

УДК 616.147.3–089
DOI 10.11603/2415-8798.2016.3.6973

©В. М. Антонюк-Кисіль, Є. Ф. Кучерук, А. С. Невмержицький, В. М. Лесь
Рівненська міська поліклініка № 1 центральної міської лікарні

МОЖЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗУ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО І СТАРЕЧОГО ВІКУ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

МОЖЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗУ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО І СТАРЕЧОГО ВІКУ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ – Запропоновано комплекс: оперативну техніку, що “консервує стовбури сафенових вен”, міні-флебектомію за Мюллером, тумесцентну анестезію для хірургічного лікування в амбулаторних умовах геронтологічних пацієнтів із варикозною хворобою нижніх кінцівок функціонального класу C5-6 Sep. As 2.3.4, p17.18 Pr за класифікацією CEAP з трофічними виразками нижніх кінцівок площею до 10 см² в один етап, що дозволило отримати через 6 місяців у всіх 78 оперованих пацієнтів позитивний результат: у 56 (71,8 %) хворих – добрий, а в 22 (28,8 %) – задовільний.

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ – Предложен комплекс: оперативную технику, что “консервирует стволы сафеновых вен”, мини-флебэктомии за Мюллером, тумесцентную анестезию для хирургического лечения в амбулаторных условиях геронтологических пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей функционального класса C5-6 Sep. As 2.3.4, p17.18 Pr по классификации CEAP с трофическими язвами нижних конечностей площадью до 10 см² в один этап, что позволило получить через 6 месяцев во всех 78 оперированных пациентов положительный результат: у 56 (71,8 %) больных – хороший, а в 22 (28,8 %) – удовлетворительный.

POSSIBILITIES OF SURGICAL TREATMENT OF VENOUS STASIS ULCERS OF VENOUS GENESIS OF THE LOWER EXTREMITIES IN ELDERLY AND OLD AGE PATIENTS IN THE OUTPATIENT SETTING – A complex proposed by us: operative technique that “preserves stems of the saphenous veins”, miniphlebectomy by Muller, tumescent anesthesia for surgical treatment in outpatient setting of gerontological patients with lower extremity varicose veins of the functional class C5-6 Sep. As 2.3.4, p17.18 Pr according to CEAP classification with lower extremity venous stasis ulcers of an area up to 10 cm² in one stage that allowed to get a positive result in 6 months in all 78 postoperative patients: in 56 (71.8 %) postoperative patients – good, and in 22 (28.8 %) – satisfactory.

Ключові слова: трофічні виразки; міні-флебектомія; хірургічне лікування.

Ключевые слова: трофические язвы; мини-флебэктомия; хирургическое лечение.

Key words: trophic ulcer; mini-phlebectomy; surgical treatment.

ВСТУП В основі патогенезу трофічних виразок нижніх кінцівок венозного генезу є порушення трофіки і захисних властивостей шкірних покривів через тканинну гіпоксію з причини статичної і динамічної венозної гіпертензії в поверхневій венозній системі нижніх кінцівок, що виникає і розвивається за рахунок скорочення м'язів гомілки, яке передається на поверхневі вени і мікроциркуляторне русло шкіри в основному через неспроможні перфорантні вени гомілки і/або стегна [17, 19, 21].

Дана патологія зустрічається в 1 % населення земної кулі, і кількість появи нових щорічно досягає 0,3 % [9].

Частота трофічних виразок нижніх кінцівок венозного генезу в пацієнтів старечого і похилого віку виникає у 3 рази частіше, ніж у пацієнтів до 60 років і сягає 4–7 % [3,

4, 9, 13, 20, 23, 24, 27]. У пацієнтів жіночої статі після 70 років венозні виразки гомілок бувають в 2 рази частіше, ніж у чоловічої статі, що зумовлено більш високою тривалістю життя у жінок [27].

В Україні, за даними програми “Детек”, проведеної співробітниками Національного інституту хірургії і трансплантології НАМН України, частота утворення трофічних виразок при варикозній хворобі нижніх кінцівок сягає 12,9 %.

За даними багатьох авторів, прогрес у діагностиці й лікуванні хронічної венозної недостатності незначно вплинув на результати лікування. Так, за даними дослідження із клініки Мейо, кількість пацієнтів, які хворіють на хронічну венозну недостатність нижніх кінцівок, залишається стабільною із 1966 року, а кількість хворих із трофічними виразками нижніх кінцівок залишається стабільною з 1981 року. Частота загоєння трофічних виразок при стандартному консервативному лікуванні становить 45–83 % протягом 24 тижнів. Консервативна терапія в осіб старшого віку в 38 % випадків не сприяє загоєнню виразки, у 47 % хворих, які виписувались із стаціонару з епітелізованою виразкою, через 6–12 місяців виникає рецидив її. Тільки в 15 % хворих через рік не виявлено рецидиву [2, 6, 9].

