

УДК 616.14—008.64—089—053.9



П. В. Мірошниченко, О. А. Большак, А. Б. Строїло,  
Є. А. Волощук, М. А. Шаповалов, С. О. Лукаш, О. О. Чайка

## Лікування тяжких форм хронічної венозної недостатності у хворих похилого та старечого віку

Узагальнено досвід лікування 184 хворих віком понад 70 років з тяжкими формами хронічної венозної недостатності.

**Ключові слова:** хронічна венозна недостатність, трофічні виразки, старша вікова категорія.

На хронічну венозну недостатність (ХВН), що виникає внаслідок прогресування варикозної та посттромботичної хвороб і венозної форми ангіодисплазії, хворіє принаймні 17% населення України [1, 2]. На сьогодні це найпоширеніша патологія периферійних судин [3]. На жаль, по медичну допомогу найчастіше звертаються пацієнти з її тяжкими формами (С 4–6 за класифікацією CEAP), нерідко ускладненими глибокими виразками (часто циркулярними) чи гострим тромбозом (22–80%), який у 10–25% пацієнтів супроводжується тромбозом глибоких вен та в 10% — тромбоемболією легеневої артерії [4–6]. Серед кожних 6–8 мільйонів хворих на венозну патологію нижніх кінцівок 400–500 тисяч мають виразки [7]. Незважко вирахувати, що в Україні трофічні виразки нижніх кінцівок венозного генезу має понад 730 тис. дорослого населення. Виразки венозного генезу характеризуються повільним загоюванням та тривалим рецидивним перебігом, спричиняють стійку інвалідизацію пацієнтів [8]. Лікування цього контингенту хворих вимагає величезних фінансових витрат. Скажімо, у Франції вартість консервативного лікування одного такого пацієнта становить у середньому 750 євро, у Швеції — 440 євро, США — 600–1200 доларів, у Великій Британії — 2000–4000 фунтів стерлінгів на рік, у Росії — щонайменше 113 тис. рублів [9]. Загалом на подолання проблеми в європейських країнах витрачають 1–3% бюджету охорони здоров'я.

Незважаючи на вдосконалення методик лікування, застосування нових технологій і препаратів, кількість хворих з трофічними виразками нижніх кінцівок венозного генезу не зменшується. Отже, проблема лікування хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок на сьогодні надзвичайно актуальна й далека від розв'язання.

Ще складнішим є питання щодо лікування тяжких форм ХВН у людей похилого та старечого

віку. У них перебіг захворювання характеризується більшою кількістю та тривалішим існуванням трофічних виразок, значною кількістю супровідних хвороб, що часто унеможлиблює радикальну операцію [9]. Тому потрібно шукати менш агресивної хірургічної тактики [10, 11].

Мета дослідження — узагальнити досвід лікування тяжких форм ХВН у хворих похилого та старечого віку.

### Матеріали і методи

За час від 1997 до 2007 року на лікуванні перебували 184 хворих віком понад 70 років (найстаршому було 87 років, середній вік у групі  $(78,4 \pm 0,6)$  року). В усіх хворих була стадія С6S за CEAP. Середня площа трофічних виразок (ТВ)  $(87,3 \pm 1,8)$  см<sup>2</sup>. Давність існування ТВ від 1 до 45 місяців, у середньому  $(9,4 \pm 1,0)$  місяця. Усі хворі мали супровідні захворювання: ішемічний інсульт в анамнезі — 21, інфаркт міокарда в анамнезі — 39, атеросклероз судин головного мозку в стадії транзиторних ішемічних атак або хронічної дисциркуляторної енцефалопатії — 87, гіпертонічна хвороба — 101, цукровий діабет — 69, хронічний бронхіт — 103; 24 хворих перенесли операції з приводу злоякісних пухлин з подальшим комбінованим лікуванням, 18 — перенесли різні форми туберкульозу.

У лікуванні хворих цієї вікової групи ми трималися таких принципів:

— Ретельно планувати спосіб оперативного втручання на етапі доопераційного обстеження й підготування.

— Здійснювати гемодинамічну корекцію в найменш травматичний спосіб — усувати тільки домінуючий (вертикальний або горизонтальний) вено-венозний рефлюкс без проведення стріпінга.

