

СУРУНКАЛИ ВЕНОЗ ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ УСУЛЛАРИ



Жураев Олим Усмон ўғли¹, Курбаниязов Зафар Бабажанович², Сайинаев Фаррух Кароматович², Хурсанов Ёкуб Эркин ўғли²

1 – Миллий тиббиёт маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 - Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Жураев Олим Усмон угли¹, Курбаниязов Зафар Бабажанович², Сайинаев Фаррух Кароматович², Хурсанов Ёкуб Эркин угли²

1 – Национальный медицинский центр, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

MODERN METHODS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY

Juraev Olim Usmon ugli¹, Kurbaniyazov Zafar Babajanovich², Sayinaev Farrukh Karomatovich², Khursanov Yokub Erkin ugli²

1 – National Medical Center, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammi.uz

Резюме. Сурункали веноз етишмовчилиги турлари C-4 (34), C-5 (17), C-6 (20) бўлган 71 нафар беморни жарроҳлик даволаш натижалари таҳлил қилинди. Улардан асосий гуруҳдаги 34 нафар беморга минимал инвазив аралашувлар қўлланилган. Склеротерапия билан қўшилган кроссектомия етарли даражада самарали эканлиги исботланган, бу эса 80% дан ортиқ ҳолларда травматик аралашувлардан қочиш имконини беради.

Калит сўзлар: Сурункали веноз етишмовчилик, кроссектомия, 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.

Долзарблиги. Сўнгги вақтларда жарроҳликнинг косметик натижаларига жуда талабчан бўлган ёшлар туфайли оёқларда сурункали веноз етишмовчилиги (СВЙ) билан оғриган беморларнинг сони кескин ўсишни бошлади [3, 6].

Шу билан бирга, трофик яралар 50-60% ҳолларда геронтологик беморларда учрайди, уларда Линтон операциясини ўтказиш ўзининг кўп шикастланиши ва йирингли асоратларнинг юқори частотаси туфайли чекланган.

Бугунги кунда варикоз томирларини анъанавий жарроҳлик даволашда кенг жарроҳлик йули билан операциялар устунлик қилади. Ушбу операциялар кўпгина шикастланишларни юзага кел-

тиради, эстетик талаблар нуктаи назаридан қониқарсиз бўлиб қолади, йирингли-яллиғланишли асоратларнинг юқори частотаси ва операциядан кейинги реабилитациянинг узок давом этиши билан бирга келади [4, 5].

Жарроҳликдан кейинги 5 йил ичида касалликнинг қайталаниш частотаси 50% га етади ва узокроқ вақт ичида 80% гача кўтарилиши мумкин [6].

Тадқиқот мақсади: веноз гипертензияни минимал инвазив даволаш усулларидан фойдаланган ҳолда оёқларнинг СВЙ билан оғриган беморларда жарроҳлик даволашни оптималлаштириш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Бугунги кунда клинитистлар СВЙ (сурункали веноз етишмовчилик) нинг СЕАП (Клиника , Этиология , Анатомия , Патофизиология) таснифидан фойдаланадилар. Клиник бўлим 7 турдан иборат. Трофик ўзгаришлар жойлашуви С - 4, С - 5 ва С - 6 бўлган турдаги беморларда содир бўлади.

2010 йилдан 2019 йилгача бо'лган даврда СамМИ 1-клиникаси жарроҳлик бо'лимида оёқларнинг варикоз кенгайиши билан оғ'риган 867 нафар бемор операция қилинган , улардан 71 нафари (8,2%) СВЙ С-4 (34), С - 5 (17) ва С - 6 (20) тури билан оғ'риган.

Веноз гемодинамикани баҳолаш учун ранг-ли дуплекс сканерлаш қўлланилди.

Веноз гипертензияни жарроҳлик йули билан тузатиш учун кўрсатмалар:

- ултратовуш текшируви билан аниқланган диаметри 5 мм дан ортиқ бўлса, тешилган томирларнинг қобилиятсизлиги;

- СВЙ нинг ҳар қандай босқичида мултиперфораторнинг ишдан чиқиши;

Тешилган веналар жойлашган ҳудудда тегида аниқ трофик ўзгаришлар.

Жарроҳлик тактикасига қараб, беморлар икки гуруҳга бўлинди. Асосий гуруҳда (34) нафар беморларга минимал инвазив аралашувлар ўтказилди, таққослаш гуруҳида (37) нафар анъанавий усуллар ёрдамида трофик ўзгаришлар билан СВЙ йуқ қилинди (жадвал 1).

2-жадвалда ёши, жинси, СВЙ даражаси ва сабабларини ҳисобга олган ҳолда таққосланган гуруҳларнинг хусусиятлари келтирилган.