На даний час основним методом лікування цієї патології є комплексне лікування, поєднання хірургічного, яке спрямоване на нормалізацію венозного кровотоку в підшкірній венозній системі шляхом ліквідації патологічних венозних рефлюксів і консервативного, спрямованого на поліпшення венозної мікроциркуляції та підвищення тону-су венозної системи [7, 8]. Наявність виразки гомілки, пов'язаної з поверхневими варикозними венами, є обов'язковим показанням до лікування цієї патології більш активними методами. На думку Б. Г. Безродного та співавт. (2008) [1], наявність трофічних виразок на гомілках не є протипоказанням для проведення операційного втручання.

Вибір методу лікування (хірургічне чи терапевтичне) і місця проведення лікування (амбулаторне чи стаціонарне) здійснює сам пацієнт після інформування про можливість того чи іншого методу та місця лікування. Вибір за методом лікування (хірургічне чи терапевтичне) і місцем проведення лікування (амбулаторне чи стаціонарне) вирішує сам пацієнт після інформування про можливість того чи іншого методу та місця лікування.

Висока динамічність сучасного життя, необхідність довше залишатися працездатними після підняття межі пенсійного віку, бажання бути якнайдовше привабливими фізично, витрачати менше коштів на лікування – все це є рушійною силою на користь амбулаторного хірургічного втручання.

Інтерес до хірургічного лікування в амбулаторних умовах у світі значний. У Великій Британії кількість операційних втручань, виконаних в амбулаторних умовах, становить 30 % від загальної кількості всіх операцій. У США цей показник остайнним часом дорівнює 90 %. Проведення операційного лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок в амбулаторних умовах стало можливим завдяки наказу МОЗ України від 3 червня 1993 року за № 127 про створення в поліклінічних умовах як відділень хірургії одного дня, так і відбір хворих на операцію за соматичними, локальними даними, а також при підборі

анестезії для проведення того чи іншого об'єму операційного втручання. Як відмітив головний хірург МОЗ акад. П. Д. Фомін на 4 з'їзді судинних хірургів України, у вітчизняній літературі можна знайти небагато праць, присвячених проблемам хірургічного лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок у поліклінічних умовах.

Методом вибору лікування трофічних виразок у геронтологічних хворих має бути малотравматичне операційне втручання для усунення патологічних рефлюксів. Стандартні методи операційного втручання при варикозній хворобі в цій групі хворих поступаються місцем хірургії "по карті". "Карта" варикозних вен створюється на основі даних УЗД-ангіосканування з відображенням на схемі зон патологічних рефлюксів у венозній системі нижніх кінцівок. Треба своєчасно усунути хірургічним шляхом зону патологічного рефлюксу крові, та патологічно змінений сегмент вени затримує чи зупиняє процес варикозного переродження з позитивним результатом у 87 % оперованих. У 82,34 % пацієнтів було виконано парціальне вилучення з кровообігу недостатнього сегмента ВПВ і/або МПВ [12].

Міні-флебектомію запропонував в 1950 році Robert Muller [25], операція з видалення сегментів варикозних вен під місцевою анестезією в амбулаторних умовах стала етапом розвитку хірургії і займає місце між хірургією вен і склеротерапією [26]. Амбулаторний характер цього втручання став можливим через його простоту та швидкість виконання, відсутність необхідності госпіталізації, непомітність післяопераційних рубців, економічність, через що його високо оцінюють хворі. Небезпека амбулаторної флебектомії полягає в її нібито легкості. Це втручання зазвичай виконують тільки після детальної оцінки венозної недостатності. Оператор повинен мати глибокі знання з флебології. Флебектомія за Мюллером – це амбулаторний метод, який виконується в медичному кабінеті без премедикації в умовах простої асептики, що знижує вартість лікування. Головним етапом, від якого залежить успіх втручання, є нанесення маркування на шкірі в проекції розташування варикозних і перфорантних вен з ділянками патологічних венозних рефлюксів.

На сьогодні запропоновано новітні технології для лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок, ускладнених трофічними виразками гомілок в амбулаторних умовах.

Поєднання ЕВЛК (ендовенозної лазерної коагуляції) стовбурів сафенових вен з кросектомією [5], ЕВЛК з міні-флебектомією за Вараді або з пінною склеротерапією розширених венозних гілок дозволяє з успіхом використовувати її в амбулаторних умовах [10].

В. І. Паламарчук та співавт. [12], В. А. Ходосі та співавт. [16], С. І. Саволюк та співавт. [14] рекомендують проводити хірургічне лікування в амбулаторних умовах шляхом катетер-керованої мікропінної стовбурової флебосклерооблітерації і неспроможних перфорантних вен мікропінною ехосклерооблітерацією в поєднанні з кросектомією або без кросектомії.

