

Обґрунтування показань і вибір способу хірургічного лікування хворих на рецидив варикозної хвороби нижніх кінцівок

Мета роботи: визначення показань і вибір способу хірургічного лікування хворих із рецидивом варикозної хвороби (РВХ) нижніх кінцівок.

Матеріали і методи. Обстежено 85 пацієнтів із рецидивом варикозної хвороби нижніх кінцівок після хірургічних втручань.

Результати досліджень та їх обговорення. Показання до повторних хірургічних втручань при РВХ нижніх кінцівок умовно можна розділити на соціальні (відносні) і медичні (абсолютні). Відносні показання базувалися на бажанні хворого поліпшити естетичний ефект операції. Основною метою абсолютних показань було припинення прогресування порушень трофіки тканин. При ліквідації прямих співусть між підшкірною і глибокою венозними системами (сафенофеморальне, сафенопоплітеальне, перфорантні вени) перевагу надавали лігуванню вен з мінідоступу. Протипоказаннями до виконання ендовенозної лазерної абляції (ЕВЛА) є поверхневе розташування, звивистість і великий діаметр (більше 1,0 см) варикозно змінених вен. Склеротерапія була способом вибору при усуненні рефлюксу по резидуальних звивистих рецидивних венах діаметром до 3 мм.

Ключові слова: рецидив варикозної хвороби нижніх кінцівок; хірургічне лікування.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Виконання повторних втручань у хворих з рецидивом варикозної хвороби (РВХ) нижніх кінцівок накладає велику відповідальність на хірурга, оскільки доводиться оперувати пацієнтів із більш тяжкими, ніж при первинній варикозній хворобі (ВХ), проявами хронічної венозної недостатності (ХВН), незадоволених результатом лікування. З огляду на всі несприятливі фактори, прийняття рішення має базуватися не тільки на прогресуванні порушень трофіки тканин, але і на особистій згоді хворого. Основоположним тактичним підходом має бути безпечне і найменш травматичне усунення джерел патологічного рефлюксу крові з оптимальним вибором обсягу і способу видалення або обструкції варикозно змінених вен.

Мета роботи: визначення показань і вибір способу хірургічного лікування хворих із РВХ нижніх кінцівок.

Матеріали і методи. Обстежено 85 пацієнтів із рецидивом варикозної хвороби нижніх кінцівок після хірургічних втручань, які перебували на лікуванні у відділі хірургії магістральних судин ДУ “Національний інститут хірургії і трансплантології імені О. О. Шалімова” НАМН України з 2010 до 2016 р. включно. Середній вік пацієнтів склав (33,3±4,9) року (від 24 до 56), співвідношення чоловіків і жінок було 1:2,32 (16:69). Тривалість захворювання варіювала від 8 до 29 років (в середньому – (10,9±3,5) року). З метою коректної оцінки результатів дослідження у кожного хворого вивчали клінічні ознаки захворювання і анатомо-ге-

динамічні порушення тільки на одній, більшою мірою зміненій кінцівці.

Обґрунтування показань до виконання повторних операцій базувалося на клінічних проявах захворювання, які оцінювали за міжнародною класифікацією CEAP [6]. Для об'єктивізації проявів ХВН використано шкалу клінічної тяжкості (ШКТ) венозної недостатності [7]. Велику увагу також приділяли оцінці якості життя пацієнтів на підставі специфічного тесту – Chronic Lower Limb Venous Insufficiency Questionnaire (CIVIQ), який набув широкого поширення в усьому світі [3].

Ультразвукові дослідження виконували на апараті EnVisor фірми Philips (Голландія) з використанням мультичастотного лінійного датчика 12–5 МГц для підшкірних вен і конвексного датчика 5–2 МГц – для глибоких. Основною метою дослідження було визначення шляхів поширення патологічного венозного рефлюксу і створення анатомічної карти рецидивного варикозу.

Результати досліджень та їх обговорення. Рецидиви варикозної хвороби найчастіше проявлялися у вигляді набряків – у 58 (68,24 %) пацієнтів, пігментації шкірних покривів – у 72 (84,71 %), дерматитів та екзем – у 21 (24,71 %), болю – у 37 (43,53 %), ліподерматосклерозів – у 29 (34,12 %), венозних виразок – у 8 (9,41 %).

Відповідно до класифікації CEAP, клас C2 реєстрували у 4 (4,71 %), C3 – у 14 (16,47 %), C4 – у 47 (55,29 %), C5 – у 11 (12,94 %), C6 – у 9 (10,59 %) хворих. Як свідчили дані анамнезу і клінічного обстеження, прогресування ХВН, за класифікацією CEAP, спостерігали у 45 (52,94 %) хворих (рис. 1).

