

УДК 616.54.11.23

© Коллектив авторов, 2013.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

**Б. А. Цатурян, С. В. Ксенич, А. Б. Цатурян, Ю. Е. Лисютин, А. А. Милькевич, В. М. Князев, В. П. Руденко, Н. Е. Чикина, С. М. Хизриев**

1472 Военно-морской клинический госпиталь имени Н. И. Пирогова, г. Севастополь, Госпитальный спуск 1, e-mail: ksenych@mail.ru

### SURGICAL TREATMENT OF VARICOSE VEINS OF THE LOWER EXTREMITIES

**B. A. Tsaturyan, S. V. Ksenich, A. B. Tsaturyan, Y. E. Lisyutin, A. A. Milkevich, V. M. Knyazev, V. P. Rudenko, N. E. Chikina, S. M. Khizriev**

#### SUMMARY

Varicose veins of the lower extremities is very wide in pathology, which often leads to a decrease or disability population. In Ukraine, there is currently no uniform guidelines on exposure and methods of surgical treatment of this pathology. In this article, we present our own experience treating varicose veins for the last four years in the department of vascular surgery 1472 Navy Clinical Hospital in Sevastopol.

### ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК

**Б. О. Цатурян, С. В. Ксенич, О. Б. Цатурян, Ю. Є. Лісютін, О. О. Милькевич, В. М. Князев, В. П. Руденко, Н. Є. Чікіна, С. М. Хізірєв**

#### РЕЗЮМЕ

Варикозна хвороба нижніх кінцівок є дуже поширеною патологією, яка часто приводить до зниження або втрати працездатності населення. В Україні на даний час нема єдиних рекомендацій щодо показів та методів хірургічного лікування цієї патології. В нашій статті ми представляємо власний досвід лікування варикозної хвороби за останні чотири роки у відділенні судинної хірургії 1472 військово-морського клінічного госпіталю у місті Севастополь.

**Ключевые слова:** варикозная болезнь, хирургия, метод.

Варикозная болезнь вен нижних конечностей (ВБНК) является самой распространённой хирургической патологией сердечно-сосудистой системы. Согласно эпидемиологической картине, различные формы этого заболевания встречаются у 26-38 % женщин и 10-20 % мужчин трудоспособного возраста [6]. При этом тяжёлые формы этого заболевания в значительной степени приводят к инвалидизации. В 2011 году в Украине варикозная болезнь нижних конечностей явилась причиной инвалидности у 246 пациентов [4].

В настоящее время нет четкой определённости в отношении методов хирургической коррекции данной патологии. Не определён объём флебосклерозирующего лечения ретикулярного варикоза. Дискутабельными остаются вопросы о выборе способа исключения из кровотока стволов варикозно-изменённых малой и большой подкожных вен (МПВ и БПВ), а также коррекции перфорантной недостаточности, особенно при тяжёлой хронической венозной недостаточности (ХВН). Продолжаются дискуссии о лучшем доступе для кроссэктомии [1-3].

Всё вышесказанное побуждает к поиску единых рекомендаций по хирургическому и консервативному лечению больных с этой патологией [8].

В данной статье коллектив авторов делится

своим опытом комплексного лечения больных с варикозной болезнью в отделении сосудистой хирургии 1472 ВМКГ ЧФ РФ г. Севастополь.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с 01.08.2009 г. по 01.08.2013 г. нами прооперировано 654 пациента с варикозной болезнью нижних конечностей, из них 422 мужчины и 232 женщины. Данный статистический сдвиг в сторону мужского населения связан с особенностями деятельности нашего лечебного учреждения.

Все пациенты проходили комплексное обследование, которое обязательно включало ультразвуковую доплерографию (УЗДГ) вен нижних конечностей с маркировкой несостоятельных перфорантных вен и сафенофemorального и сафенопопliteального соустьев на аппарате Toshiba Nemio с линейным датчиком 7,5 мГц. Хирургическое лечение на каждом этапе дополняли ношением компрессионного трикотажа и приёмом микрофишированной очищенной флавоноидной фракции (Детралекс) на всех стадиях заболевания.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Распределение больных (таблица 1) по степени венозной недостаточности осуществляли по классификации CEAP.

Таблица 1

Степень хронической венозной недостаточности по CEAP	Количество прооперированных пациентов
1	37
2	244
3	196
4	75
5	70
6	32

Как видно из таблицы 1 в нашем отделении имеется тенденция к операциям при тяжелой ХВН - 177 пациентов имели С4 - С6 функциональные классы.

Всего выполнено 722 венэктомий, из них 29 - двухсторонних.

В подходах к оперативному лечению мы руководствуемся принципами радикальности, малотравматичности, косметичности.

Большим с С1 функциональным классом выполняли склерооблитерацию. При С2 - С3 функциональных классах использовали следующие методики: кроссэктомии, длинный и короткий рип-стриппинг БПВ и МПВ инвагинационным способом, метод Мюллера, Мжельского, реже - Коккета и Наррата.

Проксимальную кроссэктомия выполняли паховым доступом по Дитриксу. У этого способа есть ряд преимуществ: 1) Хороший доступ к венам пучка Дельбе; 2) Возможность адекватного осмотра передней стенки бедренной вены и сафенофemorального соустья; 3) Меньшая опасность повреждения узла Розенмюллера-Пирогова и наружной срамной артерии; 4) Высокая косметичность шва [5]. Дистальную кроссэктомия проводили в положении пациента на животе разрезом по подколенной кожной складке или, в случае атипичного соустья, разрезам по заранее отмаркированной метке. Стоит отметить, что в виду парахирургических вопросов (особенности анестезии и т.д.), зачастую приходится выполнять стриппинг МПВ в положении пациента на спине с согнутой ногой. Данный метод не удобен для хирурга, что часто может привести к неадекватной обработке сафенопоплитеального соустья и оставлению длинной культи МПВ.