С. І. Саволюк та співавт. [15] усувають вертикальний рефлюкс шляхом радіочастотної облітерації, а горизонтальний рефлюкс – методом епіфасціальної перев'язки перфорантних вен, варикозно змінені притоки видаляють методом міні-флебектомії.

Група авторів використовує дані методики у пацієнтів в амбулаторних умовах при наявності трофічних виразок венозного генезу на гомілках площею до 30 см² [12, 14, 15].

Відсутність больового синдрому, відмінний косметичний результат і швидка соціальна реабілітація – перевага комбінації перерахованих методик [6].

У пацієнтів похилого і старечого віку, особливо за умови утвореної трофічної виразки, такі вищепераховані методи використовуються значно рідше [8, 21].

С. Ж. Киргизбаєва та співавт. [11] вважають, що лазерна, радіочастотна, ехосклерооблітерація магістральних підшкірних вен може бути рекомендована для широкого використання як альтернатива стовбуровій сафенектомії. Проте позитив методики (малотравматичність і косметичність) нівелюються її недоліком (висока вартість апаратури і розхідних матеріалів, технічна складність та складність усунення рецидиву варикозу).

Ю. Л. Шевченко та співавт. [18], Р. Р. Османов та співавт. [10] вважають, що цілком достатньою при операційному втручанні з причини варикозної хвороби нижніх кінцівок у геронтологічних пацієнтів місцевої анестезії за допомогою повзучого інфільтрату за А. В. Вишневським. Класична анестезія методом інфільтрації за А. В. Вишневським все частіше замінюється тумесцентною технікою (технікою "набухання"), запропонованою Дж. Кляйном (1990). Проте додавання розчину адреналіну на думку авторів, може викликати негативні реакції зі стороною серцево-судинної системи, через те автори його не використовують [18]. Алергія на речовину для анестезії виникає в дуже рідких випадках. Метод має незначні недоліки: зволожене операційне поле, ексудація з післяопераційних ран, час, затрачений на проведення інфільтрації [10, 18].

Метою роботи було впровадити й оцінити комплекс: операційна техніка, що консервує "стовбури сафенових вен", міні-флебектомію за Мюллером в поєднанні з тумесцентною анестезією для хірургічного лікування в амбулаторних умовах геронтологічних пацієнтів із трофічними виразками нижніх кінцівок венозного генезу площею до 10 см² в один етап.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Клінічне дослідження ґрунтується на досвіді лікування 78 пацієнтів із варикозною хворобою нижніх кінцівок функціонального класу С5-6 Сер. As 2.3.4, р17.18 Pr за класифікацією CEAP, які були прооперовані в амбулаторних умовах хірургічного відділення поліклініки № 1 Рівненської центральної міської лікарні з початку 2013 р. та за перший квартал 2016 р. Показаннями до операції були: величина трофічних виразок гомілки не перевищувала за площею 10 см² (за В. В. Скавронскасу, 1967), за глибиною виразки до підшкірної клітковини, з помірними виділеннями з трофічної виразки, явищами венозної екземи в стадії затихання, без порушень артеріального кровотоку в артеріях нижніх кінцівок і відтоку по глибоких венах гомілок стегна і клубових венах. Їх частка становила всього 2,5 % від числа пацієнтів із варикозною хворобою нижніх кінцівок, які перебували на амбулаторному лікуванні. Серед оперованих переважали жінки 54 (69,2 %). Вік хворих перебував у межах від 60 до 86 років. Хворих похилого віку (від 60–74 років) було 62 (78,5 %) пацієнти, старечого віку (75 років і більше) – 16 (20,5 %) хворих. Трофічні виразки гомілки венозного генезу на одній кінцівці були в 63 (80,8 %) хворих і в 15 (19,2 %) пацієнтів на гомілках двох нижніх кінцівок. Рецидивні трофічні виразки гомілок відмічено в 66 (84,6 %) пацієнтів. Одинарні виразки на гомілках діагностовано у 61 (78,2 %) пацієнта, множинні (дві й більше) – у 17 (21,8 %) хворих.

Із 78 пацієнтів, яких готували до операції, переважна локалізація трофічних виразок була по медіальній верхній гомілок – у 65 (83,2 %) пацієнтів, по латеральній верхній гомілок – у 13 (16,8 %) хворих.

Площа трофічних виразок на гомілках була від 1 до 4 см² (за В. В. Скавронскасу, 1967) у 56 (71,8 %) пацієнтів, від 4 до 10 см² – у 22 (28,2 %) пацієнтів.