Відповідно до цього, загальна оцінка тяжкості захворювання за ШКТ відображала погіршення стану пацієнтів на $(4,3 \pm 1,2)$ бала.

Разом із тим, у 21 (24,71 %) пацієнта рецидив захворювання не призвів до прогресування ХВН, а бажання корекції патологічних проявів більшою мірою можна пояснити естетичними і психологічними факторами. Як впливало з результатів оцінки якості життя пацієнтів з ХВН (CIVIQ), найчастіше на біль і фізичний дискомфорт вказували хворі віком 45–54 ($55,9 \pm 14,3$) і 55–64 років ($58,1 \pm 14,7$). Психологічне незадоволення найвищим було у домогосподарок ($46,7 \pm 10,4$) порівняно з тими, хто веде активний спосіб життя ($32,2 \pm 7,9$). Що ж стосується кореляції з клінічними проявами ХВН за шкалою CEAP, як не дивно, на порушення якості життя вказували пацієнти з C3 клінічним класом CEAP (табл. 1).

Проведене дослідження дозволило припустити, що показання до повторних хірургічних втручань при РВХ нижніх кінцівок умовно можна розділити на соціальні (відносні) і медичні (абсолютні). Відносні показання базувалися на бажанні хворого поліпшити естетичний ефект операції. Основною метою абсолютних показань було зупинити або зменшити прогресування порушень трофіки тканин, що ведуть до рецидиву запальних процесів і утворення трофічних виразок.

Абсолютні протипоказання до хірургічної корекції порушень регіонарної гемодинаміки виникли у 2 (2,35 %) хворих при наявності тяжкої серцевої недостатності та оклюзійно-стенотичного ураження артерій нижніх кінцівок. У таких випадках хворому призначали медикаментозне лікування і компресійну терапію у вигляді еластичного бинтування або носіння компресійних панчіх.

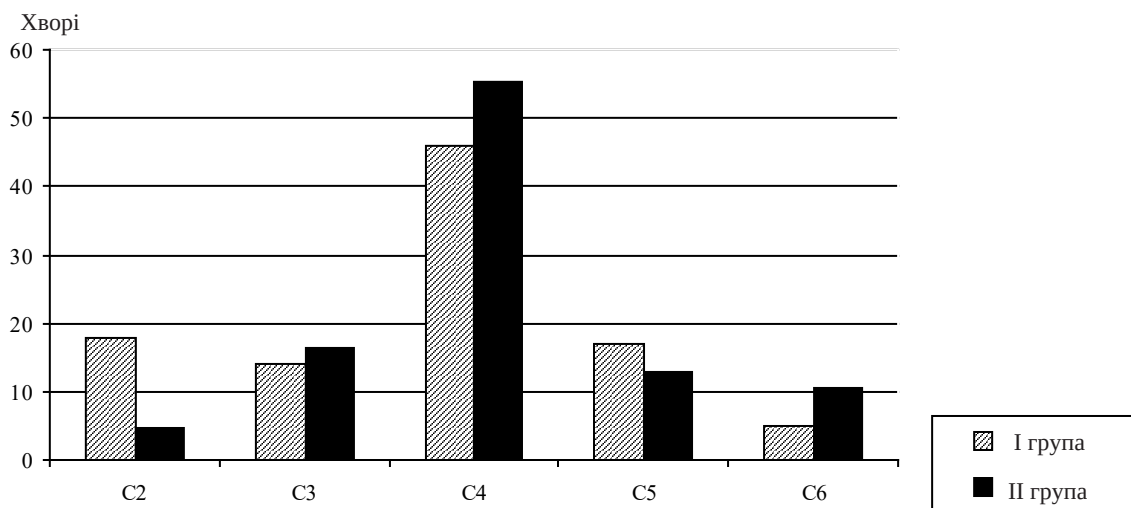


Рис. 1. Розподіл хворих на варикозну хворобу і рецидив варикозної хвороби за клінічними класами класифікації CEAP.

