

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ИЗОЛИРОВАННОГО ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А.С. БАБАЖАНОВ¹, Д.Н. КАМИЛОВА², Ж.К. ТУХТАЕВ¹, А.С. ТОИРОВ¹, Ж.И. АЛИМОВ¹

1 - Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

2 – Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

ОЁҚЛАР ВЕНОЗ ТИЗИМИНИНГ ТУРЛИ ШАКЛДАГИ ЧЕКЛАНГАН ВАРИКОЗ КЕНГАЙИШЛАРИДА ДАВО УСУЛЛАРИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

А.С. БАБАЖАНОВ¹, Д.Н. КАМИЛОВА², Ж.К. ТУХТАЕВ¹, А.С. ТОИРОВ¹, Ж.И. АЛИМОВ¹

1 - Самарканд давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд;

2 – Тошкент педиатрия медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент

EFFICIENCY OF METHODS OF TREATMENT OF VARIOUS TYPES OF ISOLATED VARICOSE EXTENSION OF VIENNA LOWER LIMBS

A.S. BABAJANOV¹, D.N. KAMILOVA², J.K. TUHTAYEV¹, A.S. TOIROV¹, J.I. ALIMOV¹

1 - Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 - Tashkent Pediatric Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent

Замонавий ультратовуш диагностика усулларининг ривожланиши барча юзаки магистрал веноз томирларни кўриб, веналарнинг турли тузилиш вариантларини, уларнинг барча соҳаларидаги клапан аппаратининг ҳолати ва веналардаги локал зарарланиш ҳолатларини баҳолайди. Алоҳида варикоз кенгайган веналарни даволашда классик ва мининвазив даво усуллари қўлланилиб, уларнинг ҳар бири ўзига хос афзаллик ва камчиликларига эга. Сақловчи флебэктомиянинг асосий принциплари катта тери ости венасини юрак-қон томир хирургиясида шунтлаш операциялари учун сақлаб қолишга қаратилган. Изолирланган варикоз кенгайган веналар юзаки веноз тизимнинг маҳаллий ўзгаришлари билан кечади. Сақловчи хирургиянинг даволаш концепциясида катта ва кичик тери ости веналарининг флебэктомияси бажарилмайди. Сафенни ва перфорант томирларда юқори аниқликдаги варикоз венасини кесиш, склерозлаш ёки хирургик даво танлов усули ҳисобланади.

Калит сўзлар: Ультратовуш диагностика, варикоз кенгайган веналар, флебэктомия.

The modern development of methods of ultrasonic diagnostics assumes survey of all surface trunk venous course, an assessment of different options of a structure of veins, their valvate device throughout and allows to reveal local damage of veins directly. Conclusions. At the isolated varicosity classical and low-invasive methods of treatment are used, each of which has the advantages and shortcomings. The basic principles of a savings flebektomiya consist in use of tactics and methods of treatment which allow to keep BPV trunk for the shunting operations in cardiovascular surgery. The isolated varicosity is followed by local defeat of superficial venous system. In the concept of savings surgery treatment doesn't demand performance of a flebektomiya of trunks of BPV or MPV. For the safennykh and the perforantnykh of inflows method of the choice is vysokotochny crossing of a varicose vein in the mouth with the subsequent sklerozirovaniye or surgical removal.

Key words: ultrasonic diagnostics, superficial venous system, flebektomy.

Введение Современное развитие методов ультразвуковой диагностики предполагает осмотр всего поверхностного магистрального венозного русла, оценку различных вариантов строения вен, их клапанного аппарата на всем протяжении и позволяет непосредственно выявлять локальное поражение вен [1,4,7,12]. На основании высокоточной ультразвуковой диагностики варикозного расширения вен установлено, что существуют различные варианты поражения поверхностной венозной системы нижних конечностей [3,5,8,13]. Помимо классической варикозной болезни с наличием рефлюкса по магистральным поверхностным венам имеется изолированное варикозное расширение венозных притоков из маги-

стральных или перфорантных вен при сохранении функции клапанов большой (БПВ) и малой подкожных вен (МПВ) [2,10]. Эти исследования проводились с изучением гемодинамических и анатомических эффектов от изолированной флебэктомии на рефлюкс и диаметр БПВ. Учитывая берегательный подход при лечении варикозного расширения вен, современная тактика предполагает в этих случаях избирательное удаление пораженных вен [1,3,9]. Среди классических хирургических методов существует огромный арсенал малоинвазивных и облитерационных методов лечения, количество которых постоянно увеличивается. Каждый из них имеет свои преимущества и недостатки [2,6,11]. Исследование клинической и

косметической эффективности результатов использования различных методов лечения изолированного варикозного расширения вен нижних конечностей, а также характера и частоты осложнений, частоты развития рецидивов позволит оценить выбор лечебной тактики при каждой форме поражения [4,6,10,12].