Звертали увагу і на глибини трофічних виразок на гомілках венозного генезу. Виразки, що локалізувались в межах дерми, були у 46 (58,97 %) пацієнтів, у 32 (41,1 %) хворих трофічні виразки сягали до підшкірної клітковини.

У 67 (85,9 %) хворих мала місце наявність венозної екземи в стадії ремісії, а у 3 (3,84 %) пацієнтів трофічна виразка гомілки венозного генезу ускладнилась кровотечею із неї.

Всім пацієнтам, які дали згоду на операцію, виконували поглиблене УЗД-ангіосканування судин нижніх кінцівок: вен (глибоких і поверхневих) та артерій нижніх кінцівок на апараті Landwind Mirror 2 з лінійним датчиком L5-10/40 E в В-режимі з спектральною доплерографією виробництва КНР з обов'язковим картографуванням патологічних венозних рефлюксів та маркуванням цих ділянок на шкірних покривах кінцівок маркером.

У 54 (69,23 %) пацієнтів зустрічалось поєднання вертикального і горизонтального патологічних венозних рефлюксів, які локалізувались у системі поверхневих вен (великій і/або малій підшкірних венах) та по перфорантних венах на стегнах і/або гомілках.

Патологічний рефлюкс венозної крові по перфорантних венах на гомілках найчастіше відмічали в системі перфорантних вен Коккета: по вені Коккета 1 – у 9 (21,95 %) пацієнтів, вені Коккета 11 – у 13 (31,7 %) хворих, по вені Коккета 111 – у 10 (24,38 %). Значно рідше по перфорантній вені Шермана – у 4 (9,75 %) пацієнтів, по перфорантній вені Додда – у 5 (1,19 %) обстежених, по перфорантній вені Бойда – у 5 (12,1 %) пацієнтів.

У 12 (15,4 %) пацієнтів причиною трофічних виразок гомілок венозного генезу був ізольований патологічний горизонтальний венозний рефлюкс через систему перфорантних вен Коккета 1–111.

Патологічний венозний рефлюкс у системі підшкірних вен нижніх кінцівок як причина трофічних виразок гомілок зустрічався в 12 (15,4 %) хворих.

Для об'єктивної оцінки проявів варикозної хвороби підшкірних вен нижніх кінцівок функціонального класу C5-6 Сер. As 2.3.4, р17.18Pr за класифікацією CEAP хворих, яких готували на операцію, використовували трибальну шкалу (від 0 до 3) за Rutherford та співавт. [28] за такими критеріями: біль за ходом вен і в ділянці трофічної виразки: у 2 бали – в 34 пацієнтів, у 3 бали – в 39 пацієнтів, у 1 бал – у 5 хворих; венозні набряки в 2 бали – у 58 хворих і в 3 бали у 20 хворих; індурація м'яких тканин гомілки в 1 бал – у 43 пацієнтів, у 2 бали – в 34 пацієнтів; запалення у 1 бал – у 34 пацієнтів, у 2 бали – 32 пацієнтів, у 3 бали – в 12 хворих; пігментація шкірних покривів гомілки в 1 бал – у 31 хворого, у 2 бали – в 42 хворих, у 3 бали – в 5 хворих; варикозні вени в 1 бал – у 23 хворих, у 2 бали – в 45 хворих і у 3 бали – у 10 пацієнтів.

Всі хворі, яких готували до операції, проходили клінічні та лабораторні обстеження. При потребі їм виконували передопераційну підготовку: санацію трофічної виразки розчином антисептика і корекцію медикаментозного лікування супутньої патології.

В оперованих нами вікових пацієнтів у 100 % була присутня супутня патологія. Найчастіше зустрічалась ішемічна хвороба серця у вигляді стабільної стенокардії – у 56 (73,07 %) пацієнтів. Менше за частотою траплялись стан після стентування коронарних артерій – у 3 (3,84 %) пацієнтів, стан після аортокоронарного шунтування – 2 (2,26 %) пацієнтів, стан після протезування аортального клапана – 2 (2,6 %) пацієнтів, порушення серцевого ритму за типом нормосистолическої форми миготливої аритмії – у 4 (5,12 %) хворих, гіпертонічна хвороба, корегована медикаментозно – у 6 (7,69 %) пацієнтів, ХОЗЛ 1–2 ступенів – у 6 (7,69 %) хворих, дисциркуляторна енцефалопатія – у 6 (7,69 %) пацієнтів, патологія суглобів нижніх кінцівок, які незначно порушують функцію нижніх кінцівок, – у 10 (12,8 %) хворих. Найчастіше спостерігали поєднання супутніх захворювань, яке спостерігалось у 45 (57,69 %) пацієнтів.

Операційне втручання 78 пацієнтам виконували в один етап.