Таблиця 1. Показники якості життя пацієнтів із РВХ нижніх кінцівок до лікування (за шкалою CIVIQ)

Досліджувані категорії	Біль (M±m)	Фізичний дискомфорт (M±m)	Психологічний дискомфорт (M±m)	CIVIQ (M±m)
Вік (роки)				
18–24	42,3±10,6	33,2±8,7	22,3±6,6	32,0±7,3
25–35	47,8±12,1	40,4±9,3	36,7±8,8	38,3±7,9
35–44	48,4±12,7	41,2±8,9	34,5±8,1	36,4±7,5
45–54	55,9±14,3	51,6±13,9	46,1±9,7	48,7±9,3
55–64	58,1±14,7	55,3±14,7	43,2±8,0	48,5±9,7
Вид занять				
Домогосподарка	58,3±15,2	56,5±14,8	46,7±10,4	51,1±12,3
Сидяча робота	48,6±12,8	46,3±12,7	37,6±9,2	43,1±10,4
Робота стоячи	49,7±12,5	44,6±11,3	38,3±10,7	41,6±9,7
Активний спосіб життя	43,4±8,1	38,6±8,4	32,2±7,9	36,9±7,8
CEAP (C)				
C2	49,8±11,7	55,7±12,3	40,5±11,6	45,5±11,2
C3	58,7±12,5	60,8±12,7	41,3±11,9	51,5±12,6
C4	49,8±10,7	52,1±11,7	37,3±11,0	43,8±10,2
C5	48,3±9,9	46,3±9,6	42,5±12,0	44,8±12,1

Після обґрунтування показань до лікування РВХ проводили аналіз даних ультразвукового дослідження, метою якого була локалізація всіх джерел патологічного рефлюксу крові, визначення анатомо-гемодинамічного типу РВХ, оцінка анатомічного розповсюдження варикозно змінених приток, наявності звивистості, вимір діаметрів вен. Таким чином, вибір тактики лікування хворих із РВХ був оснований на комплексній діагностиці анатомічних і функціональних особливостей ураження.

На даний час застосовують три основні способи лікування РВХ – відкриті хірургічні втручання, ендовазальну лазерну абляцію (ЕВЛА) і хімічну (склеротерапія) абляцію вен [4]. Залежно від анатомічних особливостей варикозних змін підшкірних вен і навколишніх тканин кожен із способів має суворі показання та протипоказання, може застосовуватися як самостійно, так і в комплексі з іншими способами.

Ретроспективна порівняльна оцінка способів корекції венозного кровотоку дозволила зробити такі висновки. Незважаючи на те, що відкриті хірургічні втручання на даний час почали втрачати своє значення через травматичність і високий ризик ускладнень, при ліквідації прямих співусть між підшкірною і глибокою венозними системами (сафенофеморальне, сафенопоплітеальне, перфорантні вени) перевагу надавали лігуванню вен з мінідоступу. Цей спосіб лікування також мав переваги при наявності аневризматичних розширень приустьєвих сегментів великих приток, значного розширення і звивистості стовбурів вен.

Ендовазальну термальну абляцію широко використовують у лікуванні первинної варикозної хвороби. Результати більшості рандомізованих досліджень підтверджують її переваги над відкритими втручаннями [1, 2, 5]. Разом з тим, тільки поодинокі дослідження [8, 9] присвячені застосуванню ЕТА при РВХ. На підставі аналізу результатів застосування ендовазальної лазерної абляції у хворих з первинною варикозною хворобою були визначені протипоказання до виконання ЕВЛА, а саме: поверхневе розташування, звивистість і стовбури великого діаметра (більше 1,0 см) варикозно змінених вен.

Було встановлено, що склеротерапія (флебосклерозування) найбільш ефективна в тих випадках, коли підшкірні вени мають невеликий діаметр (до 3 мм), відсутня можливість виконання термальної абляції, а відкриті втручання можуть призвести до вираженої травми і ускладнень у випадках розташування вен в рубцево змінених тканинах. У більшості випадків склеротерапія була способом вибору при усуненні рефлюксу по резидуальних звивистих рецидивних венах або як допоміжний спосіб усунення рефлюксу по варикозно змінених венах

при гібридних операціях у поєднанні з відкритими втручаннями та/або термальною абляцією. Цей мінімально інвазивний спосіб добре переносили пацієнти і не потребував виконання локальної анестезії. При необхідності склеротерапію виконували повторно у випадках появи резидуальних вен.

Амбулаторна флебектомія в більшості випадків не відіграла провідної ролі в ліквідації патологічного венозного рефлюксу. Проте застосування мінідоступу (мініфлебектомія) до варикозних вен в обхід рубцево змінених тканин дозволяло надійно і малотравматично ліквідувати шляхи поширення рефлюксу. Найчастіше її виконували в поєднанні з відкритим лігуванням і видаленням стовбурів підшкірних вен, лазерною абляцією і склеротерапією.

