



А. О. Ярکا

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького

Ефективність застосування методу СНІВА у хворих із хронічною венозною недостатністю та коморбідними ураженнями: власний досвід

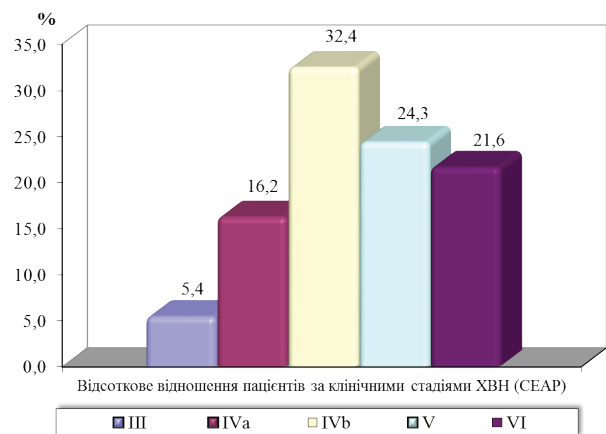
Вступ. Хронічна венозна недостатність (ХВН) нижніх кінцівок – одна з найпопулярніших тем як судинної хірургії, так і всієї клінічної медицини [1, 3, 5, 7]. Ця хвороба належить до найпоширеніших на планеті [1, 5] і доволі часто трактується як супутнє коморбідне ураження, доки маніфестація симптомів ХВН не починає домінувати в пріоритеті скарг. Окрему проблему становить вибір методу лікування ХВН у пацієнтів із коморбідними ураженнями. У сучасній медицині вже існують малоінвазивні методи, за допомогою яких можна коригувати гемодинаміку у хворих на ХВН на патогенетичному рівні, проте й вони мають певні обмеження [8, 10, 11] та не завжди доступні для пацієнта. Деякі автори вважають за доцільне застосовувати компресійну методику лікування пацієнтів із коморбідними ураженнями [2, 4], проте позитивне її застосування має певні недоліки [10]. На це вказують і останні консенсуси щодо лікування ХВН, де метод СНІВА виділений як доволі ефективний, проте не використовується широко [10].

Мета дослідження. З'ясувати ефективність застосування методу СНІВА у хворих із хронічною венозною недостатністю та коморбідними ураженнями.

Матеріали і методи дослідження. Із 2011 по 2015 рр. на базі відділення судинної хірургії ЛОКЛ лікувалися 37 пацієнтів з ХВН, методом лікування яких обрано СНІВА. Понад 25 років тому Клауде Франческі розробив методику СНІВА (*chirurgie hemodynamique insuffisance veineuse ambulatoire* (фр.)) – амбулаторної хірургічної корекції венозної гемодинаміки. У своїх працях К. Франческі поєднав учення Ф. Тренделенбурга та можливості дуплексного сканування венозної системи людини, яке своєю чергою дало змогу з високою точністю визначити причину захворювання та індивідуальні гемодинамічні відхилення венозного відпливу для кожного пацієнта [7].

Стратифікацією до лікування методом СНІВА визначено пацієнтів із ХВН та коморбідними ураженнями, які не були кваліфіковані до проведення корекції ХВН класичним методом. Середній вік пацієнтів становив 78 років. 18 пацієнтів мали понад 80 років. Наймолодший пацієнт мав 69 років, найстарша пацієнтка – 92. Жінок було 28 (64,8%), чоловіків 9 (35,2%). Для оцінки стану ХВН використана класифікація СЕАР (1994). Пацієнтів із III клінічною стадією захворювання було 2, IVa – 6, IVb – 12, V – 9, VI – 8.

Характеристика клінічних груп у відсотках представлена на рисунку.



Характеристика хворих за клінічними стадіями хронічної венозної недостатності (класифікація СЕАР, 1994 р.).

Як бачимо з рисунка, переважну більшість становили пацієнти з пізніми клінічними стадіями, у яких у таких випадках переважають трофічні зміни підшкірної клітковини та шкіри.

Чотири пацієнти (10,8%) потрапили у відділення ургентно з рецидивними кровотечами з варикозно розширених вузлів.

Коморбідні ураження пацієнтів переважно представлені хворобами серцево-судинної системи: 7 пацієнтів (18,9 %) перенесли операції на серці, 7 (18,9 %) – аортокоронарне шунтування, 5 (13,5 %) – після клапанної корекції, причому 2 (5,4 %) проведено поєднані клапанні корекції із аортокоронарним шунтуванням, у 12 (32,4 %) хворих спостерігалася фібриляція передсердь; артеріальна гіпертензія відзначена у 27 (72,9 %) хворих, із них у 22 (59,4 %) гіпертензія була коригована. До оперативного лікування не були кваліфіковані пацієнти, які мали ознаки серцевої недостатності III та IV ступенів за NYHA. На цукровий діабет 2-го типу хворіли 5 (13,5 %) пацієнтів, у 2 (5,4 %) були хронічні обструктивні захворювання легень.