Варіанти операційних втручань:

– ізольована надфасціальна перев'язка перфорантних вен у 12 (15,38 %) пацієнтів;

– перев'язка ВПВ і/або МПВ та їх гілок у ділянці кросу в 12 (15,38 %) хворих;

– перев'язка ВПВ і/або МПВ та їх гілок у ділянці кросу в поєднанні з надфасціальною перев'язкою перфорантних вен гомілки і/або стегна у 31 (39,7 %) хворого;

– перев'язка ВПВ і/або МПВ з надфасціальною перев'язкою перфорантних вен гомілки і/або стегна у поєднанні з міні-флебектомією за Мюллером у 23 (29,48 %) хворих.

Операційні втручання у 100 % випадків виконували під тумесцентною анестезією. Використовували в ролі анестетика 0,1–0,15 % розчин новокаїну в загальній кількості (100±10) мл.

Післяопераційні рани всім оперованим зашивали внутрішньошкірними дермальними швами, що не знімаються.

Оцінку результатів хірургічного лікування варикозної хвороби підшкірних вен нижніх кінцівок із трофічними виразками гомілок виконували через 6 місяців після операції.

Для об'єктивної оцінки ступеня регресу проявів варикозної хвороби нижніх кінцівок у післяопераційному періоді використовували трибальну шкалу (від 0 до 3) за Rutherford та співавт. [28] та дані УЗД ангіосканування вен нижніх кінцівок на присутність патологічних рефлюксів через 6 місяців після операції.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для об'єктивної оцінки регресу проявів варикозної хвороби підшкірних вен нижніх кінцівок функціонального класу C 5-6 Сер. As 2.3.4, р17.18Pr за класифікацією CEAP у оперованих хворих використовували трибальну шкалу (від 0 до 3) за Rutherford та співавт. (2000) (74) за такими критеріями: біль за ходом вен і в ділянці трофічної виразки: 0 балів – у 34 пацієнтів, 1 бал – у 44 пацієнтів; венозні набряки: 0 балів – у 58 хворих і бал – у 20 хворих; індурація м'яких тканин гомілки: 0 балів – у 43 пацієнтів, 1 бал – в 34 пацієнтів; запалення: 0 балів – у 34 пацієнтів, 1 бал – 46 хворих; пігментація шкірних покривів гомілки: 0 балів – у 31 хворого, 1 бал – в 47 пацієнтів; варикозні вени: 0 балів – у 23 хворих, 1 бал – в 55 пацієнтів.

У всіх оперованих хворих патологічні рефлюкси в проблемних ділянках, які були виявлені до операції шляхом УЗД ангіосканування, відсутні при повторних динамічних УЗД ангіоскануваннях. Окрім того, нових патологічних венозних рефлюксів не виявлено.

Знеболювання, операційна травма не вплинули на загальний стан всіх оперованих хворих, їх фізичну та психічну активність.

Амбулаторна хірургія ставить високі вимоги до місцевих анестетиків через те, що у вікових пацієнтів знижені адаптивні можливості фізіологічних систем організму. Місцеві анестетики для використання у даній групі пацієнтів мають бути із мінімальним кардіотоксичним впливом, бути передбачливими і з контрольованим впливом на гемодинаміку, із високою місцевою анестезуючою активністю та достатньою тривалістю дії. І, не менш важливе – простою виконання анестезії, і в жодному випадку соматичний та психічний статус оперованих хворих не повинен погіршуватися. Можливість пацієнта самостійно контролювати себе в післяопераційному періоді, виконувати самостійно рекомендації лікаря. Тому, на нашу думку, таким вимогам відповідає місцева анестезія, особливо її різновид – тумесцентна анестезія. Для цього у всіх випадках оперованим використовували низькокон-

центрований розчин новокаїну (0,1 %) без поєднання його в розчині з адреналіном. Загальна кількість використаного анестетика (100±10) мл. Алергічних проявів на введення анестетика не спостерігали. Всі операційні втручання виконували без премедикації. Проводили психологічну підготовку хворого з метою зняття напруги в пацієнта, яка включає в себе роз'яснення суті місцевої анестезії та попереднє пояснення змісту майбутніх відчуттів, це так звана "розмовна анестезія" що під час проведення операції. Анестезія в ділянці післяопераційних ран утримується протягом 12–18 год.

Підготовку операційного поля проводили залежно від стану шкірних покривів, особливо в ділянках пахових складок (операційного поля).

При виконанні операційного втручання необхідно враховували те, що у вікових пацієнтів унаслідок зниження репаративних процесів величина операційної травми впливає на загоснення післяопераційних ран, тому величина операційних доступів до кросів та перфорантних вен була мінімальною, максимум до 2 см.