В настоящее время применяется тактика хирургической коррекции только выявленных патологических вено-венозных рефлюксов. Хирургическое удаление изолированных варикозных притоков, а также малоинвазивные методики и методы облитерации имеют разную клиническую эффективность.

Цель работы: изучить эффективности различных методов лечения изолированного варикозного расширения вен при сохранении компетентности магистральных подкожных вен.

Материал и методы С 2014 по 2017 г. по поводу варикозной болезни пролечено 287 больных. Из них у 58 (20,2%) было диагностировано изолированное варикозное расширение вен. При этом основные стволы БПВ и МПВ подкожных вен были интактными, отсутствовала варикозная трансформация и несостоятельность остиальных клапанов подкожных магистральных вен.

Все больные с изолированным варикозным расширением поверхностных венозных притоков были подразделены в зависимости от бассейна или анатомического варианта их впадения. Сафенные венозные притоки характеризуются непосредственным впадением в БПВ на различных уровнях. Притоки подразделялись на медиальный дополнительный приток БПВ, переднелатеральный приток БПВ, заднюю венозную дугу БПВ на голени, переднюю венозную дугу БПВ на голени, проксимальный приток МПВ и др. Заднелатеральная и задненижняя вены бедра и подколенной ямки относятся к атипичным перфорантным венам. Все больные были разделены на три группы в зависимости от вида пораженных притоков по бассейну впадения и подгруппы с уточнением их локализации.

Из 58 больного у 21 (36,2%) пациентов были различные этиологические варианты изолированных варикозных сафенных притоков, из которых у 47 (81 %) больных – к БПВ, у 11 (19 %) – к МПВ. Из них притоки бассейна глубокой венозной системы таза и ягодичной области имелись у 5 (8,6%) больных, интактных сафенных притоков – у 3 (5,2%). У остальных 24 (41,5%) больных имелись варикозные притоки перфорантных вен с несостоятельными клапанами. Сочетанный вид поражения выявлен у 5 (8,6 %) больного, когда изолированный варикозный приток соединялся с двумя или несколькими поверхностными сосудистыми бассейнами, то есть с БПВ, МПВ и одной или несколькими перфорантными венами

Для лечения изолированного варикозного расширения вен использовались методы классической, малоинвазивной хирургии и склеротерапии. Из 58 больного с изолированным нестволовым варикозным расширением притоков у 7 (12,2%) была выполнена минифлебэктомия изогнутым крючком Мюллера, флебэктомия притока по Нарату – у 8 (13,8%), склерозирование микропенным склерозирующим препаратом – в 27 (46,5 %) случаях, из которых у 11 (18,9%) притоков различных локализаций и 7 (12 %) перфорантных вен. У 16 (27,6%) больных использовали тактику высокоточного пересечения перфорантной вены или кроссэктомии притока и его хирургическое удаление по Нарату. Для сравнительной оценки результатов лечения мы использовали критерии эффективности лечения изолированных венозных притоков: – хороший результат – отсутствие вены, отсутствие косметических изменений и клинических симптомов; – удовлетворительный – частичный рецидив варикоза, резидуальный или реканализация отдельных сегментов вены, культя притока, наличие тромбированной вены, склерозированного тяжа. Косметические изменения – гиперпигментация кожи, множественные рубцы и др.; – неудовлетворительный – полный рецидив, наличие варикозного притока в результате неэффективности лечения: технических ошибок, резидуальных притоков или реканализации вены. При анализе результатов по методам лечения использовался отдельный дифференцированный подход, который заключался в определении процентного эффекта от каждого вида операции, принятого за 100%. Для оптимизации оценки эффективности методов лечения по принятым нами критериям решено пользоваться терминами «положительный результат» и «отрицательный результат». К положительному результату были отнесены все случаи с хорошим и удовлетворительным исходом, а к отрицательному – с неудовлетворительным. Сравнительный анализ результатов позволит определить эффективность различных методов лечения при изолированном варикозном расширении вен.