Усім пацієнтам проведено ультразвукографічне дуплексне сканування венозної системи нижніх кінцівок із венозною картографією. Деталізація венозної картографії домінувала в подоланні патогенетичного ланцюга захворювання. До операції методом CHIVA були стратифіковані лише пацієнти із задовільним функціональним станом артеріальної та глибокої венозної систем нижніх кінцівок. Усі операції проводили під локальним знеболенням, що дало змогу провести корекцію ХВН та уникнути побічних ефектів, які нерідко спричинюються більш глибокими методами знеболення.

У післяопераційному періоді всім пацієнтам призначені відповідні антикоагулянтні лікарські засоби. Перед операцією компресійну терапію добирали індивідуально. Пацієнтам, які перебували на антикоагулянтах із застосуванням непрямих антикоагулянтів, призначених через кардіологічні проблеми, перед операцією проводили реверсування коагулограми під контролем МНО. У післяопераційному періоді антикоагулянти були відновлені до відповідного лікувального діапазону МНО. Середня тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі – одна-дві доби.

Результати дослідження та їх обговорення. У всіх пацієнтів відзначено регрес ознак ХВН (зменшення набряку кінцівок, загоєння трофічних виразок без повторного виникнення). У 23 (62,1 %) хворих, за якими спостерігали впродовж 3 років, вдалося досягнути стійкого косметичного ефекту. У всіх пацієнтів, підставою для виконання оперативного лікування у яких були кровотечі з варикозних вузлів, у післяопераційному періоді рецидивних кровотеч із варикозно розширених вузлів не спостерігалось. Ускладнення, що виникали, були незначними й мали місцевий характер. Про парестезії в місцях розрізу заявляли 14 (37,8 %) хворих, підшкірні гематоми виникли у 3 (8,1 %) хворих. Тромбози підшкірних вен без ознак запалення виявлено контрольним ультразвуковим дослідженням у 11 (29,7 %) хворих. Тромбозів глибокої венозної системи та явищ венозного емболізму не зафіксовано. У пацієнтів із коморбідними ураженнями системних ускладнень і загострень основних захворювань у ранньому післяопераційному періоді не спостерігалось.

Відомо, що пусковим механізмом проявів ХВН є порушення функції венозних клапанів. Венозний стовбур, позбавлений адекватного функціонування клапанної системи, отримує патологічний рефлюкс крові, який своєю чергою призводить до зростання тиску венозної системи нижніх кінцівок у вертикальному положенні. За наявності неспроможних венозних клапанів формується стовп крові у венозному стовбурі. У цьому випадку швидкість кровоплину по венах сповільнюється, а отже, зростає тиск на стінки вени. Це підтверджує закон Бернуллі. У теорії закон Бернуллі визначає залежність тиску від швидкості руху в трубах різного поперечного перерізу: під час плину однорідної нестисливої невід'язкої рідини крізь трубу змінного перерізу тиск буде більшим там, де швидкість плину менша, і навпаки [6]. Якщо рідина нерухома, тиск у точках, розташованих на одному рівні, однаковий. Із глибиною тиск зростає. Отже, у випадку неспроможної функції венозних клапанів тиск крові в дистальних відділах венозної системи зростатиме [6, 7, 9].

Застосовуючи методику операцій CHIVA, ми не намагалися досягнути швидкого косметичного ефекту, як це спостерігається в разі використання класичних методик операцій та при інших малоінвазивних втручаннях. Мета малоінвазивних операцій CHIVA – досягти зниження тиску в поверхневій венозній системі, який є головним патогенетичним механізмом виникнення ХВН і причиною небажаних наслідків цієї хвороби. Перескерування венозного відпливу від джерела створення патологічного рефлюксу дає змогу досягнути поставленої мети [7].

Як впливає з нашого дослідження, переважна більшість пацієнтів, яким для лікування обрано метод CHIVA, були похилого віку й мали важкі коморбідні ураження, що становило ризик у разі застосування класичного методу хірургічного втручання за наявності ХВН. У деяких пацієнтів виражена деформація стовбура великої підшкірної вени та його гирла, а також виражена дилатація не давали змоги провести ендовенозну лазерну чи радіочастотну абляцію. Оперативне лікування було потрібне через наявність важких форм ХВН та її ускладнень. Використання місцевої анестезії також мало позитивний ефект, оскільки це мінімізувало медикаментозний вплив на організм, давало можливість максимально скоротити термін перебування хворого в стаціонарі. Середня тривалість перебування хворого в стаціонарі 1,2 доби мінімізувала виникнення такого явища як шпитальна пневмонія.

Висновок. Метод CHIVA для лікування хронічної венозної недостатності є безпечним та ефективним і може бути використаний для пацієнтів із коморбідними ураженнями.