Дотримуючись принципів амбулаторної хірургії варикозної хвороби, згідно з якими інтактні ділянки венозної системи повинні залишатись, використовували так звану операційну техніку, що "консервує стовбури сафенових вен", є менш агресивною, а стандартні втручання все більше поступають хірургії "по карті". "Карта патологічних рефлюксів складається на основі даних УЗД ангіографії. Основний принцип операційного втручання полягає в нормалізації венозної гемодинаміки в системі підшкірних вен нижніх кінцівок через усунення остіальних венозних патологічних рефлюксів між системою глибоких вен і системою поверхневих вен шляхом накладання простої лігатури в ділянці кросу великої і/або малої підшкірних вен, і/або патологічного рефлюксу через перфорантні вени гомілки і/або стегна шляхом накладання надфасціальної лігатури на перфорантні вени. При потребі виконували міні-флебектомію підшкірних варикозно розширених притоків сафенових вен. У всіх випадках стовбури великої і/або малої підшкірних вен залишалися на місці. Переваги методики, що «консервує сафенові стовбури», – зберігаються стовбури сафенових вен, потенційно придатних для артеріальних шунтувань при потребі, значно менша операційна травма, коротша тривалість реабілітаційного періоду після операції. Переваги підлягали перфорантні вени гомілки і/або стегна незалежно від їх діаметра при наявності на них патологічного рефлюксу.

З метою зменшення травматизму м'яких тканин при хірургічному виділенні кросів та перфорантних вен використовували дані УЗД ангіосканування з маркуванням останніх, так звану операцію "по карті".

У всіх оперованих нами пацієнтів із скомпрометованими венами з метою зменшення больових відчуттів у рані їх виділяли із мінімального розрізу на мінімальному протязі: до 1,5–2 см стовбур великої і/або малої підшкірної вени в ділянці кросу, а декомпенсовані перфорантні вени виділялись надфасціалью на протязі до 1 см. Виконували тільки їх перев'язку синтетичними нитками, що не розсмоктуються: стовбур 2–3 лігатурами, а гілки – одинарною лігатурою. Крім того, з цією метою використовували внутрішньодермальні шви, що не знімались. Ми виходили з того, що в шкірних покривах, стінках периферичних вен є больові сенсорні волокна.

Хворих, яких було прооперовано в поліклінічних умовах, переводили на амбулаторне лікування після виявлення загального соматичного, психічного стану і відсутності даних щодо кровотечі з післяопераційних ран.

У всіх 78 оперованих пацієнтів під час операції, в післяопераційному періоді погіршення соматичного стану

не відмічено, вони не потребували додаткової корекції медикаментозного лікування супутньої патології. У всіх оперованих пацієнтів післяопераційні рани загоїлися первинним натягом.

У 6 пацієнтів у післяопераційному періоді виявлено локальне порушення чутливості шкірних покривів у ділянці внутрішньої поверхні гомілки, яке минуло за 14 днів і не потребувало додаткового лікування.

Трофічні виразки загоїлися у всіх випадках. Терміни загоснення трофічних виразок на гомілках залежав як від величини виразкового дефекту, так і його глибини. В термін (12±5) дня лікування загоїлися поверхневі трофічні виразки гомілки на рівні дерми площею до 4 см² у 32 (69,6 %) оперованих, а виразки до 10 см² загоїлися протягом (15±5) дня у 14 (30,4 %) хворих. В той час як виразки площею до 2 см² на глибину до підшкірної жирової клітковини загоїлися в середньому через (17±2,1) доби у 20 (62,5 %) пацієнтів, виразки площею до 10 см² глибиною до підшкірно-жирової клітковини в середньому загоїлися через (24±5,4) доби у 12 (37,5 %) хворих. У всіх 67 пацієнтів із венозною екземою, що була до операції, після лікування спостерігали регрес проявів її.

У післяопераційному періоді хворим призначали системні венотоники, еластичне бинтування гомілок або носіння еластичних гольфів із класом компресії 2 при фізичних навантаженнях, через те, що у пацієнтів похилого віку внаслідок малоактивного способу життя, гіпотрофії м'язової тканини нижніх кінцівок, обмеження рухів у суглобах росте число факторів ризику що сприяє зростанню кількості ускладнень, особливо тромбозів глибоких вен [27].

Анестезія в ділянці післяопераційних ран утримувалась протягом 12–18 год. При потребі хворі вживали анальгетики в таблетованій формі. У післяопераційному періоді ми призначали антибіотики широкого спектра дії протягом 5–6 днів у таблетованій формі.

Отримані результати хірургічного лікування трофічних виразок при варикозній хворобі нижніх кінцівок функціонального класу C5-6 Sep. As 2.3.4, p17.18 Pr за класифікацією CEAP у геронтологічних пацієнтів в амбулаторних умовах через 6 місяців після операції позитивні у всіх пацієнтів: добрі – у 56 (71,8 %) оперованих, задовільні – у 22 (28,8 %) хворих.

