DOI: 10.38096/2181-5674.2020.3.00140

УДК: 616.147.3-007.64(616.89-02-089)

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Курбаниязов Зафар Бабажанович, Сайинаев Фаррух Кароматович
Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ОЁҚЛАР СУРУНКАЛИ ВЕНОЗ ЕТИШМОВЧИЛИГИДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Курбаниязов Зафар Бабажанович, Сайинаев Фаррух Кароматович
Самарқанд давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY OF THE LOWER EXTREMITIES

Kurbaniyazov Zafar Babajanovich, Sayinaev Farrukh Karomatovich
Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: dr_zafar@list.ru

Аннотация. *Долзарблиги. Бугунги кунда кенг хирургик йўли билан олиб бориладиган операцияларда варикоз томирларини анъанавий хирургик даволаш усуллари устунлик қилади. Тадқиқот материаллари ва усуллари. 2010 йилдан 2019 йилгача бўлган даврда СамМИ 1-клиникасининг хирургия бўлимида оёқлар варикоз касаллиги билан оғриган 867 нафар беморга флебэктомия бажарилган, улардан 43 (4,9%) нафарида С-4, С-5 ва С-6 туридаги СВЕ аниқланди. Тадқиқот натижалари. Операциядан кейинги узоқ даврда 69 % бемор кузатилди. Беморларни текширишда маҳаллий клиник белгиларга алоҳида эътибор берилди. Беморларнинг асосий гуруҳида, операциядан бир йил ўтгач оёқларда оғриқ ва шишлар йўқолди, трофик яралар тўлиқ тузалди ва беморлар ҳаёт сифати яхшиланди. Хулоса. Оёқлар веноз гемодинамикасини сонографик баҳолашда СВЕ трофик бузилишлар бўлган беморларда нафақат перфорант веналар етишмовчилигини, балки чуқур венадан юзаки венага рефлюкс даражасини ҳам аниқлайди. СВЕ декомпенсация босқичида хирургик даволашнинг патогенетик жиҳатдан муҳим томонларидан бири, бу перфорант веналарни ажратиш ва юзаки веналарга патологик рефлюксни бартараф этиш ҳисобланади. Склеротерапия билан тўлдирилган кроссэктомия 80% ҳолатларда травматик операциялардан холи бўлади ва юқори косметик натижага эришилади.*

Калит сўзлар: *варикоз касаллиги, хирургик даволаш, трофик яралар.*

Abstract. *Relevance. Today, surgery with wide surgical access is dominated by the traditional surgical treatment of varicose veins. Materials and research methods. In the period from 2010 to 2019, 867 patients with varicose disease of the lower extremities were operated on in the surgical department of the 1st SamSMI clinic, of which 43 (4.9%) revealed chronic venous insufficiency of type C-4, C-5 and C-6. The results of the study. In the long term, 69% of patients were observed. When examining patients, they paid attention to local clinical symptoms. In the main group of patients, a year after the operation, almost all the pain and swelling of the lower extremities disappeared, trophic ulcers completely healed, and the quality of life of the patients improved. Conclusions. A sonographic assessment of venous hemodynamics of the lower extremities demonstrates that trophic disorders in chronic venous insufficiency are caused not only by perforating insufficiency, but also by reflux of blood flow through the superficial veins. The pathogenetically important component of the surgical treatment of decompensated forms of chronic venous insufficiency should be considered the dissection of perforating veins and the elimination of pathological reflux through the saphenous veins. Crossectomy supplemented by sclerotherapy, which in more than 80% of cases avoids more traumatic surgical interventions, is distinguished by excellent cosmetic results, as a rather effective arsenal of comprehensive treatment for chronic venous insufficiency.*

Key words: *varicose veins, surgical treatment, trophic ulcers.*

Актуальность. В последнее время количество больных, страдающих хронической венозной недостаточностью (ХВН), стало резко увеличиваться за счет лиц молодого возраста, которые крайне требовательны к косметическим результатам операции [3, 6]. Трофические язвы в 50-60% случаев встречается у геронтологических больных, у которых проведение операции Линтона, в силу ее травматичности и высокой частоты гнойных осложнений, крайне ограничено [2, 4, 5]. На сегодняшний день традиционным хирургическим лечением варикозной болезни преобладают операции с широким хирургическим доступом. Эти операции отличаются высокой

травматичностью, остаются малоудовлетворительными с точки зрения эстетических требований, сопровождаются высокой частотой гнойно-воспалительных осложнений и длительным периодом послеоперационной реабилитации [1, 4, 6].

Частота рецидива заболевания достигает 50% в течение 5 лет после операции и может возрасти до 80% в более отдаленном периоде [2, 5].