Жадвал 1. Жарроҳлик даволаш тактикасига қараб беморларнинг тақсимланиши (n=71)

Жарроҳлик тактикаси	Беморлар сони	
	абс.	%
Асосий гуруҳ, (n=34)		
Кроссектомия+Кокет+склеротерапия	22	64,7%
Кроссектомия + склеротерапия	12	35,3 %
Таққослаш гуруҳи, (n=37)		
Линтон операцияси	14	37,8%
Линтон операция + комбинирланган флебектомия	18	48,6%
Линтон операцияси + кроссектомия	5	13,6%

Жадвал 2. Таққосланган гуруҳларнинг хусусиятлари

Тадқиқот гуруҳлари параметрлари	Асосий гуруҳ, n=34	Таққослаш гуруҳи, n=37
Ёши, йиллари	44,5 ± 15,2	44,4 ± 12,2
Мин	18	22
Макс	73	68
Жинси (эркак/аёл)	17/9	12/5
СВЙ (С-4 ва С-5/С-6)	12/13	8/10
СВИ сабаби: бирламчи варикоз томирлари / ПТФС	9/25	25/12

Жадвал 3. Жарроҳлик даволашнинг бевосита натижалари

Индекс	Асосий гуруҳ, n=34	Таққослаш гуруҳи, n=37
Аралашувнинг давомийлиги, мин	53,2±4,7	102,6±7,6
Беморни фаоллаштириш вақти, кунлар	1,13±0,08	3,0±0
Ётоқ-куни	3,98±0,6	22,9±2,5
Яраларнинг эпителизатсия даври , кунлар	14,3±3,8	20,2±6,9
Аралашув соҳасининг йирингли-некротик асоратлари	0	10 (27,0%)

Жадвал 4. Трофик яраларни даволаш динамикаси

Гуруҳ	Жами беморлар	С-6	1 ой ичида яраларни тўлиқ даволаш.	
			абс .	%
Асосий гуруҳ	34	13	11	84.6
Таққослаш гуруҳи	37	10	7	70,0
Жами	71	23	18	78,3%

Жадвал 5. СВЙ ни жарроҳлик даволашнинг узок муддатли натижаларини баҳолаш

Клиник белгилари	Асосий гуруҳ, n=29		Такқослаш гуруҳи, n=20	
	Операциядан олдин	Операциядан 1 йил ўтгач	Операциядан олдин	Операциядан 1 йил ўтгач
Оғрик	2,06 ± 0,11	0,35 ± 0,23	1,75 ± 0,40	0,40 ± 0,26
Варикоз томирлари	2,41 ± 0,24	0,29 ± 0,22	1,80 ± 0,37	0,45 ± 0,22
Веноз шиш	1,06 ± 0,49	0,41 ± 0,29	1,35 ± 0,50	0,30 ± 0,21
Тери пигментацияси	0,35 ± 0,37	0,18 ± 0,19	1,00 ± 0,40	0,75 ± 0,31
Терининг яллиғланиши	-	-	0,35 ± 0,31	-
Терининг қаттиқлашиши (қалинлашиши).	0,53 ± 0,30	0,12 ± 0,16	1,75 ± 0,31	1,00 ± 0,28
Очиқ яралар сони	0,47 ± 0,24	0,12 ± 0,15	0,60 ± 0,33	0,05 ± 0,098
Очиқ яранинг мавжудлиги	0,47 ± 0,24	0,29 ± 0,40	1,55 ± 0,59	0,10 ± 1,196
Энг катта очиқ яранинг ўлчами	0,65 ± 0,37	0,12 ± 0,16	1,05 ± 0,52	0,05 ± 0,098
Компрессион терапияси	1,9 ± 0,12	1,65 ± 0,29	2,80 ± 0,23	0,40 ± 0,298

Беморларнинг асосий гуруҳида кроссектомия мини-кесма орқали амалга оширилди ва операция тугагандан сўнг узок муддатли операциядан кейинги даврда қониқарли косметик та'сирга эга бўлган интрадермал тикувлар қўлланилди. Даволанмаган трофик яралар учун флебектомия склеротерапия билан тўлдирилди. Склеротерапия учун этоксисклерол 10 мг ишлатилган.

Тадқиқот натижалари. Асосий гуруҳдаги беморларда операция давомийлиги такқослаш гуруҳига караганда қисқарок бўлиб, асосий гуруҳдаги беморлар аввалроқ реабилитация қилинган. Такқослаш гуруҳида 10 нафар беморда операциядан кейинги яқин даврда жарроҳлик жойининг йирингли-некротик асоратлари кузатилган (3-жадвал).

Бир ой ичида беморларнинг асосий гуруҳида 84,6% ҳолларда яранинг тўлиқ тикланиши кузатилди ва такқослаш гуруҳида бу кўрсаткич 70% ни ташкил этди (4-жадвал).

Узок муддатли даврда 49 нафар бемор кузатилди. Беморларни текширишда маҳаллий клиник белгиларга э'тибор берилди (5-жадвал). Беморларнинг асосий гуруҳида операциядан бир йил ўтгач, оёқларларнинг деярли барча оғриги ва шишиши йуқолди, трофик яралар тўлиқ даволанди ва беморларнинг ҳаёт сифати яхшиланди.