ВИСНОВКИ 1. Підсумовуючи отримані результати хірургічного лікування в амбулаторних умовах трофічних виразок нижніх кінцівок венозного генезу площею до 10 см² у геронтологічних пацієнтів, відзначено, що у всіх оперованих хворих загоїлися трофічні виразки на гомілках.

2. Рецидивів трофічних виразок та появи нових за період спостереження не було.

3. Ліквідації вертикального і горизонтального патологічних венозних рефлюксів у підшкірних венах нижніх кінцівок функціонального класу C5-6 Sep. As 2.3.4, p17.18 Pr за класифікацією CEAP виконували хірургічним шляхом, "по карті" після УЗД ангіосканування вен нижніх кінцівок.

4. Використовували комплекс: хірургічну методику, що "консервує стовбури сафенових вен", в поєднанні з міні-флебектомією за Muller, яка є менш агресивною, порівняно з класичними методами хірургічного лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок, тумесцентну анестезію, придатну до використання для хірургічного лікування геронтологічних хворих в умовах хірургічних відділень поліклінік.

5. Даний комплекс лікування не потребує особливої передопераційної підготовки, перебування пацієнтів у стаціонарі та використання дороговартісного обладнання, що сприяло різкому зменшенню кількості протипоказань до операції і збільшенню кількості операцій.

6. Частота операційного втручання в амбулаторних умовах вікових пацієнтів поки що становить 2,5 % серед тих пацієнтів, які потребують хірургічного лікування.

7. Цей об'єм операційного втручання не обмежує фізичної активності пацієнтів, не погіршує перебігу супутньої патології в післяопераційному періоді, не потребує частого використання анальгетиків, оскільки анестезія в ділянці післяопераційних ран утримується протягом 12–18 год.

8. Отримано результати хірургічного лікування трофічних виразок при варикозній хворобі нижніх кінцівок функціонального класу C5-6 Ser. As 2.3.4, p17.18 Pr за класифікацією CEAP у геронтологічних пацієнтів в амбулаторних умовах через 6 місяців після операції: добрі – у 56 (71,8 %) оперованих, задовільні – у 22 (28,8 %) хворих.

9. У жодного пацієнта під час операції і в післяопераційному періоді не відмічено погіршення в соматичному статусі, зберігається адекватний фізичний і психічний стан.

