

ОБОСНОВАНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫХ ФОРМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ



Жураев Олим Усмон угли, Курбаниязов Зафар Бабажанович, Сайинаев Фаррух Кароматович, Хурсанов Ёкуб Эркин угли
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ОЁҚЛАР ВАРИКОЗ КАСАЛЛИГИ ДЕКОМПЕНСАЦИЯ БОСҚИЧИДА КАМ ИНВАЗИВ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ АСОСОЛАШ

Жураев Олим Усмон угли, Курбаниязов Зафар Бабажанович, Сайинаев Фаррух Кароматович, Хурсанов Ёкуб Эркин ўғли
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

RATIONALE FOR MINIMALLY INVASIVE METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF DECOMPENSIBLE FORMS OF VARICOSE DISEASE OF THE LOWER LIMB

Juraev Olim Usmon ugli, Kurbaniyazov Zafar Babajanovich, Sayinaev Farrukh Karomatovich, Khursanov Yokub Erkin ugli
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammi.uz

Резюме. C-4 (34), C-5 (17), C-6 (20) типдаги 71 нафар оёк веналарининг сурункали веноз этишмовчилиги (СВЕ) бор беморлар хирургик давоси натижалари таҳлил қилинди. Улардан асосий гуруҳдаги 34 нафар беморга кам инвазив операциялар бажарилган. Тадқиқот натижасига кўра кроссэктомия склеротерапия билан тўлдирилса унинг афзаллиги етарли эканлиги исботланди, яъни 80% ҳолатларда травматик аралашувларга эҳтиёж қолмади.

Калит сўзлар: Сурункали веноз этишмовчилик, кроссэктомия, склеротерапия.

Abstract: The results of surgical treatment of 71 patients with chronic venous insufficiency (CVI) of types C-4 (34), C-5 (17), C-6 (20) were analyzed. Of these, 34 patients of the main group underwent minimally invasive interventions. The sufficient effectiveness of crosssectomy, supplemented by sclerotherapy, has been proven, allowing more than 80% of cases to avoid traumatic interventions.

Key words: CVI, crosssectomy, sclerotherapy.

Актуальность. В последнее время количество больных, страдающих хронической венозной недостаточностью нижних конечностей (ХВН), стало резко увеличиваться за счет лиц молодого возраста, которые крайне требовательны к косметическим результатам операции [3, 6].

В тоже время 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 [1, 2, 3].

На сегодняшний день в традиционном хирургическом лечении варикозной болезни преобладают операции с широким хирургическим доступом. Эти операции отличаются высокой трав-

матичностью, остаются малоудовлетворительными с точки зрения эстетических требований, сопровождаются высокой частотой гнойно-воспалительных осложнений и длительным периодом послеоперационной реабилитации [4, 5].

Частота рецидива заболевания достигает 50% в течение 5 лет после операции и может возрасти до 80% в более отдаленном периоде [6].

Цель исследования: 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,

Rathophysiology). 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 71 (8,2%) выявлено ХВН типа С- 4 (34), С – 5 (17) и С – 6 (20).

Для оценки венозной гемодинамики использовали цветное 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 хирургической тактики больные разделены на две группы. В основной группе (34) больным выполнены малоинвазивные вмешательства, в группе сравнения (37) ХВН с трофическими изменениями устранена традиционными путями (табл. 1).

В таблице 2 представлена характеристика сравниваемых групп, в котором учитывали возраст, пол, степень и причину ХВН.

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
Сроки активации пациента, сутки	1,13±0,08	3,0±0
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
Воспаление кожи	-	-	0,35±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. 1. Больной с ХВН осложненной трофической язвой до и после комплексного лечения: а) состояние нижней конечности при поступлении; б) состояние нижней конечности на 10 сутки после флебэктомии, дополненной склеротерапией; в) через 3 месяца после комплексного лечения; г) через 8 мес. после комплексного лечения.

В основной группе больных кроссэктомии выполняли через мини разрез, а при завершении операции накладывали внутрικοжные швы с удовлетворительным косметическим эффектом в отдаленном послеоперационном периоде. При не заживающих трофических язвах флебэктомия была дополнена склеротерапией. Для склеротерапии использовали этоксисклерол 10мг.