— Застосовувати особливо шадний режим компресійної терапії.

— Неодмінно проводити консервативну (медикаментозну) терапію на всіх етапах лікування.

— Особливо ретельно добирати метод анестезіологічного забезпечення.

— У ранній період закривати виразковий дефект.

— Старанно розробляти реабілітаційну програму.

Плануємо оперативне втручання ще на етапі доопераційного обстеження. Останнє обов'язково передбачає ультразвукове триплексне доплерівське обстеження (УТДО), у тяжких діагностичних випадках застосовуємо висхідну рентгеноконтрастну флебографію (останнім часом зрідка, віддаючи перевагу УТДО).

Вертикальний рефлюкс усуваємо шляхом кросектомії великої та/або малої підшкірної вени. Для того щоб усунути горизонтальний рефлюкс, здійснюємо ендоскопічну дисекцію перфорантних вен (ЕДПВ) або селективну склерооблітерацію перфорантних вен. Однак виконати останню часто буває неможливо, оскільки перфорантні вени розташовані безпосередньо під зоною ТВ. Тому застосовуємо переважно ЕДПВ. Крім того, під час ЕДПВ можна провести дозовану, телеоптично контролювану фасціотомію, щоб запобігти розвитку фасціокомпресійного синдрому. Зрідка, у разі циркулярних уражень гомілки виконуємо епіфасціальну дисекцію перфорантних вен за Кокетом. Проводити широку флектомію часто буває небезпечним через ризик інфекційних ускладнень.

Компресійна терапія полягає у користуванні еластичними виробами з медичного трикотажу з дозованою компресією (перевагу віддаємо панчохам «Варизма» фірми «Innotec»). Використовуємо панчохи 3-го компресійного класу. Якщо пацієнт не в змозі придбати еластичні панчохи (здебільш за фінансовими обставинами), застосовуємо цинк-желатинову пов'язку, хоча це, безумовно, компромісний варіант.

Вважаємо, що на всіх етапах лікування обов'язково треба проводити медикаментозне лікування. Переважно поєднуємо препарати діосміну («Дет-

ралекс», «Вазокет», «Флебодія») і проціанідолові олігомери («Ендотелон»). Обов'язково коригуємо супровідну патологію (зокрема артеріальну гіпертензію, що прямо впливає на регіонарну гемодинаміку, а отже, і на репаративні процеси у ТВ).

Анестезіологічне забезпечення добираємо надзвичайно ретельно. Застосовуємо переважно місцеву та провідникову анестезію, що дає змогу уникнути недоліків загального знеболення, провести чимраніш ефективну активізацію хворого, а це має велике значення для хворих старшої вікової групи.

Вибір способу закриття виразкового дефекту — одне зі складних питань. Безперечно, спонтанна епітелізація виглядає привабливо, однак тривалість існування ТВ і зниження активності репаративних процесів часто не дає підстав сподіватися на спонтанне закриття виразки. Тому в разі великих і тривалих (понад 4 місяці) ТВ ми вдаємося до пластичного закриття їх. Видаляючи ТВ, вважаємо за доцільне провести якнайповнішу фасціектомію, щоб усунути ризик фасціокомпресійного синдрому, хоч це дещо розширює обсяги втручання. У разі пластичного закриття виразкового дефекту перевагу віддаємо пластиці розщепленим клаптом.

Одним з важливих етапів лікування є реабілітаційний, оскільки гемодинамічна корекція проведена в неповному обсязі та є небезпека виникнення рецидиву. Для успішної реабілітації важливим є те, наскільки хворий зможе виконувати рекомендації лікаря. Тому сеньільну деменцію ми вважаємо протипоказанням до цього виду лікування.

### Результати та обговорення

Характер оперативних втручань, що їх виконали досліджуваним хворим, наведено в табл. 1.

