



**В. В. Бойко,  
И. Б. Бабынкина**

*ГУ «Институт общей  
и неотложной хирургии  
им. В. Т. Зайцева НАМН  
Украины», г. Харьков*

© Бойко В. В., Бабынкина И. Б.

## **ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

**Резюме.** В работе представлены результаты лечения 86 больных с декомпенсированными формами хронической венозной недостаточности из них: этапные хирургические вмешательства использовались у 25 больных (1 группа), радикальные — у 40 (2 группа), паллиативные — у 15 (3 группа) и расширенные — у 11 (4 группа). Таким образом, использование данного подхода при выборе объемов вмешательств с декомпенсированными формами ХВН у пациентов позволило значительно уменьшить частоту послеоперационных осложнений, сократить срок пребывания пациента в стационаре и добиться заживления трофических язв.

**Ключевые слова:** *хроническая венозная недостаточность, трофические язвы, выбор тактики.*

### **Введение**

Хроническая венозная недостаточность (ХВН), осложненная трофическими язвами, актуальная проблема хирургии. Наряду с местным лечением при декомпенсированных формах ХВН выполняют самые разнообразные хирургические вмешательства на поверхностных, перфорантных и глубоких венах [1, 3, 6].

В настоящее время есть принципиальные разногласия при выборе того или иного вида операции. Наиболее спорными являются такие вопросы, как определение целесообразности хирургического вмешательства и его объема при открытой трофической язве голени, выборе метода лечения у пациента с язвами большой площади, резистентными к консервативной терапии [2, 4].

Наш опыт лечения таких больных свидетельствует, что выбор оперативного вмешательства необходимо осуществлять на основании объективных данных, инструментальных методов исследования, клинической ситуации (выраженность трофических нарушений, сопутствующая патология, наличие или отсутствие язвенного дефекта), а также учитывая социально - экономические аспекты.

Хирургические вмешательства при трофических язвах венозной этиологии следует разделять на следующие виды: этапные, радикальные, паллиативные и расширенные [1, 5].

### **Цель исследования**

Улучшение результатов лечения больных с декомпенсированными формами ХВН, на основе применения дифференцированной патогенетически обоснованной хирургической тактики.

### **Материалы и методы исследований**

За период с 2009 по 2013 гг. на базе отделения острых заболеваний сосудов ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМНУ» г. Харькова было прооперировано 86 больных с декомпенсированными формами ХВН нижних конечностей из них: этапные хирургические вмешательства использовались у 25 больных (1 группа), радикальные у 40 (2 группа), паллиативные — у 15 (3 группа) и расширенные — у 11 (4 группа).

Для включения пациентов в исследование были использованы наиболее обобщенные критерии:

1) наличие трофических нарушений кожи, мягких тканей нижней и средней трети голени, обусловленных посттромбофлебитической болезнью с реканализацией глубоких вен;

2) наличие патологического вертикального и/или горизонтального вено-венозного рефлюкса;

3) сохраненная пульсация на обеих артериях стопы.

В исследование не включали пациентов с трофическими нарушениями другого генеза: атеросклеротического, ревматологического, эндокринологического, нейротрофического происхождения и с врожденными артериовенозными мальформациями. Для выбора и обоснования хирургической тактики пациенты распределены на две группы в зависимости от методов хирургического лечения.

Общим для всех пациентов было наличие трофических нарушений мягких тканей голени различной степени выраженности (ХВН С4-6 класса по СЕАР) и недостаточности перфорантных вен голени, выявленной при обследовании.



Комплекс обследования пациентов перед оперативным лечением включал данные объективного, лабораторного и инструментальных методов исследования. Всем больным перед операцией помимо стандартных анализов крови (клинических, биохимических, гемостазиологических), клинического анализа мочи, электрокардиографии, рентгенографии грудной клетки, проводилось исследование венозной системы пораженной конечности. Для этого было использовано ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) с цветным доплеровским картированием (ЦДК) (так называемое триплексное ангиосканирование) (рис. 1, 2). Основными задачами ультразвуковой диагностики были: определение проходимости вен, получение информации о варианте строения венозного русла нижних конечностей, получение характеристики сосудистой стенки и просвета вены, оценка строения и функции венозных клапанов, регистрация патологических вено-венозных рефлюксов и точная локализация несостоятельных перфорантных вен. В обязательный комплекс входило исследование проксимальных отделов: нижней полой вены, общих, наружных и внутренних подвздошных вен, подвздошно-бедренных сегментов.

