

УДК 617-089:616.14-007.64

## Досвід використання малоінвазивних технологій у хірургічному лікуванні варикозної хвороби

С.Г. САВІНОВ, В.А. ТОМІН, С.Г. ГРИВЕНКО, Г.А. ЗОЛОТНИЦЬКИЙ, І.С. САВІНОВ

Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського

### MINIINVASIVE TECHNOLOGIES USING EXPERIENCE IN SURGICAL TREATMENT OF VARICOSE DISEASE

S.H. SAVINOV, V.A. TOMIN, S.H. HRYVENKO, H.A. ZOLOTNYTSKY, I.S. SAVINOV

Crimean State Medical University by S.I. Heorhiyevsky

На основі власного досвіду лікування 2765 хворих із хронічною венозною недостатністю нижніх кінцівок за період 2001–2008 рр. запропоновано використання методики CHIVA як сучасного методу хірургічного втручання у цієї категорії хворих. Застосування запропонованої методики дозволило покращити функціональні результати хірургічного втручання, а за рахунок незначної тривалості перебування хворого у стаціонарі зменшити витрати на лікування.

Basing on the own treatment experience of 2765 patients with chronic venous insufficiency of lower extremities for 2001–2008, CHIVA technique using is offered as a modern method of surgical interference at this category of patients. Application of the offered method allowed to improve the functional results of surgical interference and due to the insignificant terms of patients' stay in permanent establishment to shorten the expenses for treatment.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** Як відомо, основною причиною розвитку хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок (ХВН) є варикозна хвороба (ВХ). Згідно з сучасними статистичними даними, в індустріально розвинутих країнах 20–25 % населення потерпає від ХВН. Значна розповсюдженість патології зумовлює актуальність даної проблеми. Окрім того, за умови традиційних підходів до лікування даної патології, рецидив варикозної хвороби виникає у 7–20 % прооперованих хворих [1, 2, 3]. Протягом багатьох років видалення підшкірних вен вважали за метод вибору при хірургічному лікуванні варикозної хвороби. Однак у 1988 році К. Francheschi описав новий метод, який отримав назву CHIVA (Conservative Hemodynamic Insufficiency Venous Ambulatory) і складається з мінімально-інвазивних хірургічних процедур, які проводяться на основі попередньо отриманих даних аналізу гемодинаміки венозної сітки нижніх кінцівок за допомогою ультразвукового дуплексного сканування. Метою CHIVA при недостатності поверхневих вен є зменшення гідростатичного тиску шляхом усунення вено-венозних рефлюксів, без видалення підшкірних вен та руйнування дренажу поверхневих тканин. У світі накопичено значний досвід використання цієї методики [4–11], проте вона ще не знайшла широкого застосування на теренах України.

**Матеріали і методи.** Робота ґрунтується на результатах обстеження та хірургічного лікування

2765 пацієнтів із ХВН, які перебували на стаціонарному лікуванні у хірургічному відділенні Сімферопольської ЦРКЛ за період 2001–2008 рр. Вік хворих – від 15 до 82 років. Жінок було 1839 (66,5 %), чоловіків – 926 (33,5 %), співвідношення чоловіків і жінок 1:2. Варикозна хвороба діагностована у 2306 (83,4 %) пацієнтів, посттромбофлебітична хвороба – у 459 (16,6 %). За класифікацією CEAP: 166 (6 %) пацієнтів належали до класу С 2; 968 (35 %) – С 3; 1366 (49,4 %) – С 4; 183 (6,6 %) – С 5; 82 (3,0 %) – С 6. Всім пацієнтам при госпіталізації проводили ультразвукове дуплексне сканування вен нижніх кінцівок (УЗДФС) за допомогою апарата “TOSHIBA хагіо” з лінійним датчиком 8–13 мГц, з метою визначення спроможності остіального клапана, наявності патологічних сафено-фemorального та сафено-поплітеального рефлюксів, їх гемодинаміку (горизонтальний, вертикальний), ступінь розповсюдження по стовбуру великої, малої підшкірних вен (ВПВ та МПВ), наявність приток, діаметр ВПВ та МПВ у ділянці гирла, проксимальної та дистальної третин стегна, анатомічних особливостей басейнів ВПВ, МПВ. Крім того, визначали патологічні сафено-перфорантні рефлюкси та зони їх локалізації. В подальшому проводили передопераційне ехо-маркування з розміткою доступів для подальшої хірургічної корекції. Операцію виконували під інфільтраційною анестезією (лідоканін 200,0 – 0,25 % розчину) в ділянки передопераційного маркування, в положенні лежачи на спині (животі). Паховим (підколінним) доступом проводили

виділення пригирлового відділу стовбура великої та (чи) малої підшкірної вени, кросектомію з проксимальною резекцією ВПВ (МПВ) чи подвійне лігування сафено-фemorального переходу ниткою "Nurolon 1/0". Рана зашивається адаптуючим швом за Донаті атравматичною голкою монониткою "Капроаг" чи "Поліамід" 4/0. На наступному етапі використовували набір для мініфлебектомії (гачок-флебоекстрактор, флебошпатель, затискачі типу "Москіт", скальпель № 11). В проекції неспроможності перфоранта за розміткою на шкірі колючим рухом скальпеля проводиться проколювання шкіри. Флебошпателем отвір у шкірі розширюється та виділяється верхня стінка підшкірної вени. Гачок-флебоекстрактор заводиться під вену. Розгортаючи стержень інструмента на 180°, проводиться його тракція на себе. При цьому флебоекстрактор притискається до шкіри. Це необхідно, щоб вена не зіскочила з гачка. Після того, як сафено-перфорантний перехід виведено через шкірний прокол, проводиться Т-подібна резекція сафено-перфорантного сегмента, вени перев'язуються в дистальному відділі під затискачами нитками капрон 3/0. Після зняття затискачів перев'язані ділянки вен відходять під шкіру. Гемостаз відбувається пілотами стерильної марлі. Кінцівка бинтується звичайним стерильним бинтом та еластичним бинтом середньої розтяжності від пальців стопи до верхньої третини стегна.