Завдяки проведеному лікуванню вдалося загоїти ТВ у 172 (93,48 %) хворих, у 10 (5,43 %) пацієнтів закрити виразковий дефект не вдалося, проте

Таблиця 1

Характер виконаних оперативних втручань

Операція	Кількість
Кросектомія підшкірної вени:	
великої	91
малої	14
Ізольована ендоскопічна дисекція перфорантних вен	33
Склерооблітерація перфорантних вен	4
Епіфасціальна дисекція перфорантних вен за Кокетом	2
Ендоскопічна дисекція перфорантних вен + кросектомія підшкірної вени:	
великої	21
малої	12
великої і малої	7
Дермопластика трофічної виразки	92

площа виразки істотно зменшилася, знизився больовий синдром, що позитивно позначилося на якості життя. Двоє хворих (1,09%) померли під час лікування (гострий ішемічний інсульт — 1, тромбоемболія легеневої артерії — 1).

#### Висновки

Лікування тяжких форм ХВН у літніх хворих — складне завдання, що потребує індивідуального підходу до розв'язання тактичних питань.

Спосіб гемодинамічної корекції має бути найменш травматичним, однак максимально повним.

Застосування місцевого та провідникового знеболення, мініінвазивних технологій, допомагає розширити показання до оперативного лікування хворих старшої вікової категорії.

Лікування тяжких форм ХВН в осіб похилого та старечого віку дає змогу досягти позитивних наслідків і поліпшити якість життя у 93,48% хворих.

Стаття надійшла до редакції 25.12.2007

### Цитована література

1. *Лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей. Новые альтернативы* / Г. Г. Влайков, А. А. Гуч // *Хірургія України*. — 2002. — № 1. — С. 26—28.
2. *Тяжелые формы хронической венозной недостаточности нижних конечностей. Современные возможности реабилитационного лечения* / Экспериментальна та клінічна бальнеологія. — 2004. — № 1. — С. 41—46.
3. *Хроническая венозная недостаточность: вопросы и ответы* // *Кровообіг та гемостаз*. — 2004. — № 2/3. — С. 111—117.
4. *Діагностика та оперативне лікування тяжких форм хронічної венозної недостатності* / М. Г. Гончар, Р. В. Сабадош, В. А. Сабадош // *Серце і судини*. — 2006. — № 4, додаток. — С. 106—109.
5. *Диагностика и тактика лечения острого тромбоза / В. Ф. Саенко, Л. М. Чернуха, А. А. Гуч* // *Кровообіг та гемостаз*. — 2004. — № 2/3. — С. 118—121
6. *Современные возможности диагностики и хирургического лечения острого тромбоза и тяжелых форм варикозной болезни* / Н. Ф. Дрюк [и др.] // *Клінічна хірургія*. — 2003. — № 2. — С. 35—40.
7. *Современные принципы лечения хронической венозной недостаточности* / А. И. Кириенко, Р. А. Григорян, И. А. Золотухин // *Пятьдесят лекций по хирургии*; под ред. В. С. Савельева. — М.: Media Medica, 2003. — 116 с.
8. *Венозные трофические язвы* / В. Ю. Богачев, Л. И. Богданец // *Пятьдесят лекций по хирургии*; под ред. В. С. Савельева. — М.: Media Medica, 2003. — 116 с.

*П. В. Мирошниченко, А. А. Большак, А. Б. Строило, Е. А. Волощук, Н. А. Шаповалов,  
С. А. Лукаш, О. О. Чайка*

#### Лечение тяжелых форм хронической венозной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста

Обобщен опыт лечения 184 больных в возрасте свыше 70 лет с тяжелыми формами хронической венозной недостаточности. Сделан вывод о том, что метод гемодинамической коррекции должен быть наименее травматическим, при этом максимально полным. Использование местного и проводникового обезболивания, а также миниинвазивных технологий, позволяет расширить показания к оперативному лечению больных названной возрастной категории. Достигнуты позитивные результаты лечения и улучшено качество жизни у 93,48% больных.

*P. V. Miroshnychenko, O. A. Bol'shak, A. B. Stroilo, Ye. A. Voloschuk, M. A. Shapovalov,  
S. O. Lukash, O. O. Chaika*

#### The treatment of severe chronic vein deficiency in elderly and senile patients

The experience of the treatment of 184 patients aged over 70 years with the severe forms of chronic vein deficiency has been generalized. It has been concluded that the haemodynamic correction method must be minimally traumatic and maximally complete. The use of the local and conductive anesthesia and mini-invasive techniques gives the opportunity to extend the indications for surgical treatment of patients of the above mentioned age category. Positive results of the treatment and improvement of quality of life was gained in 93,48% of patients.