Список літератури

1. Роль фармакотерапії в лікуванні пацієнтів з хронічною венозною недостатністю нижніх кінцівок / О. О. Литвиненко, В. Ф. Коноваленко, С. Г. Бугайцов, Ю. В. Антоненко // Український терапевтичний журнал. – 2013. – № 2. – С. 116–123 (The role of pharmacotherapy in patients with chronic venous insufficiency of the lower limbs / O. Lytvynenko, V. Konovalenko, S. Bugajcov, J. Antonenko // Therapeutic Ukrainian journal. – 2013. – Vol. 2. – P. 116–123).
2. Brijesh Nair. Compression therapy for venous leg ulcers / Brijesh Nair // Indian Dermatol. Online J. – 2014. – Vol. 5, N 3. – P. 378–382.
3. Chi Y. W. Venous leg ulceration pathophysiology and evidence based treatment / Y. W. Chi, J. D. Raffetto // Vasc. Med. – 2015. – Vol. 20, N 2. – P. 168–181.
4. Compression and venous ulcers / M. L. Stücker, K. Link, S. Reich-Schupke [et al.] // Phlebology. – 2013. – Vol. 28, suppl. 1. – P. 68–72.
5. Eberhardt R. T. Chronic venous insufficiency / R. T. Eberhardt, J. D. Raffetto // Circulation. – 2014. – Vol. 130, N 4. – P. 333–346.
6. Franceschi C. Principles of venous hemodynamics. Hauppauge / C. Franceschi, P. Zamboni. – N. Y. : Nova Science Publishers, 2009.
7. Franceschi C. Théorie et pratique de la cure conservatrice et hémodynamique de l'insuffisance veineuse en ambulatoire [CHIVA] Relié – 1988 / C. Franceschi.
8. Khunger N. Standard guidelines for care: Sclerotherapy in dermatology / N. Khunger, S. Sacchidanand // Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol. – 2011. – Vol. 77. – P. 222–231.
9. Phlebology, Vein Surgery and Ultrasonography Diagnosis and Management of Venous Disease / E. Mowatt-Larsen, S. S. Desai, A. Dua, C. E. K. Shortell. – Switzerland : Springer international Publishing Switzerland, 2014. – P. 15–16.
10. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum / P. Gloviczki, A. J. Comerota, M. C. Dalsing [et al.] // J. Vasc. Surg. – 2011. – Vol. 53, issue 5, suppl 1. – P. 2S–48S.
11. Treatment of recurrent varicose veins of the great saphenous vein by conventional surgery and endovenous laser ablation / L. V. Groenendaal, J. A. van der Vliet, L. Flinkenflögel [et al.] // J. Vasc. Surg. – 2009. – Vol. 50, issue 5. – P. 1106–1113.

Ефективність застосування методу CHIVA у хворих із хронічною венозною недостатністю та коморбідними ураженнями: власний досвід

А. О. Ярка

Мета дослідження. Вивчити ефективність застосування методу CHIVA у пацієнтів із супутньою патологією.

Матеріали і методи. Із 2011 по 2015 рр. проходили лікування 37 пацієнтів із ХВН, методом лікування яких обрано CHIVA. Операції проводилися під місцевим знеболенням.

Результати дослідження та їх обговорення. У всіх пацієнтів відзначали регрес ознак ХВН. У 23 (62,1 %) хворих вдалося досягнути стійкого косметичного ефекту при спостереженні впродовж 3 років. Парестезії в місцях розрізу відзначали 14 (37,8 %) хворих, підшкірні гематоми – 3 (8,1 %) хворих. Тромбозів глибокої венозної системи не спостерігалось. У пацієнтів із супутньою патологією системних ускладнень і загострень основної хронічної патології в ранньому післяопераційному періоді не спостерігалось.

Висновок. Метод CHIVA в лікуванні хронічної венозної недостатності є безпечним та ефективним і може бути використаний у пацієнтів похилого та старечого віку із обтяженою супутньою патологією.

Ключові слова: CHIVA, варикоз, місцева анестезія, коморбідні ураження, хронічна венозна недостатність.

The Effectiveness of the Method Chiva in Patients with Chronic Venous Insufficiency and Comorbid Lesions: own Experience

A. Yarka

Introduction. Chronic venous insufficiency (CVI) of the lower extremities is one of the most popular topics both in vascular surgery and the entire practice of medicine. A particular problem arises when it comes to the choice of treatment of CVI in patients with comorbid lesions.

The purpose of the study was to examine the effectiveness of the method CHIVA in patients with comorbidities.

Materials and research methods. In the period from 2011 to 2015 were treated 37 patients with CVI, the selected treatment was CHIVA. The average age of patients was 78 years. Operations were carried out under the local anesthesia.

Results of the investigation and their discussion. In all patients there was observed a regression of signs of CVI. 23 (62.1 %) patients achieved a stable cosmetic effect when observed for 3 years. In the postoperative period the recurrent bleeding from varicose nodes was not observed in any of the patients. Paresthesia in the cut places was observed in 14 (37.8 %) patients, subcutaneous hematomas were observed in 3 (8.1 %) patients. The thrombosis of saphenous veins without signs of inflammation were found by the control ultrasound examination in 11 (29.7 %) patients. Thrombosis of the deep venous system were not observed. In patients with concomitant diseases the systemic complications and exacerbations of the main chronic diseases in the early postoperative period were not observed.

Conclusion. Using the method CHIVA therapy in the treatment of chronic venous insufficiency is a safe and effective method and can be used in patients with co-morbidities.

Keywords: CHIVA, varicose veins, local anesthesia, comorbidities, chronic venous insufficiency.