає субфасціальна дисекція перфорантних вен (SEPS - Subfascial Endoscopic Perforant Surgery). Цей вид оперативного втручання є доволі ефективним для ліквідації на гомілці горизонтального патологічного рефлюксу на стадіях С4-С6 ВХНК, при яких є набряк, ліподерматосклероз, атрофія шкіри, а також трофічні виразки із різними періульцерозними змінами. Виконання традиційних оперативних втручань, направлених на над- або підфасціальну перев'язку перфорантних вен (операція Коккета, Лінтона, Фельдера), на тлі змінених тканин, часто приводить до розвитку гнійно-септичних ускладнень, лімфатичних набряків, некрозу шкіри. В той же час, операція SEPS у комплексному застосуванні із іншими

методами оперативного втручання дозволяє провести ліквідацію горизонтального рефлюксу на гомілці на тлі санованої трофічної виразки, а її ефективність та мінімальні ускладнення підтверджені багатьма авторами.

На даний час SEPS залишається пріоритетною операцією для усунення горизонтального рефлюксу венозної крові на гомілці. Однак в науковій літературі з'являються публікації щодо лазерної абляції перфорантних вен, а також їх склерозування без відповідного аналізу результатів виконання цих методик. На нашу думку, багаторічна історія застосування операції SEPS дала можливість науковцям проаналізувати переваги та недоліки цього оперативного втручання і чітко

відпрацювати показання та методику його виконання.

Вдосконалення інструментарію та техніки може зробити цю операцію ще більш ефективною, особливо у пацієнтів із трофічними виразками.

Висновок. Згідно з даними літератури сучасні малоінвазивні хірургічні втручання з приводу ВХНК більш ефективні та більш косметично привабливі, ніж традиційні хірургічні методи. Однак результати оперативних втручань, здійснених за їх допомогою, вимагають глибокого, системного аналізу. Це дасть можливість за рахунок зменшення кількості післяопераційних ускладнень, рецидиву варикозної хвороби значно покращити їх функціональний та косметичний ефект.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гавриленко А. В. Ошибки в обследовании и лечении больных с варикозной болезнью нижних конечностей и их роль в возникновении рецидива болезни / А. В. Гавриленко, П. Е. Вахрамьян // *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 2008. – Т. 14, № 1. – С. 61–64.
2. Исторические вехи хирургии хронической венозной недостаточности / под ред. Ю. Л. Шевченко. – М., 2005. – 22 с.
3. Кириенко А. И. Минимально-инвазивная хирургия варикозной болезни / А. И. Кириенко // *Флебологическая хирургия*. – 1998. – № 9. – С. 13–20.
4. Крылов А. Ю. Современные тенденции и прогнозирование результатов лечения больных с неосложненными формами варикозной болезни нижних конечностей / А. Ю. Крылов, А. М. Шулуто, С. Е. Хмырова // *Флебология*. – 2008. – № 2. – С. 28–37.
5. Стойко Ю. М. Рецидив варикозной болезни: патофизиология, особенности диагностики, стратегия и тактика современного лечения / Ю. М. Стойко, В. Г. Гудимович // *Флебология*. – 2007. – № 1. – С. 37–41.
6. Kistner R. L. Surgery in acute and chronic venous disease / R. L. Kistner, M. Sparkuhl // *Surgery*. – 1979. – Vol. 85, № 1. – P. 31–43.
7. Manfrini S. Endovenous management of saphenous vein reflux / S. Manfrini, V. Gasbarro, G. Danielsson // *J. Vasc. Surg.* – 2000. – Vol. 32, № 2. – P. 330–342.
8. Perrin M. R. Presentation of the patient with recurrent varices after surgery (REVAS) / M. R. Perrin, N. Labropoulos, L. R. Jr. Leon // *Journal of Vascular Surgery*. – 2006. – Vol. 43, № 2. – P. 327–334.