Результаты исследования. Продолжительность операции у больных в основной группе была 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).

В течении месяца в основной группе больных в 84,6% случаев было полное заживление язвы, а в группе сравнения этот показатель составлял 70% (табл. 4).

В отдаленном периоде наблюдали 49 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. 1).

Выводы:

1. 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.

2. 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 косметическими результатами.

Литература:

1. Дуванский В. А., Азизов Г. А. Особенности регионарной микроциркуляции у больных хронической венозной недостаточностью стадии С6 // *Лазерная медицина*. – 2011. – Т. 15. – №. 1. – С. 12-15.
2. Круглова Л. С., Панина А. Н., Стрелкович Т. И. Трофические язвы венозного генеза // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. – 2014. – Т. 17. – №. 1.
3. Михин Н. А. Варикозное расширение вен нижних конечностей // *Бюллетень медицинских Интернет-конференций*. – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации», 2015. – Т. 5. – №. 5.
4. Бабынкина И. Б. Хирургическое лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей // *Харківська хірургічна школа*. – 2021. – №. 5. – С. 102-105.
5. 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.
6. Курбаниязов З. Б. и др. Хирургическое лечение больных с синдромом Мирizzi // *Врач-аспирант*. – 2012. – Т. 51. – №. 2.1. – С. 135-138.
7. Курбаниязов З. Б. и др. Эффективность использования миниинвазивных методов хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом // *Академический журнал Западной Сибири*. – 2013. – Т. 9. – №. 4. – С. 56-57.
8. Рахманов К. Э., Давлатов С. С. Анализ результатов хирургического лечения эхинококкоза печени // *Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии*. – 2017. – С. 226-227.
9. Рахманов К. Э. и др. Лечение «свежих» повреждений магистральных желчных путей // *Актуальные вопросы гепатологии. Экспериментальная гепатология. Терапевтическая гепатология. Хирургическая гепатология*. – 2013. – С. 123-128.

10. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста // *Достижения науки и образования*. – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.

11. Ризаев Ж. А., Саидов М. А., Хасанжанова Ф. О. Статистический анализ информированности кардиологических и кардиохирургических пациентов о высокотехнологичной медицинской помощи в Самаркандской области // *Вестник науки*. – 2023. – Т. 1. – №. 11 (68). – С. 992-1006.

12. Ризаев Ж. А., Хакимова С. З., Заболотских Н. В. Результаты лечения больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатии бруцеллезного генеза // *Uzbek journal of case reports*. – 2022. – Т. 2. – №. 3. – С. 18-25.

13. Ризаев Ж. А., Кубаев А. С., Абдукадиров А. А. Состояние риномаксиллярного комплекса и его анатомо-функциональных изменений у взрослых больных с верхней микрогнатией // *Журнал теоретической и клинической медицины*. – 2020. – №. 3. – С. 162-165.

14. Ризаев Ж. А., Ризаев Э. А., Кубаев А. С. Роль иммунной системы ротовой полости при инфицировании пациентов коронавирусом SARS-COV-2 // *Здоровье, демография, экология финно-угорских народов*. – 2020. – №. 3. – С. 67-69.

15. Серов В. Н., Жаров Е. В. Хроническая венозная недостаточность // *Семейная медицина*. – 2020. – №. 6. – С. 14-20.

ОБОСНОВАНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫХ ФОРМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Жураев О.У., Курбаниязов З.Б., Сайинаев Ф.К., Хурсанов Ё.Э.

Резюме. Проанализированы результаты хирургического лечения 71 больного ХВН типа С-4 (34), С-5 (17), С-6 (20). Из них 34 больным основной группы выполнены малоинвазивные вмешательства. Доказана достаточная эффективность кроссэктомии, дополненной склеротерапией, позволяющей более чем 80% случаев избежать травматичных вмешательств.

Ключевые слова: Хроническая венозная недостаточность, кроссэктомия, склеротерапия.