Целью исследования явилось: оптимизация хирургического лечения больных с ХВН нижних конечностей путем применения способов миниинвазивной коррекции венозной гипертензии.

Материалы и методы исследования. На сегодняшний день клиницистами используется классификация ХВН (Хроническая венозная недостаточность) CEAP (Clinic, Etiology, Anatomy, Pathophysiology). Клинический раздел состоит из 7 типов. Трофические изменения имеют место у больных типа С – 4, С – 5 и С – 6. В период с 2010 по 2019 г. в хирургическом отделении 1-клиники СамМИ оперированы 867 больных варикозной болезнью нижних конечностей из них у 43 (4,9%) выявлено ХВН типа С- 4, С – 5 и С – 6. Из них 13 больных с типом С – 4, 7 больных типа С -5 и 23 больных типа С -6 (рис. 1).

Для оценки венозной гемодинамики использовали цветовое дуплексное сканирование.

Показанием к хирургической коррекции венозной гипертензии явилось: - несостоятельность перфорантных вен, когда их диаметр, установленный при ультразвуковом исследовании, был более 5 мм. Мультиперфорантная недостаточность при любой стадии ХВН. Выраженные трофические изменения кожи в зоне расположения перфорантных вен. В зависимости от хирургического тактики больные разделены на две группы: В основной группе больным выполнены малоинвазивные вмешательства их составило 34, в группе сравнения ХВН с трофическими изменениями устранена традиционными путями их составило 37 (табл 1.). В таблице 2 представлена характеристика сравниваемых групп, в котором учитывали возраст, пол, степень и причину ХВН. В основной группе больных кроссэктомию выполняли через мини разрез, а при завершении операции накладывали внутрикожные швы с удовлетворительным косметическим эффектом в отдаленном послеоперационном периоде. При не заживающих трофических язвах флебэктомия была дополнена склеротерапией. Для склеротерапии использовали этоксисклерол 10 мг.

Результаты исследования. Продолжительность операции у больных в основной группе было меньше, чем в группе сравнения. А также больные основной группы раньше реабилитировались. В группе сравнения у 10 больных наблюдали гнойно-некротические осложнения зоны операции в ближайшем послеоперационном периоде (табл. 3).

С-4, n=13 (30,2%) С-5, n=7 (16,3%) С-6, n=23 (53,5%)

Рис. 1. Больные с ХВН осложненной трофическими изменениями нижних конечностей

В течении месяца в основной группе больных в 85% случаев было полное заживление язвы, а в группе сравнения этот показатель составлял 70% (табл. 4). В отдаленном периоде наблюдали 69% больных. При обследовании больных обращали внимание на местную клиническую симптоматику (табл. 5). В основной группе больных через год после операции почти у всех исчезла боль и отек нижних конечностей, полностью зажили трофические язвы, улучшилось качество жизни больных (рис. 2).

Выводы. Сонографическая оценка венозной гемодинамики нижних конечностей демонстрирует, что трофические нарушения при ХВН обусловлены не только перфорантной недостаточностью, но и рефлюксом кровотока по

поверхностным венам. При этом тяжесть и продолжительность трофических нарушений нижних конечностей имеют прямую корреляцию с выраженностью горизонтального рефлюкса. Достаточно эффективным арсеналом комплексного лечения ХВН может служить кроссэктомия, дополненная склеротерапией, которая в более чем 80% случаях позволяют избежать более травматичных хирургических вмешательств, отличается отменными косметическими результатами.

Таблица 1. Распределение больных в зависимости от тактики хирургического лечения (n=71)

Хирургическая тактика	Число больных	
	Абс.	%
Основная группа, n=34		
Кроссэктомия+Кокетта+склеротерапия	22	64,7%
Кроссэктомия+склеротерапия	12	35,3%
Группа сравнения, n=37		
Операция Линтона	14	37,8%
Операция Линтона + комбинир. флебэктомия	18	48,6%
Операция Линтона + кроссэктомия	5	13,6%

Таблица 2. Характеристика сравниваемых групп

Параметры исследуемых групп	Основная группа, n=34	Группа сравнения, n=37
Возраст, лет	44,5 ± 15,2	44,4 ± 12,2
Min	18	22
Max	73	68
Пол (муж/жен)	17/9	12/5
ХВН (С-4 и С-5/С-6)	12/13	8/10
Причина ХВН: перв.варикоз/ПТФС	9/25	25/12

Таблица 3. Непосредственные результаты хирургического лечения.