Проведений аналіз переваг і недоліків основних способів лікування варикозної хвороби дозволив обґрунтувати їх застосування при ліквідації рецидиву захворювання. З огляду на той факт, що в більшості випадків у одного пацієнта можна говорити про поєднання кількох джерел рецидиву, тактику використання цих способів і обсяг втручання визначали індивідуально в кожному конкретному випадку. Використання монотерапії або гібридного способу лікування базувалося на результатах об'єктивної візуалізації підшкірних вен з оцінкою чинників ризику кожного втручання. Особливості виконання тих чи інших втручань залежали також від анатомо-гемодинамічного типу РВХ, про що буде повідомлено в наступних публікаціях.

Виконане дослідження також показало, що успішне вирішення проблеми лікування хворих з РВХ нижніх кінцівок можливо тільки при спільному застосуванні хірургічних і консервативних методів. Їх поєднання і послідовність використання має визначатися, насамперед, причиною рецидиву захворювання і ступенем вираженості хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок.

Консервативне лікування РВХ включало застосування еластичної компресії нижніх кінцівок, курсове приймання флеботропних препаратів, підбір оптимального режиму праці та відпочинку, використання лікувальної фізкультури, фізіотерапії. Всі хворі були попереджені про можливість розвитку повторних рецидивів захворювання, їм наполегливо пропонували диспансерне спостереження щонайменше протягом п'яти років.

Висновки. 1. Показанням до виконання хірургічного втручання у хворих з рецидивом варикозної хвороби нижніх кінцівок може бути прогресування захворювання з порушенням трофіки тканин або особисте бажання пацієнта покращити естетичний стан кінцівок.

2. Вибір способу хірургічного лікування хворих із РВХ залежить від діаметра рецидивних вен, їх розташування, наявності звивистості, тому його застосування повинно бути обгрунтованим в кож-

ному конкретному випадку з урахуванням можливості виконання як монотерапії або як частини гібридного втручання.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Randomized clinical trial of endovenous laser ablation compared with conventional surgery for great saphenous varicose veins / D. Carradice, A. I. Mekako, F. A. Mazari [et al.] // *Br. J. Surg.* – 2011. – Vol. 98. – P. 501–510.
2. Prospective randomized trial comparing endovenous laser ablation and surgery for treatment of primary great saphenous varicose veins with a 2-year follow-up / J. T. Christenson, S. Gueddi, G. Gemayel, H. Bounameaux // *J. Vasc. Surg.* – 2010. – Vol. 52. – P. 1234–1241.
3. Launois R. Construction and validation of a quality of life questionnaire in chronic lower limb venous insufficiency (CIVIQ) / R. Launois, M. Reboul–Marty, B. Henry // *Qual. Life Res.* – 1996. – Vol. 5. – P. 539–554.
4. Lawson J. A. A review of a new Dutch guideline for management of recurrent varicose veins / J. A. Lawson, I. M. Toonder // *Phlebology.* – 2016. – Vol. 31 (Suppl. 1). – P. 114–124.
5. A systematic review and meta-analysis of the treatments of

- varicose veins / M. H. Murad, F. Coto-Yglesias, M. Zumaeta-Garcia [et al.] // *J. Vasc. Surg.* – 2011. – Vol. 53. – P. 49–65.
6. Porter J. M. International Consensus Committee in chronic venous disease. Reporting standards in venous disease: an update / J. M. Porter, G. L. Moneta // *J. Vasc. Surg.* – 1995. – Vol. 21. – P. 635–645.
7. Venous severity scoring: an adjunct to venous outcome assessment / R. B. Rutherford, F. T. Padberg, A. J. Comerota [et al.] // *J. Vasc. Surg.* – 2000. – Vol. 31. – P. 1307–1312.
8. Treivacumar N. S. Endovenous laser ablation to treat recurrent varicose veins / N. S. Treivacumar, M. J. Gough // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* – 2011. – Vol. 41. – P. 691–696.
9. Groenendael van I. Treatment of recurrent varicose veins of the great saphenous vein by conventional surgery and endovenous laser ablation / I. van Groenendael, L. A. van der Vliet, L. Flinkenflugel // *J. Vasc. Surg.* – 2009. – Vol. 50. – P. 1106–1113.