Після операції хворого переводять у палату. Оперована кінцівка вкладається на шину Белера. Рекомендують активні рухи в гомілковостопному та колінному суглобах. Через 1 год після операції пацієнт активізується, поступово збільшуючи відстань ходіння. Наступного ранку під час перев'язки кінцівку оглядають, змінюють пов'язки, в проекції збережених підшкірних вен на шкіру наноситься гель "Ліотон 1000". Бинтування кінцівки відбувається від пальців стопи до верхньої третини стегна еластичним бинтом середньої розтяжності. Хворий перево-

диться на амбулаторне лікування. Наступна перев'язка виконується на 3 добу. Шви в паховій ділянці (під коліном) знімаються на 7 добу. Мікропроколи загоюються без швів. Режим еластичної компресії: 7 діб носіння еластичних бинтів, потім щоденне носіння компресійних панчіх (колготок) із тиском на рівні кісточки 25-35 мм рт.ст. протягом 2 місяців. На ніч трикотаж знімають. Протягом 2 місяців пацієнт приймає флеботропний препарат діосмінового ряду по схемі. Хворий перебуває на диспансерному обліку в судинного хірурга протягом 5 років.

#### Результати досліджень та їх обговорення.

Всім пацієнтам через 2, 6 місяців та щорічно протягом 5 років виконували повторне контрольне УЗДФС. Із 2765 пацієнтів у 2485 (89,9 %) відмічено позитивну динаміку регресу клініки ВХ: відсутність патологічного рефлюксу ВПВ та (чи) МПВ, зменшення діаметра стовбура ВПВ та (чи) МПВ, а також відсутність перфорантного рефлюксу в зонах їх передопераційної локалізації. У 263 (9,5 %) хворих, незважаючи на проведену хірургічну корекцію кровообігу, відмічається наявність повернення окремих симптомів клініки ВХ, без достовірного підтвердження прогресування хвороби за даними УЗДФС, здебільшого пов'язаних з недостатнім періодом реабілітації, недотриманням післяопераційних рекомендацій. У 17 (0,6 %) хворих після оперативного лікування позитивного результату не досягнуто внаслідок розвитку неоваскулогенезу та виникнення після нього патологічного вено-венозного скиду.

**Висновок.** Метод CHIVA є малотравматичним, венозберігаючим та високоестетичним для лікування варикозної хвороби. Його застосування не потребує тривалого перебування пацієнтів у стаціонарі. Враховуючи відносну простоту даного методу, його застосування можливе в будь-якому хірургічному закладі.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Гошинський В.Б., Зима І.Я., Луговий О.Б., П'ятничка О.З. Рецидив варикозної хвороби нижніх кінцівок: причини та вибір оптимальної тактики лікування // Шпитальна хірургія. – 2008. – № 4. – С. 123-125.
2. Основы клинической флебологии / Под ред. Ю.Л. Шевченко. – М.: ОАО Изд-во "Медицина", 2005. – 312 с.
3. Шевченко Ю.Л. Ошибки, опасности и осложнения в хирургии вен. – СПб.: Питер, 1999. – 308 с.
4. Berger H.-A. Der Kompressionsstrumpf in der Behandlung der Varikosis nach der Methode von Franceschi // Orthopadie-Technik. – 1998. – V. 4. – P. 282-283.
5. Escribano J.M., Juan J., Bofill R., Maeso J., Rodriguez-Bori A., Matas M. Durability of Reflux-elimination by a Minimal Invasive CHIVA Procedure on Patients with Varicose Veins. A 3-year Prospective Case Study // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 2003. – V. 25. – P. 159-163.
6. Maeso J., Juan J., Escribano J.M., Allegue N., Di Matteo A., Gonzalez E., Matas M. Klinische Ergebnisse im Vergleich der

7. Stripping-Methode und der CHIVA-Behandlung der Varizen der Beine. Accepted for publication in Phlebologie (Frankreich). – 1998.
8. Cappelli M., Lova R.M., Ermini S., Turchi A., Bono G., Bahnini A., Franceschi C. Ambulatory Conservative Hemodynamic Management of Varicose Veins: Critical Analysis of Results at 3 Years // Ann. Vasc. Surg. – 2000. – V. 14. – P. 376-384.
9. Mendoza E. Einteilung der Rezirkulation im Bein: anatomische und physiologische Grundlagen der CHIVA-Methode // Phlebologie. – 2002. – V. 31. – P. 1-8.
10. Mendoza E. Zur topographischen Anatomie der Vena saphena magna // Phlebologie. – 2001. – P. 140-144.
11. Perrin M. La CHIVA dans le traitement de l'insuffisance veineuse superficielle. Concept theorique ou methode validee? // Sang. Thrombose Vaisseaux (Montrouge). – 1993. – V. 5, № 1. – P. 57-61.
12. Zamboni P., Cisno C., Marchetti F., Mazza P., Fogato L., Carandina S., De Palma M., Liboni A. Minimally invasive surgical treatment of primary venous ulcers vs compression treatment: A randomized trial // Eur. J. Endovasc. Surg. – 2003.