Показатель	Основная группа, n=34	Группа сравнения, n=37
Продолжительность вмешательства, мин	53,2±4,7	102,6±7,6
Койко-день	3,98±0,6	22,9±2,5
Сроки эпителизации язв, дни	14,3±3,8	20,2±6,9
Гнойно-некротические осложнения зоны вмешательства	0	10 (27,0%)

Таблица 4. Динамика заживления трофических язв.

Группа	Всего больных	С-6	Полное заживление язв в течение 1 мес.	
			абс.	%
Основная группа	34	13	11	84,6
Группа сравнения	37	10	7	70,0
Итого	71	23	18	78,3%

Таблица 5. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения ХВН

Клиническая симптоматика	Основная группа, n=29		Группа сравнения, n=20	
	До операции	Через 1 год после операции	До операции	Через 1 год после операции
Боль	2,06±0,11	0,35±0,23	1,75±0,40	0,40±0,26
Варикозные вены	2,41±0,24	0,29±0,22	1,80±0,37	0,45±0,22
Венозный отек	1,06±0,49	0,41±0,29	1,35±0,50	0,30±0,21
Пигментация кожи	0,35±0,37	0,18±0,19	1,00±0,40	0,75±0,31
Индурация (уплотнение) кожи	0,53±0,30	0,12±0,16	1,75±0,31	1,00±0,28
Количество открытых язв	0,47±0,24	0,12±0,15	0,60±0,33	0,05±0,098
Длительность существования открытой язвы	0,47±0,24	0,29±0,40	1,55±0,59	0,10±1,196
Размер самой большой открытой язвы	0,65±0,37	0,12±0,16	1,05±0,52	0,05±0,098
Компрессионная терапия	1,9±0,12	1,65±0,29	2,80±0,23	0,40±0,298

а). **б).** **в).**

Рис. 2. Больной с ХВН осложненной трофической язвой до и после комплексного лечения: а). состояние нижней конечности на 10 сутки после флебэктомии, дополненной склеротерапией; б). через 3 месяца после комплексного лечения; в). через 8 мес. после комплексного лечения.

Литература:

1. Бабынкина И. Б. Хирургическое лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей //Харківська хірургічна школа. – 2014. – №. 5. – С. 102-105.
2. Дуванский В. А., Азизов Г. А. Особенности регионарной микроциркуляции у больных хронической венозной недостаточностью стадии С6 //Лазерная медицина. – 2011. – №. 1. – С. 12-15.
3. Каторкин, С. Е., Жуков, А. А., Мельников, М. А., Кушнарчук М. Ю. (2015). Комбинированное лечение трофических язв при хронических заболеваниях вен нижних конечностей венозной этиологии. Лазерная медицина, 19(3), 23-28.
4. Каторкин С. Е. и др. Комбинированное лечение трофических язв при хронических заболеваниях вен нижних конечностей венозной этиологии //Лазерная медицина. – 2015. – Т. 19. – №. 3. – С. 23-28.
5. Круглова Л. С., Панина А. Н., Стрелкович Т. И. Трофические язвы венозного генеза // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2014. – Т. 17. – №. 1.
6. Михин Н. А. Варикозное расширение вен нижних конечностей //Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации», 2015. – Т. 5. – №. 5.
7. Серов В. Н., Жаров Е. В. Хроническая венозная недостаточность //Семейная медицина. – 2014. – №. 6. – С. 14-20.
8. Сергеев Н. А., Фомина Е. Д. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения хронической венозной недостаточности нижних конечностей //Верхневолжский медицинский журнал. – 2014. – Т. 12. – №. 2. – С. 21-26.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Курбаниязов З.Б., Сайинаев Ф.К.

Аннотация. Актуальность. На сегодняшний день традиционным хирургическим лечением варикозной болезни преобладают операции с широким хирургическим доступом. Результаты исследования. В отдаленном периоде наблюдали 69% больных. При обследовании больных обращали внимание на местную клиническую симптоматику. В основной группе больных через год после операции почти у всех исчезла боль и отек нижних конечностей, полностью зажили трофические язвы, улучшилось качество жизни больных. Выводы. Сонографическая оценка венозной гемодинамики нижних конечностей демонстрирует, что трофические нарушения при ХВН обусловлены не только перфорантной недостаточностью, но и рефлюксом кровотока по поверхностным венам. Патогенетически важным компонентом хирургического лечения декомпенсированных форм ХВН следует считать диссекцию перфорантных вен и устранение патологического рефлюкса по подкожным венам. Достаточно эффективным арсеналом комплексного лечения ХВН может служить кроссэктомия, дополненная склеротерапией, которая в более чем 80% случаях позволяют избежать более травматичных хирургических вмешательств, отличается отменными косметическими результатами.

Ключевые слова: варикозная болезнь, хирургическое лечение, трофические язвы.