

ДВАЙСЕТ ГОДИШЕН ОПИТ СЪС СУБФАСЦИАЛНИТЕ ЛИГАТУРИ НА ПЕРФОРАНТНИТЕ ВЕНИ НА ПОДБЕДРИЦАТА

***Кавръков Т., *Тенев Т., *Запрянов Хр., *Башев Д., **Василев В. *Абрашев Хр.,**

**Клиника по съдова хирургия, УМБАЛ „Проф. д-р Ст. Киркович“,*

Тракийски Университет, Стара Загора

*** МБАЛ „Бургас Ад“, гр. Бургас*

drkavrakov@gmail.com

042/698101; 042/698116

РЕЗЮМЕ

През последните двацет години в Клиниката по Съдова Хирургия на Университетската болница в град Стара Загора бяха извършени 67 оперативни интервенции върху субфасциалните перфорантни вени на подбедрицата по метода на Фелдер. Едновременно с това в хирургичната операция се прилага и фасцио-круралната пликация по Омар-Оскар и екцирпация на вена сафена парва. Ретроспективният анализ на резултатите от нашето проучване показва, че в 13,4% от ранните следоперативни усложнения се наблюдават кожни ръбцови некрози на оперативния достъп и в 3% от случаите супурация на оперативната рана. При 40% от пациентите от контролната група се регистрираха отлични постоперативни резултати, което утвърждава метода при оперативното лечение на хроничната венозна недостатъчност, независимо от неговата травматичност.

Ключови думи : хронична венозна недостатъчност; постфлебичен синдром; оперативен достъп; перфорантни вени, венозна хипертензия.

Въведение

Хроничната венозна болест (ХВБ) е сборно понятие, обединяващо варикозните вени (първична варикоза), постромбозен синдром, вродени и придобити венозни малформации. Тя се определя като морфологични и функционални увреждания на венозната система с голяма продължителност. Причинява се от венозен клапен рефлукс с или без налична венозна обструкция, които могат да засегнат повърхностната или дълбоката венозна система, или и двете. Тя може да бъде резултат на наследствени или придобити заболявания. Хроничната венозна недостатъчност (ХВН) е термин, с който се обозначават напредналите стадии на ХВБ – С3 до С6 по СЕАР. Тя е едно от най-разпространените заболявания в индустриално развитите страни на Европа и Северна Америка. ХВН има бавен хронично прогресиращ и рецидивиращ ход, клиничната изява е късна с кожни промени и няма риск от загуба на крайник или смърт. Ниската смъртност и високата морбидност на ХВБ обуславят нарушената работоспособност, ранна инвалидизация и силно влошаване на качеството на живот на пациентите. Данните за разпространението и прогресията на ХВБ от различните клинични проучвания са трудни за интерпретация и сравнение поради: разликите в дефинирането на заболяването; методите за диагностика, анализирани географски райони. Въпреки прогреса в диагностиката и лечението на ХВБ, броят на пациентите, страдащи от различните форми на това страдание непрекъснато расте. Според някои източници хроничната венозна болест обхваща между 15 и 40% от възрастното население в Европа, а според други засяга от 2 до 56% от мъжете и от 1 до 60% от жените. Публикации от 2011г. посочват наличие на леките форми на ХВБ – ретикуларни вени и телеангиектазии в 80-85% от популацията. Понастоящем около 2% от инвалидите в света са такива с венозно заболяване. Проучването ДЕТЕКТ върху ХВБ в България от 2009г. показва, че 40% от пациентите страдат от ХВБ като честотата при жените е 51%, а при мъжете 32%. 62% от

пациентите не се лекуват и само 1% са се обърнали към лекар и са получили терапия, като 20% от всички заболели са в напреднал стадий на заболяването [1].