Сафенэктомия проводили методом рип-стриппинга. В последнее время из-за травматичности (гематомы, болевой синдром) данной методике предпочитают другие высокотехнологичные способы сафенэктомии, например, лазерную коагуляцию. Однако, по некоторым данным, к третьему месяцу после операции качество жизни пациентов в группе рип-стриппинга и группе эндовенозной лазерной коагуляции вен (ЭВЛК) оценивалось как эквивалентное [7]. При тракции ствола Большой и Малой подкожных вен попутно обрабатывали притоки с применением минифлебэктомической методики. Об-

работку перфорантных вен осуществляли методом Коккета - надфасциальная перевязка перфорантных вен из отдельных разрезов на голени и бедре. Однако в последнее время для рассечения и перевязки перфорантов все чаще используем минифлебэктомические методики.

У больных с С4 - С6 функциональными классами использовали вышеперечисленные методики, а также модифицированные (мини-доступ) методики Линтона и Фельдера (С5-С6). При варикозном изменении заднеболюшеберцовых вен выполняли их резекцию. При значительных очагах кожной деструкции использовали экстраанатомическую эндоскопическую диссекцию перфорантных вен по методике Хауэра. Данный метод в 1985 г. разработал немецкий учёный G. Haueг: с помощью набора инструментов для лапароскопической холецистэктомии он впервые успешно выполнил субфасциальную диссекцию перфорантных вен под эндоскопическим контролем. К 1992 г. в Западной Европе было сделано более 1000 подобных операций [9, 10]. В России уникальный опыт применения эндоскопических методик имеет Клиника факультетской хирургии им. С. И. Спасокоцкого под руководством академика В. С. Савельева. Несмотря на относительно небольшой период развития данная методика признана во всем мире и по меткому выражению ведущего сосудистого хирурга клиники Мэйо P. Glovicki: "...этот метод появился, чтобы остаться..." [11]. Нами выполнено 31 таких операций.

К сожалению мониторинг послеоперационных больных, ввиду специфичности контингента, не всегда возможен в полном объёме. Из ранних осложнений следует отметить клинически значимый проксимальный тромбоз глубоких вен у 5 пациентов, у 2 из них осложнившийся не фатальной тромбоэмболией легочной артерии. В одном случае имел место отрыв Гюнтерова перфоранта при стриппинге БПВ у устья глубокой вены бедра с последующим субмассивным кровотечением. К транзиторным ранним послеоперационным осложнениям можно отнести гематомы по ходу удалённых венозных стволов, нарушение чувствительности в зоне иннервации кожных нервов, которые разрешались в раннем послеоперационном периоде. Летальных исходов не было.

## ВЫВОДЫ

1. Хирургическое лечение остается методом выбора данной патологии. Открытыми остаются вопросы выбора методов хирургической коррекции, создания единых рекомендаций по лечению данной патологии в Украине.

2. В нашей практике мы используем традиционный подход в лечении ВБНК, дополняя его современными эндоскопическими методиками. Также стремимся к освоению метода ЭВЛК под контролем УЗИ в чём видим дальнейшее совершенствование оперативной техники лечения варикозной болезни.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Агафонов В. Ф., Андрияшкин В. В., Богачёв В. Ю. и др. Амбулаторная ангиология / Под общей ред. А. И. Кириенко, В. М. Кошкина, В. Ю. Богачёва. - Москва: Литера, 2007. С. 13 - 17.

2. Захарьян А. Л., Йовбак В. М., Потапенко М. А. и др. Малоинвазивные венэктомии в хирургическом лечении варикозного расширения вен нижних конечностей с сафенофemorальным рефлюксом // Клінічна флебологія. - 2009. - Т 1 (2). С. 123 - 124.

3. Константинова Г. Д., Воскресенский П. К., Гордина О. В. и др. Практикум по лечению варикозной болезни / Под ред. Г. Д. Константиновой. - Москва: Профиль 2006. С. 112 - 117.

4. Косинський О. В., Бузмаков Д. Л. Хронічні захворювання вен нижніх кінцівок: сируктура

інвалідності в Україні за 2011 рік // Клінічна Флебологія. - 2013. - Т. 6 (1). С. 87 - 88.

5. Сабадош Р. В., Сабадош В. А. «За» і «Проти» щодо різних доступів до сафено-стегнового з'єднання // Клінічна Флебологія. - 2013. - Т. 6 (1). С. 104 - 107.

6. Савельев В. С., Гологорский В. А., Кириенко А. И. и др. Флебология: Руководство для врачей / Под редакцией В. С. Савельева. - Москва: Медицина, 2001. - 647 с.

7. Сергеев О. А., Люлько И. В., Соколов А. В., Рац И. Г. Эндовазальная лазерная коагуляция и P.I.N. - стриппинг в лечении варикозной болезни - преимущества и недостатки: ретроспективное клинико-экономическое исследование // Клінічна Флебологія. - 2013. - Т. 6 (1). С. 109 - 113.

8. Чернуха Л. М. Заболевание вен - проблема, требующая решения // Здоров'я України. - 2011. - №6.

9. Gloviczki P., Bergan J., Rhodes J., et al. SEPS. Report of the north american study group // J. Vasc. Surg. - 1999. - N 29. - P. 489 - 502.

10. Hauer G. The endoscopic subfascial division of the perforating veins: Preliminary report // Vasa. - 1985. - N 14. - P. 59-61.

11. Jugenheimer M., Junginger T. Endoscopic subfascial sectioning of incompetent perforating veins in treatment of primary varicosis // World J. Surg. - 1992. - N 16. - P. 971 - 975.