

ПРОГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ЛІКУВАННЯ ПРИ ГЕМОДИНАМІЧНИХ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАННЯХ У ХВОРИХ НА ВАРИКОЗНУ ХВОРОБУ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Корольова Х.О., Теплий В.В., Сидоренко Р.А., Іванов М.А.

Кафедра хірургії №2 НМУ імені О.О. Богомольця

Вступ

Широке впровадження дуплексного сканування в практику флебологів сприяло розвитку нового хірургічного підходу гемодинамічного лікування за принципами CHIVA.

Амбулаторний метод консервативної гемодинамічної корекції венозної недостатності (CHIVA) – це малоінвазивний хірургічний метод лікування варикозного розширення вен. Метою лікування CHIVA є усунення венозно-венозних шунтів шляхом відключення точок виходу, збереження підшкірної вени і нормального венозного відтоку поверхневих тканин кінцівки.

Гемодинамічна хірургія має ряд недоліків, серед яких відстрочений клінічний ефект, оскільки розширені вени не видаляються, а лише перев'язуються живлячі перфоранти для виключення патологічних скидів та відновлення правильного напрямку кровотоку.

Відсутність виражених швидких косметичних і функціональних змін веде до того, що пацієнти починають сумніватись в успішності хірургічного втручання, повторно звертаються до лікарів зі скаргами. Саме тому важливим є пошук прогностичних факторів успішності гемодинамічного лікування та швидкості настання клінічних ефектів.

Мета роботи

Визначити прогностичні критерії лікування для пацієнта з варикозною хворобою при виконанні гемодинамічної хірургії.

Матеріали і методи

Ми обстежили 16 пацієнтів з хронічною венозною недостатністю (C₁ – C₄ клас варикозу за CEAP класифікацією), яким планувалось виконання гемодимічних хірургічних втручань.

При обстеженні ми виконували ультразвукове дуплексне картування нижніх кінцівок та визначали тип гемодинамічного шунта. Серед наших пацієнтів переважав шунт тип 1. Він уявляє собою патологічний скид крові з глибокої венозної мережі (глибокого венозного відсіку) через неспроможне сафено-феморальне співустя (escape point) в пішкірний венозний відсік, власне сегмент великої підшкірної вени (ВПВ), кров з великої підшкірної через перфоранту повторного входу (найчастіше розташовану в верхній третині медіальної частини гомілки) повертається в глибоку венозну систему, таким чином замикається патологічне коло.

Вивчаючи венозну анатомію та гемодинаміку за допомогою УЗД ми намагалися знайти прогностичні критерії, які б допомогли чітко зрозуміти якій категорії пацієнтів даний тип втручань підходить найкращим чином, коли можна очікувати настання видимого косметичного та функціонального результату.

Результати та обговорення

Обстежено 16 пацієнтів з шунтом тип 1 яким планувалось гемодинамічне лікування за принципами CHIVA. Середній діаметр ВПВ на рівні середньої третини стегна (середина дистанції між бічним надвироском та великим вертлюгом) у даних пацієнтів склав $7,3 \pm 1,7$ мм. Середній

діаметр перфоранти повторного входу дорівнював $2,15 \pm 0,9$ мм. Оцінювали також наявність та тривалість рефлюксу в ВПВ. Дискримінантний аналіз з використанням в якості незалежних предикторів вказаних показників не виявили їх прогностичної значущості. Всі пацієнти були розділили на дві підгрупи в залежності від діаметру ВПВ. В першій він дорівнював чи був меншим 7 мм. Таких хворих було 9. У 7 хворих другої підгрупи даний показник перевищував цей критерій. Діаметр судин вимірювали до оперативного втручання, через місяць та шість місяців після нього (таблиця 1).

Таблиця 1. Діаметр великої підшкірної вени за даними УЗД КДК

Група хворих	Діаметр ВПВ до СНІВА (мм) M ± σ	Діаметр ВПВ через 1 міс. (мм) M ± σ	Діаметр ВПВ через 6 міс. (мм) M ± σ
Група 1 (n=9)	6,4 ± 0,73	3,7 ± 0,51*	3,6 ± 0,47
Група 1 (n=7)	8,6 ± 0,51	7,9 ± 0,55	5,6 ± 0,79*

*p<0,01 Порівнюючи з вихідними даними.

Аналізуючи отримані дані ми бачимо, що у пацієнтів з вихідним діаметром ВПВ менше 7 мм через місяць після операції діаметр зменшився на 43%, у пацієнтів з діаметром ВПВ більше 7 мм діаметр її через місяць після операції зменшився лише на 8% (p<0,001). Дані результати відобразились і на клінічній картині і на суб'єктивній симптоматиці. Так, хворі з діаметром ВПВ більше 7 мм продовжували скаржитись на набряки нижніх кінцівок впродовж декількох місяців після лікування, також не був ідеальним і косметичний результат, пацієнтів

продовжували турбувати наявні видимі залишкові чи новоутворені варикозно розширені вени чи вузли РВ та ТАЕ. Пацієнти з невеликим вихідним діаметром ВПВ напрочуд відмічали значне клінічне покращення протягом першого місяця після лікування. Протягом шести місяців результат дещо зрівнявся клінічно, проте пацієнти другої групи все одно не були задоволені косметичним результатом в повній мірі. Саме серед другої групи пацієнтів було зареєстровано і два рецидиви захворювання, один з них був пов'язаний з реканалізацією сафено–феморального співустя, інший з відновленням рефлюксу по ВПВ зі скидом крові в венозну мережу третього порядку та клінічним розширенням її притоків. Даний ефект можна пояснити спираючись на одну з гіпотез виникнення варикозної хвороби – гіпотезу дисбалансу колагенів. Головна функція колагену – забезпечувати міцність тканин на розтягнення та розрив. Відомі такі причини зниження кількості та якості колагену – спадкові (сімейний анамнез) і набуті, пов'язані з гормональною перебудовою під час вагітності та клімаксу. Тому спадкове зменшення його кількості або співвідношення його типів (I та III) або тривале перерозтягнення внаслідок підвищення тиску в венозній мережі може призводити до неспроможності відновлення структури венозної стінки після нормалізації гемодинаміки.

Висновки

Визначення діаметру ВПВ у пацієнтів з шунтом тип 1 на рівні середньої третини стегна дозволило спрогнозувати ефективність лікування та швидкість настання клінічних та косметичних змін.