

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

З. Б. Курбаниязов, Ф. К. Сайинаев

Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: хронический венозный недостаточность, кроссэктомия, склеротерапия.

Таянч сўзлар: сурункали веноз етишмовчилик, кроссэктомия, склеротерапия.

Key words: chronic venous insufficiency, crossectomy, sclerotherapy.

Актуальность. На сегодняшний день в традиционном хирургическом лечении варикозной болезни преобладают операции с широким хирургическим доступом. Частота рецидива заболевания достигает 50% в течение 5 лет после операции и может возрасти до 80% в более отдаленном периоде. Цель исследования: оптимизация хирургического лечения больных с ХВН нижних конечностей путем применения способов миниинвазивной коррекции венозной гипертензии. Материалы и методы исследования. 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). Результаты исследования. В отдаленном периоде наблюдали 49 больных. При обследовании больных обращали внимание на местную клиническую симптоматику. Выводы. Тяжесть и продолжительность трофических нарушений нижних конечностей имеют прямую корреляцию с выраженностью горизонтального рефлюкса. Патогенетически важным компонентом хирургического лечения декомпенсированных форм ХВН следует считать диссекцию перфорантных вен и устранение патологического рефлюкса по подкожным венам.

ОЁЎК ВЕНАЛАРИНИНГ СУРУНКАЛИ ЕТИШМОВЧИЛИГИДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

З. Б. Курбаниязов, Ф. К. Сайинаев

Самарканд Давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Долзарблиги. Ҳозирги кунда варикоз касаллигини анъанавий тарзда даволаганда кенг хирургик кесим билан амалга оширилади. Касалликнинг қайталаниш частотаси операция ўтказгандан 5 йил давомида 50%га етади ва операциядан кейин узок даврда 80% ва ундан зиётгача етиши мумкин. Тадқиқот мақсади: веноз гипертензияни миниинвазив усулда коррекция қилиш йўли билан сурункали веноз етишмовчилиги (СВЕ) борморларда хирургик давони такомиллаштириш. Тадқиқот материаллари ва усуллари. 2010-2019 йиллар оралигида СамМИ 1-клиникасининг хирургия бўлимида 867 нафар бемор оёқларнинг варикоз касаллиги туфайли операция ўтказган, улардан 71 (8,2%) нафарида СВЕ ҳар хил турлари аниқланган, жумладан: С- 4 (34), С – 5 (17) ва С – 6 (20). Тадқиқот натижалари. Операциядан кейинги узок даврда операция ўтказган беморларнинг 49 нафари кузатилди. Беморларни текширганда маҳаллий клиник симптоматикага эътибор қаратдик. Хулосалар. Оёқлардаги трофик ўзгаришларнинг оғирлиги ва давомийлиги горизонтал рефлюкс намоён бўлиши билан бевосита корреляцияга эга. СВЕ декомпенсация шаклини хирургик даволашда патогенетик муҳим компоненти бўлиб, перфорант веналарни бартараф этиш ва шу билан тери ости веналари бўйлаб патологик рефлюксни бартараф этиш ҳисобланади.

SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY OF THE LOWER LIMBS

Z. B. Kurbaniyazov, F. K. Sayinaev

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

Relevance. Today, operations with a wide surgical approach prevail in the traditional surgical treatment of varicose veins. The recurrence rate of the disease reaches 50% within 5 years after surgery and can increase to 80% in the longer period. The aim of the study: optimization of surgical treatment of patients with CVI of the lower extremities by using methods of minimally invasive correction of venous hypertension. Materials and research methods. In the period from 2010 to 2019, 867 patients with varicose veins of the lower extremities were operated in the surgical department of the 1st clinic of SamMI, of which 71 (8.2%) had CVI type C-4 (34), C - 5 (17) and C - 6 (20). Research results. In the long-term period, 49 patients were observed. When examining patients, attention was paid to local clinical symptoms. Conclusions. The severity and duration of trophic disorders of the lower extremities have a direct correlation with the severity of horizontal reflux. Dissection of perforating veins and elimination of pathological reflux along the saphenous veins should be considered a pathogenetically important component of the surgical treatment of decompensated CVI forms.

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 травматичностью, 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, Pathophysiology). Клинический раздел состоит из 7 типов. Трофические изменения имеют место у больных типа C – 4, C – 5 и C – 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 C- 4 (34), C – 5 (17) и C – 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).

Таблица 1.

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

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

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

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 (C-4 и C-5/C-6)	12/13	8/10
Причина ХВН: перв.варикоз/ПТФС	9/25	25/12

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 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).

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%)

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

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%

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).

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.

Г.

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 суток после флебэктомии, дополненной склеротерапией; В. через 3 месяца после комплексного лечения;

Г. через 8 мес. после комплексного лечения.

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.

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.

Использованная 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. – Т. 15. – №. 1. – С. 12-15.
3. Каторкин, С. Е., Жуков, А. А., Мельников, М. А., & Кушнарьчук, М. Ю. (2015). Комбинированное лечение трофических язв при хронических заболеваниях вен нижних конечностей венозной этиологии. Лазерная медицина, 19(3), 23-28.
4. Круглова Л. С., Панина А. Н., Стрелкович Т. И. Трофические язвы венозного генеза // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2014. – Т. 17. – №. 1.
5. Михин Н. А. Варикозное расширение вен нижних конечностей //Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации», 2015. – Т. 5. – №. 5.
6. Серов В. Н., Жаров Е. В. Хроническая венозная недостаточность //Семейная медицина. – 2014. – №. 6. – С. 14-20.