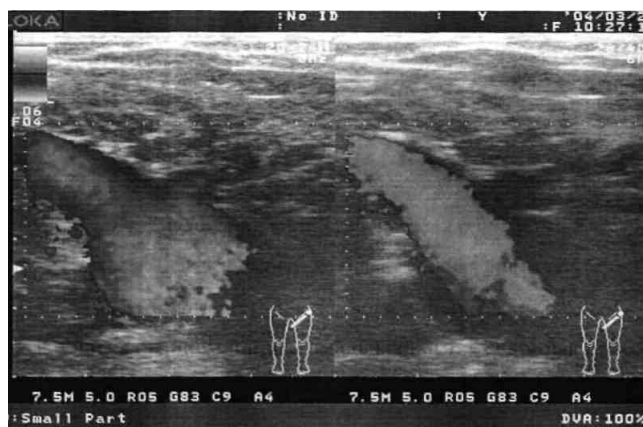


Рис. 1. Недостаточность остиального клапана БПВ

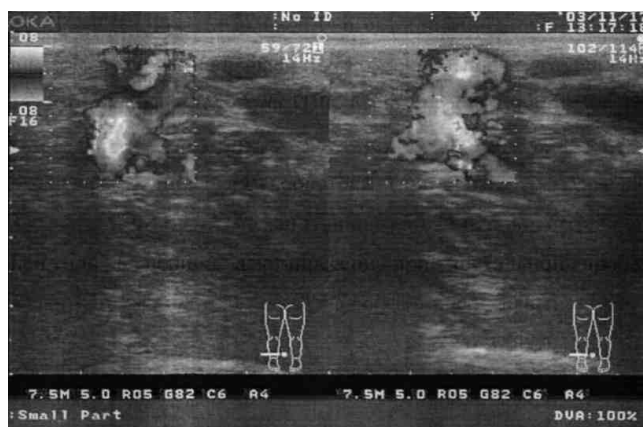


Рис. 2. Несостоятельная перфорантная вена

Диагностический алгоритм обязательно включал оценку изменений кровотока под действием функциональных проб, призванных оценить проходимость исследуемого сегмента (проба дистальной компрессии), функциональную состоятельность клапанного аппарата (пробы Вальсальва, кашлевая, дыхательная, с натуживанием и проксимальная компрессионная).

Обязательными зонами исследования функции клапанного аппарата являлись: область сафенофemorального соустья, бедренная вена и глубокая вена бедра в ее верхней трети, подколенная вена, область сафенопоплитеального или сафенобедренного соустья, глубокие вены голени. Для объективизации степени клапанных нарушений все перечисленные пробы проводили в горизонтальном и вертикальном положении.

Одним из наиболее важных этапов исследования состояния периферических вен была оценка перфорантных вен и, прежде всего функции их клапанного аппарата. Обычно это были участки кожи с нарушенной трофикой.

По ходу исследования проводили маркировку на коже обнаруженных несостоятельных перфорантных вен для облегчения их выявления при последующем оперативном вмешательстве. УЗДАС с ЦДК выполнено всем пациентам исследуемых групп.

### Результаты исследований и их обсуждение

В первой группе больных удалось добиться тенденции к заживлению трофических язв у 18 пациентов на первых этапах лечения, во второй группе заживление трофических язв наблюдалось у 38 пациентов (95 %) в течение 10-15 дней, в третьей группе – у 14 пациентов (93,3 %) в течение 12-17 дней, в четвертой группе – у 9 пациентов (81,8 %) в течение 20-25 дней.

Ведущими гемодинамическими факторами появления трофических нарушений при декомпенсированных формах ХВН нижних конечностей являются поражения подкожной и/или глубокой венозной системы нижних конечностей. Это обуславливает несостоятельность клапанов перфорантных и поверхностных вен, что способствует возникновению венозной гипертензии и прогрессированию трофических расстройств.

Хирургическое лечение больных с декомпенсированными формами ХВН должно быть дифференцированным, направленным на коррекцию основного патогенетического звена, которое обуславливает возникновение трофических нарушений и/или поддерживает существование трофической язвы.



Рациональное сочетание различных вариантов устранения вертикального рефлюкса в сочетании с субфасциальной диссекцией несостоятельных перфорантных вен из минидоступа и дополнительных манипуляций, выполняемых одномоментно, позволяет достигнуть оптимальных условий для восстановления трофики пораженных тканей.

Хирургическое лечение язв, размерами свыше 20 см предусматривает проведение одномоментной коррекции нарушений венозной гемодинамики иссечение патологически измененных тканей и закрытие раневой поверхности с использованием аутодермопластики.