При лечението на ХБВ и постфлебитния синдром, основно място заема лигирането на инсуфициентните перфоратори.[4],[5],[6] Перфорантните вени са от първостепенно значение във връзка с проблема на повтарящите се разширени вени и още повече с оглед на венозна язва на подбедрицата. Перфорантните вени водят своето начало от повърхностните епифасциални вени. Насочвайки се в дълбочина, те перфорират фасцията, лежаща по подкожната мастна тъкан и се свързват или с магистралните вени или с венозен синус, разположен в подлежащата мускулатура. Биват директни(свързват повърхностните с магистралните дълбоки съдове) и индиректни(свързват повърхностните вени и венозни синуси на подлежащата мускулатура).[2] Намират се предимно под коляното и броят им варира от 90 до 200. директните перфорантни вени са със сравнително постоянна локализация, докато индиректните са най-често с непостоянно местонахождение.[7],[8] Големината на перфорантните вени варира между 1мм и 2мм в диаметър.[9] Инсуфициенцията на субфасциалните вени се демонстрира с дилатация на лумена, клапна инсуфициенция и повишено венозно налягане с обратен кръвен ток от субфасциалните вени към супрафасциалните- “blow-out phenomenon “. В 90% от случаите повишеното венозно налягане води до развитие на тежка венозна недостатъчност.

Материали и методи

През последните двайсет години в Клиниката по Съдова Хирургия на Университетската болница в град Стара Загора бяха извършени 67 оперативни интервенции върху субфасциалните перфорантни вени на подбедрицата по метода на Фелдер. 29 от пациентите бяха мъже и 38 жени. Средната възраст е 56,7 години. При всички пациентите се наблюдаваше рецивиращи епизоди на появата на варикозни язви – СЕАР КЛАС 5 И КЛАС 6.

Предоперативно беше извършена дуплекс сонография и/или контрастна флебография за откриване и документиране на инсуфициентните перфорантни вени, както и за наличието на инсуфициенция клапен апарат (рефлуксен кръвен ток) и съпътстваща обструкция на дълбоката венозна система.

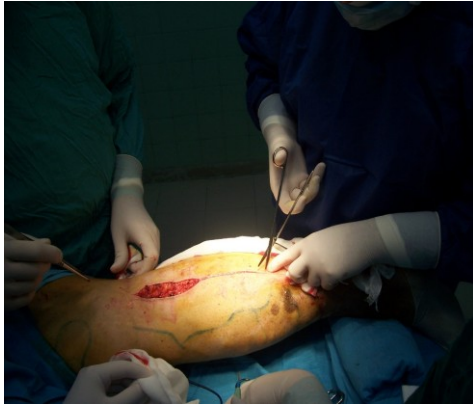


Дискусия

Съществуват различни хирургични техники на оперативното лечение на инсуфициентните перфоратори на подбедрицата. Освен отворените методики за лечението на постфлебитния синдром и варикозна язва на долните крайници се използват субфасциалното ендоскопско лигиране на инсуфициентните вени.[10],[11][12] В литературата са описани множество хирургични на отворени методи за лечението на рефлукса на перфорантните вени: *Субапоневротично лигиране по F.SOCKET*; *Субапоневротично*

лигиране по D. Jones , Субфациално лигиране по linton I и linton II ; Depalma *FELDER* и др. Изброените оперативни методи са противопоказни в случаите : 1.незавършена остра фаза на тромбофлебитния процес, рецидивиращ тромбофлебит; 2. Начална оточна форма на постфлебитния синдром без варикозни форми на венозната система; 3. Наличие на остра гнойна инфекция(временно противопоказание); 4.придружаващо артериално заболяване с изразен исхемичен синдром; 5. Сърдечно-съдова недостатъчност; 6. Тежки увреждания на паренхимните органи.[3]

При Метода на Фелдер се прави кожен разрез точно по средата на задната повърхност на подбедрицата, започвайки от задколелната ямка и завършвайки до петата като първоначално се отпрепарира и лигира вена сафена парва в дисталния и проксималния й край. За разлика от метода на Линтон се извягва минаването на оперативния разрез през трофично изменените тъкани, което значително ускорява зарастването на оперативната рана и намалява последващи некрози. Лим модифицира разреза на Фелдер с извивка в долния полюс медиално с цел по-добър достъп до над малеоларната медиален перфоратор Кокит I. На снимка 1 и снимка 2 е показан оперативния разрез по Фелдер- Лим.