Хулоса:

1. Оёқларнинг веноз гемодинамикасини сонографик баҳолаш шуни кўрсатадики, СВЙдаги трофик бузилишлар нафақат перфорация етишмовчилиги, балки юзаки томирлар орқали қон оқимининг рефлюксияси туфайли ҳам юзага келади. Бундан ташқари, оёқларнинг трофик касалликларининг оғирлиги ва давомийлиги горизонтал рефлюкснинг оғирлиги билан бевосита боғлиқдир.

2. Жарроҳлик даволашнинг патогенетик муҳим компоненти СВЙнинг

декомпенсацияланган шакллари тешилган веналарнинг дисекцияси ва тешилган веналар орқали патологик рефлюксни бартараф этишни ҳисобга олиш керак.

3. СВЙни комплекс даволаш учун жуда самарали склеротерапия билан тўлдирилган кроссектомия бўлиши мумкин, бу 80% дан кўпроқ ҳолларда кўпроқ шикастланишли жарроҳлик аралашувлардан қочишга имкон беради ва косметик натижалар билан ажралиб туради.

Адабиётлар:

1. Кубаев А.С. Оптимизация диагностики и лечения верхней микрогнатии с учетом морфофункциональных изменений средней зоны лица // Научные исследования. – 2020. – №. 3 (34). – С. 33-36.
2. Ризаев Ж. А., Ахмедов А. А. Основы стоматологической помощи в Республике Узбекистан на основе развития общей врачебной практики // Журнал стоматологии и краниофациальных исследований. – 2023. – Т. 4. – №. 3.
3. 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.
4. Ризаев Ж.А., Хазратов А.И. Канцерогенное влияние 1, 2-диметилгидразина на организм в целом // Биология. – 2020. – Т. 1. – С. 116.
5. Ризаев Ж. А., Назарова Н. Ш. Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном парадонтите // Вестник науки и образования. – 2020. – №. 14-4 (92). – С. 35-40.
6. 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.
7. Ризаев Ж. А., Азимов А. М., Храмова Н. В. До-

госпитальные факторы, влияющие на тяжесть течения одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний и их исход // Журнал " Медицина и инновации". – 2021. – №. 1. – С. 28-31.

8. 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.

9. 21st World Congress of the International Union of Angiology, May 22-26, Rome, Italy) // Phlebology. Special issue. - 2014. - №46. - 115 p. (in Eng).

10. Belcaro G., Casarone M.R., Di Renzo A., Drandolini R. et al. Foam sclerotherapy, surgery sclerotherapy, and combined treatment for varicose veins: a 10 year, prospective randomized, controlled, trial (VEDICO trial). // Angiology. - 2020. - Vol. 54, №3.- P. 307-315(in Eng).

11. Beresford T., Smith J.J., Brown L., Greenhalgh R.M. et al. A comparison of health related quality of life of patients with primary and recurrent varicose veins. // Phlebology.- 2019. - Vol. 18, № 1. - P. 35-37. (in Eng).

12. Cabrera Garrido J.R., Cabrera Garcia Olmedo J.R., Garcia Olmedo Dominguez M.A. Elargissement des limites de la sclerotherapie: nouveaux produits sclerosants. // Phlebologie. - 1997. - Vol. 50. - P. 181-188. (in Eng).

13. Danielsson G. What is the role of incompetent perforator veins in chronic venous disease? G. Danielsson, B. Eklof, R L. Kistner. // Phlebology. - 2014. -Vol. 1.-P. 67-71. (in Eng).

14. Evans CJ, Fowkes FG, Ruckley CV, Lee AJ. Prevalence of varicose veins and chronic venous insufficiency in men and women in the general population: Edinburgh Vein Study. // J Epidemiol Commu-

nity Health. - 2018. - Vol.53. - P. 149-153. (in Eng).

15. Grass JD, Hiemer W. Bypass procedures for venous obstruction. In: Raju S, Villavicencio JL, editors. Surgical management of venous disease. // 1st ed. Baltimore: Williams & Wilkins. - 2020. - P. 289-305. (in Eng).

16. Hurst DR, Forauer AR, Bloom JR, Greenfield LJ, Wakefield TW, Williams DM. Diagnosis and endovascular treatment of iliocaval compression syndrome. // J Vase Surg. - 2021. - Vol. 34. - P. 106-13. (in Eng).

17. Kahn SR, Ginsberg JS. Relationship between deep venous thrombosis and the postthrombotic syndrome. // Arch Intern Med. - 2018. - Vol. 164,- P. 17—(in Eng).

18. Lin S-D., Lin T-M., Lee S-S., Yang Y-L. et al. Endoscopeassisted management primary varicose veins below the knee. // Phlebology. - 2016. - Vol. 20, №4.-P. 163-169 (in Eng).

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

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.