Наш опыт лечения таких больных свидетельствует, что выбор оперативного вмешательства необходимо осуществлять на основании объективных данных, инструментальных методов исследования, клинической ситуации (выраженность трофических нарушений, сопутствующая патология, наличие или отсутствие язвенного дефекта), а также учитывая социально-экономические аспекты. Этапные операции рекомендованы пациентам в случаях выраженных трофических изменений нижних конечностей или при наличии тяжелой соматической патологии. В качестве первого этапа выполняется флебэктомия на бедре, а через

полгода — эндоскопическая диссекция перфорантных вен.

Радикальные вмешательства применяют у больных с варикозной болезнью нижних конечностей. Это возможно в случаях равнозначного участия как высокого, так и низкого вено-венозного сброса развития заболевания.

Паллиативные операции необходимо выполнять пациентам с посттромбофлебитической болезнью, а также при наличии тяжелой сопутствующей патологии. Объем вмешательства обычно ограничивается эндоскопической диссекцией перфорантных вен голени. Эти операции позволяют улучшить состояние флебо- и гемодинамики, тем самым улучшая условия для заживления язвенного дефекта.

Расширенные операции включают в себя коррекцию патологической гемодинамики, иссечение тканей, подвергшихся склерозу, одномоментной аутодермопластикой.

#### Выводы

Таким образом, использование индивидуального подхода при выборе объемов вмешательств с декомпенсированными формами ХВН у пациентов позволило добиться заживления трофических язв.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Косинец А. Н. Варикозная болезнь: руководство для врачей / А. Н. Косинец, С. А. Сушков. — Витебск: ВГМУ, 2009. — 415 с.
2. Покровский А. В. Классификация СЕАР и ее значимость для отечественной флебологии / А. В. Покровский, С. В. Сапелкин // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2005. - №2. — С.16-20
3. Системная терапия венозных трофических язв / В. С. Савельев, В. А. Покровский, А. И. Кириенко [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2002. — №4. — С. 34–39
4. Чернуха Л. М. Ультразвуковая диагностика и классификация варикозной болезни / Л. М. Чернуха, А. А. Гуч // Флебология. — 2008. — Т.2, №3. — С.28–34.
5. Mendoza E. Great Saphenous Vein Diameter at the Saphenofemoral Junction and Proximal Thigh as Parameters of Venous Disease Class / E. Mendoza, W. Blättler, F. Amsler // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. — 2013. — №45( 1). — P. 76-6.
6. Sufian S. Superficial vein ablation for the treatment of primary chronic venous ulcers / S. Sufian, S. Lakhanpal, J. Marquez // Phlebology. — 2011. — № 26(7). — P. 301-306.



ВИБІР ХІРУРГІЧНОЇ  
ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ  
ДЕКОМПЕНСОВАНИХ  
ФОРМ ХРОНІЧНОЇ  
ВЕНОЗНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ  
НИЖНІХ КІНЦІВОК

*V. V. Boyko, I. B. Babinkina*

**Резюме.** У роботі представлено результати лікування 86 хворих з декомпенсованими формами хронічної венозної недостатності, з них: етапні хірургічні втручання використовувалися у 25 хворих (1 група), радикальні — у 40 (2 група), паліативні — у 15 (3 група) і розширені — у 11 (4 група). Таким чином, використання даного підходу при виборі обсягів втручань з декомпенсованими формами ХВН у пацієнтів дозволило значно зменшити частоту післяопераційних ускладнень, скоротити термін перебування пацієнта в стаціонарі та досягти загоєння трофічних виразок.

**Ключові слова:** *хронічна венозна недостатність, трофічні виразки, вибір тактики.*

THE CHOICE OF SURGICAL  
TREATMENT OF  
DECOMPENSATED FORMS  
OF CHRONIC VENOUS  
INSUFFICIENCY OF THE  
LOWER LIMBS

*V. V. Boyko, I. B. Babinkina*

**Summary.** The paper presents the results of treatment of 86 patients with decompensated forms of chronic venous insufficiency of them: stage surgical procedures were used in 25 patients (group 1), radical in 40 (group 2), palliative in 15 (group 3) and extended in 11 (group 4). Thus, the use of this approach in the selection of interventions volume for decompensated forms of CVI significantly reduced the incidence of postoperative complications, shorten the period of hospital stay and achieve healing of venous ulcers.

**Key words:** *chronic venous insufficiency, trophic ulcers, choice of tactics.*