Перспективи подальших досліджень Перспективним є вивчення можливостей розширення показань до хірургічного лікування трофічних виразок гомілок з причини варикозної хвороби нижніх кінцівок в амбулаторних умовах хірургічних відділень поліклінік у геронтологічних пацієнтів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Хірургічне лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок, ускладненої хронічною венозною недостатністю / Б. Г. Безродний, О. М. Петренко, Л. Д. Мартинович, І. В. Колосович // Хірургія України. – 2008. – № 2. – С. 47–51.
2. Богачев В. Ю. Новые данные о хронической венозной недостаточности от эпидемиологии к лечению. Обзор материалов симпозиума на 14 Всемирном конгрессе международного общества флебологов / В. Ю. Богачев // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2002. – Т. 8, № 2. – С. 1–6.
3. Васютков В. Я. Трофические язвы стоп и голени / В. Я. Васютков, Н. В. Проценко. – М.: Медицина, 1993. – 160 с.
4. Венгер І. К. Трофічні виразки венозного генезу – тактика хірургічного лікування / І. К. Венгер, А. Д. Беденюк, Е. В. Романюк // Шпитальна хірургія. – 2011. – № 1. – С. 57–60.
5. Эффективность хирургического лечения варикозной болезни в зависимости от адсорбционно-реологических свойств крови / В. К. Гринь, П. Г. Кондратенко, Ю. В. Мелеховец [и др.] // Клінічна хірургія. – 2015. – № 5. – С. 48–51.
6. Константинова Г. Д. Флебология / Г. Д. Константинова, А. Р. Зубарев, Е. Г. Градусов. – М.: Издательский дом "Видар", 2000. – 160 с.
7. Мішалов В. Г. Стандарти лікування хронічної венозної патології нижніх кінцівок. Актуальні питання судинної та реконструктивної хірургії / В. Г. Мішалов, О. І. Осадчий, В. М. Селюк // Серце і судини. – 2005. – № 1 (додаток). – С. 110–112.
8. Мішалов В. Г. Роль склерооблітерації в лікуванні хронічної венозної недостатності / В. Г. Мішалов, В. В. Сулік, Р. М. Матвеев // Хірургія України. – 2008. – № 1. – С. 76–81.
9. Савельев В. С. Флебология : руководство для врачей / В. С. Савельев, В. А. Гологорський, А. И. Кириенко. – М.: Медицина, 2001. – 664 с.
10. Сравнительный анализ эффективности и безопасности растворов, применяемых для футлярной анестезии при малоинвазивном хирургическом лечении варикозной болезни нижних конечностей / Р. Р. Османов, О. С. Рябинская, Б. А. Кабаков, О. В. Кузьменко // Серце і судини. – 2016. – № 2. – С. 82–86.
11. Кигизбаев С. Ж. Эндовазальная лазерная коагуляция в лечении варикозной болезни / С. Ж. Кигизбаев, А. Д. Гаибов, М. С. Итоятов // Новости хирургии. – 2013. – Т. 21, № 5. – С. 99–117.
12. Паламарчук В. И. Амбулаторная хирургия варикозной болезни на основе ультразвуковой диагностики и малоинвазивных технологий "В. И. Паламарчук, В. А. Ходос, В. С. Горбовец // Хірургія України. – 2014. – № 2. – С. 100–104.
13. Стойко Ю. М. Комплексное лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей в стадии трофических расстройств / Ю. М. Стойко, Е. В. Шайдаков, Н. А. Ермаков // Consilium medicum. – 2001. – № 2. – С. 28–32.
14. Саволук С. І. Найближчі та віддалені результати ехосклерооблітерації неспроможних перфорантних вен при варикозній хворобі функціонального класу С6 / С. І. Саволук, В. А. Ходос // Хірургія України. – 2015. – 4 (56). – С. 91–95.
15. Саволук С. І. Досвід застосування ендовенозної радіочастотної облітерації в лікуванні варикозної хвороби нижніх кінцівок / С. І. Саволук, М. І. Музь, В. А. Ходос // Хірургія України. – 2016. – 1 (57). – С. 81–84.
16. Ходос В. А. Катетер-керована мікропінна стовбурна флосклерооблітерація під ультразвуковим дуплексним контролем при лікуванні варикозної хвороби нижніх кінцівок / В. А. Ходос // Хірургія України. – 2015. – 2 (54). – С. 29–34.
17. Цуканов Ю. Т. Регионарная венозная гипертензия – ведущий клиничко-патолофизиологический феномен при варикозной болезни / Ю. Т. Цуканов // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2001. – Т. 7, № 2. – С. 53–58.
18. Шевченко Ю. Л. Лазерная хирургия варикозной болезни : монография / Ю. Л. Шевченко, Ю. М. Стойко, К. В. Мазайшвили. – М.: Боргес, 2010. – 196 с.
19. Швальб П. Г. Особенности течения трофических язв в зависимости от причин хронической венозной недостаточности / П. Г. Швальб, А. Е. Качинский, Р. Е. Калинин // Актуальные проблемы современной хирургии. Международный конгресс. – М., 2003. – С. 197.
20. Abbade I. P. Lastoria S. Venous ulcer: tpidemiologie, phesiopathologu, diagnosis and treatment / I. P. Abbade // Int. J. Dermatol. – 2005. – Vol. 44(6). – P. 449–456.
21. Bergan J. The Vein Book / J. Bergan. – Amsterdam Elsevein Acad.ress. – 2007. – 617 p.
22. Nelzen O. Varicose vein Recurrence and Patient Satisfaction 10-14 Years Follwing Combined Superficial and Perforator Vein Surgery. A Prospective Case Study / O. Nelzen, I. Fransson // European Journal of Vascular and Endovascular Surgery. – 2013. – Vol. 46, Issue 3. – P. 372–377.
23. Usual care in the management of chronic wounds .A review of the recent literature / A. Tatsioni, E. Balk, T. F. Jr. O'Donnell, J. Lau / J.Am. Coll Surg. – 2007. – Vol. 205. – P. 617–624.
24. Mosti G. Wound care in venous ulcers / G. Mosti // Phlebology. – 2013. – Vol. 28., Suppl. 1 – P.79–85.
25. Muller R. La Phlebectomi 44e Ambulatoire.de I. Anatomie au Geste / R. Muller, B. Joubert // L.Hau-les-Roses.Switzerland.Les editions medicales Innothera. – 1992. – P. 105–112.
26. Ricci S. Office varicose vein surgery under local anesthesia / S. Ricci, M. Georgiev // J.Dermftol.Surg.Jncol. – 1992. – № 18. – P. 55–58.
27. Ramelet A.-A P.Kern. M.Perrin. Les varices et telangiectasies. – Masson.Paris. – 2003. – 288 p.
28. Venous severitu scoring in adjnct to venous outcame assessment / F. T. Padberg, Jn.Comerota J. Kistner [et al.] //J.Vasc. Surg. – Vol. 31. – 2000. – P. 1307–1312.

Отримано 01.08.16