REFERENCES

1. Carradice, D., Mekako, A.I., Mazari, F.A., Samuel, N., Hatfield, J., & Chetter, I.C. (2011). Randomized clinical trial of endovenous laser ablation compared with conventional surgery for great saphenous varicose veins. *Br. J. Surg.*, 98, 501-510.
2. Christensyn, J.T., Gueddi, S., Gemayel, G., & Bounameaux, H. (2010). Prospective randomized trial comparing endovenous laser ablation and surgery for treatment of primary great saphenous varicose veins with a 2-year follow-up. *J. Vasc. Surg.*, 52, 1234-1241.
3. Launois, R., Reboul–Marty, J., & Henry, B. (1996). Construction and validation of a quality of life questionnaire in chronic lower limb venous insufficiency (CIVIQ). *Qual. Life Res.*, 5, 539-554.
4. Lawson, J.A., & Toonder I.M. (2016). A review of a new Dutch guideline for management of recurrent varicose veins. *Phlebology.*, 31 (1), 114-124.
5. Murad, M.H., Coto-Yglesias, F.M., Zumaeta-Garcia, M.B., Duggirala, M.K., Erwin, P.J., & Gloviczki, P. (2011) A systematic

- review and meta-analysis of the treatments of varicose veins. *J. Vasc. Surg.*, 53, 49-65.
6. Porter, J.M., & Moneta, G.L. (1995). International Consensus Committee in chronic venous disease. Reporting standards in venous disease: an update. *J. Vasc. Surg.*, 21, 635-645.
7. Rutherford, R.B., Padberg, F.T., Comerota, A.J., Kistner, R. L., Meissner, M.H., & Moneta, G.L. (2000). Venous severity scoring: an adjunct to venous outcome assessment. *J. Vasc.Surg.*, 31, 1307-1312.
8. Treivacumar N.S., & Gough, M.J. (2011) Endovenous laser ablation to treat recurrent varicose veins. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.*, 41, 691-696.
9. van Groenendael, I., van der Vliet, L.A., & Flinkenflugel L. (2009). Treatment of recurrent varicose veins of the great saphenous vein by conventional surgery and endovenous laser ablation. *J. Vasc. Surg.*, 50, 1106-1113.

Отримано 19.04.2017

A. O. BOBROVA

O. Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology

INDICATIONS RATIONALE AND METHOD SELECTION OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH RECURRENT VARICOSE VEIN DISEASE OF LOWER LIMBS

The aim of the work: to determine the indications and to choose the method of surgical treatment of patients with recurrent varicose vein disease of the lower limbs.

Materials and Methods. 85 patients with recurrent varicose vein disease of the lower limbs after surgical interventions were examined.

Results and Discussion. Indications for repeated surgical interventions at recurrent varicose vein disease of lower limbs can be conditionally divided into social (relative) and medical (absolute). Relative indications were based on the patient's desire to improve the aesthetic effect of the operation. The main goal of absolute indications was to stop the progression of trophic tissue disorders. With the elimination of direct joints between the subcutaneous and deep venous systems (saphenofemoral, saphenopopliteal, perforating veins), ligation of veins from the mini-accesses should be preferred. Contraindications for endovenous techniques were superficial location, crimp and large diameter (more than 1.0 cm) of varicose veins. Sclerotherapy is the method of choice for the elimination of reflux by a residual crimped recurrent vein with a diameter of up to 3 mm.

Key words: recurrent varicose vein disease of the lower limbs; surgical treatment.

А. О. БОБРОВА

ГУ "Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова" НАМН Украины

ОБОСНОВАНИЕ ПОКАЗАНИЙ И ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВОМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Цель работы: определение показаний и выбор способа хирургического лечения больных с рецидивом варикозной болезни (РВБ) нижних конечностей.

Материалы и методы. Обследовано 85 пациентов с рецидивом варикозной болезни нижних конечностей после хирургических вмешательств.

Результаты исследований и их обсуждение. Показания к повторным хирургическим вмешательствам при РВБ нижних конечностей условно можно разделить на социальные (относительные) и медицинские (абсолютные). Относительные показания базировались на желании больного улучшить эстетический эффект операции. Основной целью абсолютных показаний было приостановление прогрессирования нарушений трофики тканей. При ликвидации прямых соустьев между подкожной и глубокой венозными системами (сафенофemorальное, сафенопопliteальное, перфорантные вены) предпочтение следует отдавать лигированию вен из минидоступа. Противопоказаниями к выполнению эндовенозной лазерной абляции (ЭВЛА) являются поверхностное расположение, извитость и большой диаметр (более 1,0 см) варикозно измененных вен. Склеротерапия является способом выбора при устранении рефлюкса по резидуальным извитым рецидивным венам диаметром до 3 мм.

Ключевые слова: рецидив варикозной болезни нижних конечностей; хирургическое лечение.