Операцията на Фелдер е показана при наличието на трофична язва в супрамалеоларната област и силно склерозирани и трофично изменени тъкани в същата анатомична област.

При оперативната интервенция задължително се извършва и екстирпация на вена сафена парва по цялата й дължина. Едновременно с метода на Фелдер в хирургичната операция се прилига и фасцио-круралната пликация по Омар-Оскар, която опосредства повишаване на налягането на „мускулната помпа“ на подбедрицата и по този начин благоприятства значително редуцията на венозния рефлукс.

Ретроспективният анализ на резултатите от нашето проучване показва, че в 13,4% от ранните следоперативни усложнения се наблюдават кожни ръбцови некрози на оперативния достъп и в 3% от случаите супурация на оперативната рана, които са преодоляни сравнително леко в амбулаторни условия с превръзки. На снимка 3 и снимка 4 е показан пациент с опериран по повод на рецидивиращи язви на подбедрицата, при който е използван метода на Фелдер- Лим за субфациално лигиране на перфорантните вени. Пациентът е проследен 10 години следоперативно и при него се наблюдават отлични постоперативни резултати – не са регистрира рецидив на венозна язва.



Поради дългия период на наблюдение само при 27 пациенти се осъществи непрекъсната оценка на постоперативните резултати -40% от всички в контролната група. Останалите отпаднаха от проучването поради различни причини. При 100% от пациентите от контролната група се регистрираха отлични постоперативни резултати – липса на рецидивиращи венозни язви, което утвърждава метода при оперативното лечение на хроничната венозна недостатъчност, въпреки неговата травматичност.

Заклучение

Добрите следоперативни резултати, които бяха регистрирани се дължат на първо място лигирането на всички перфорантни вени и разделянето по дефинитивен начин повърхностната от дълбоката венозна система, съответно разделяне тотално на дълбокия и повърхностния венозен поток на подбедрицата. На второ място извършената симултатно фасцио-крупорпликация повишава налягането в „мускулната помпа“ на подбедрицата и респективно ускорява центрипиталното оттичане на венозния кръвен ток. На трето място, но не и последно по значение екстирпацията на вена сафена парва премахва развилия се венозен рефлукс в неиният венозен басейн.

Литература :

1. Гиров К., Станкев М., Диагностика и лечение на хронична венозна болест, Клинично ръководство, София 2013 8-15.
2. Лозев И., Предоперативна и интраоперативна дуплекс сонография при оперативното лечение на хронична венозна недостатъчност, София 2013, 56-59.
3. Тодоров К., Левичаров П., Съдова хирургия, Медицина и Физкултура, София 1990 , 240-242. .
4. Negus D. Leg ulcers:a practical approach to management, second edition, ButterworthHeinemann , 1995, 3-10
5. Browse NL, Burnand KG, Thomas ML. Diseases of the veins; pathology,diagnosis and treatment. Edward Arnold, London, 1988.
6. Munn SR, Morton m, Macbeth WAAG, McLeishAR. To strip or not to strip the long saphenous vein? A varicose vein trial. Br J Surg 1981; 68: 426-8. Ltd, Oxford, 1991
7. Thompson H. The surgical anatomy of the superficial and perforating veins of the lower limb. AIm R Coll Surg Engl 1979; 61: 198
8. Strandness DE, Thiele BL. Selected topics in venous disorders; pathophysiology, diagnosis and treatment. Futura Publishing Company, Inc. Mount Kisco, New York, 1981
9. Goldman MP. Sclerotherapy. Treatment of varicose and teleangiectatic leg veins. Mosby-Year Book Inc, 1991
10. Fischer R Surgical treatment of perforating veins: Endoscopic treatment of incompetent Cockett veins. Phlébologie 1040–1041, 1989

11. Vashist MG, Malik V, Singhal N. Role of Subfascial Endoscopic Perforator Surgery (SEPS) in Management of Perforator Incompetence in Varicose Veins : A Prospective Randomised Study. *Indian J Surg.* 2014 Apr;76(2):117-23
12. Kalra M, Gloviczki P. Subfascial endoscopic perforator vein surgery: who benefits? *Semin Vasc Surg.* 2002 Mar;15(1):39-49.