Результаты. Оценка результатов лечения проводилась в отдаленном периоде по количеству резидуального варикоза или реканализации патологической вены и косметическим изменениям при каждом виде лечения. Для этого использовались критерии эффективности лечения изолированного варикозного расширения притоков различной этиологии. Дифференцированные результаты лечения относительно каждой группы лечения изолированных варикозных притоков представлены в зависимости от метода. При минифлебэктомии резидуальный варикоз имелся у 9 (32,1%) пациентов, а косметические результаты были в виде множественных мелких рубцов на

коже. После флебэктомии по Нарату остатки варикозного расширения вен были выявлены у 3 (9,6%) больных. Визуально на коже имелись отдельные рубцы длиной до 1 см, внешний вид конечности удовлетворителен. В группе больных с изолированным склерозированием микропенным препаратом реканализация вены наблюдалась в 5% случаев, а при склерозировании в группе перфорантных вен – в 57,1% случаев. После склерозирования притока обычно на коже в проекции склерозированной вены имела пигментация кожи и уплотнение по ходу вены даже при хорошей локальной компрессии с валиком. Косметический результат в этих случаях считали удовлетворительным. В случае ультразвукового выявления перфорантных вен и их надфасциального хирургического пересечения рецидива варикоза в области перфоранта не наблюдалось ни в одном случае. В 1 (1,72 %) случае результат признан неудовлетворительным, когда был выявлен резидуальный рецидив варикозного расширения притока после разобщения перфоранта и удаления притока по Нарату. В группе кроссэктомии притока склерозирования или удаления по Нарату неудовлетворительных результатов не было. Положительные результаты были получены в 93,1%, а отрицательные – в 6,9% случаев. После склерозирования сафенных притоков у 8 больных было установлено, что склерозирующий препарат, поступающий из притока в БПВ привел к разной степени флебита стенки вены у 5 пациентов.

Обсуждение. Методы устранения изолированного варикозного расширения вен нижних конечностей в виде притоков магистральных и перфорантных вен должны иметь патогенетическое обоснование и высокую косметическую эффективность при низком риске развития тромбоза глубоких вен и рецидивов. На современном этапе развития диагностики и лечения варикозной болезни нижних конечностей появилось большое количество методов флебэктомии и склерооблитерации, которые основаны на малоинвазивном принципе лечения. На современном этапе применения ультразвукового дуплексного сканирования с детализацией всех варикозных расширенных вен возможно определить источники и распространенность венозного рефлюкса для каждой патологической вены.

На основании высокоточной ультразвуковой диагностики варикозного расширения вен установлено, что существуют различные варианты поражения поверхностной венозной системы нижних конечностей. Помимо классической варикозной болезни с наличием рефлюкса по магистральным поверхностным венам имеется изолированное варикозное расширение венозных притоков из магистральных или перфорантных вен при сохранении функции клапанов большой и

малой подкожных вен. С учетом берегательного подхода при лечении варикозного расширения вен современная тактика предполагает в этих случаях избирательное удаление пораженных вен. Среди классических хирургических методов существует огромный арсенал малоинвазивных и облитерационных методов лечения, количество которых постоянно увеличивается. Каждый из них имеет свои преимущества и недостатки. Исследование клинической и косметической эффективности результатов с использованием различных методов лечения изолированного варикозного расширения вен нижних конечностей, а также характера и частоты осложнений и развития рецидивов позволит оценить выбор лечебной тактики при каждой форме поражения. Результаты лечения показывают различную эффективность классических и малоинвазивных методов, а также свидетельствуют о необходимости дифференцированного подхода к выбору метода лечения в зависимости от вида варикозного притока. Склерозирование перфорантных вен более чем в 50% случаев не дает эффекта.

Выводы. При изолированном варикозном расширении вен используются классические и малоинвазивные методы лечения, каждый из которых имеет свои преимущества и недостатки. Основные принципы берегательной флебэктомии заключаются в использовании тактики и методов лечения, которые позволяют сохранить ствол БПВ для шунтирующих операций в сердечно-сосудистой хирургии.

Изолированное варикозное расширение вен сопровождается локальным поражением поверхностной венозной системы. В концепции берегательной хирургии лечение не требует выполнения флебэктомии стволов БПВ или МПВ. Для сафенных и перфорантных притоков методом выбора является высокоточным пересечение варикозной вены в устье с последующим склерозированием или хирургическим удалением.

Литература:

1. Бурлева Е.П., Бурлева Н.А. Российская обсервационная программа СПЕКТР: анализ возрастной структуры пациентов с хроническими заболеваниями вен. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2013; 19: 67–73.
2. Беленцов С.М. Миниинвазивная хирургия варикозной болезни нижних конечностей (литературный обзор). *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2009; 15 (1): 85–90.
3. Золотухин И.А. Удаление варикозно-измененных притоков большой подкожной вены приводит к исчезновению рефлюкса по ее стволу (предварительные результаты проспективного исследования). *Флебология*. 2014; 8 (2): 38.

4. Кириенко А.И., Золотухин И.А., Юмин СМ., Селиверстов Е.И. Варикозная болезнь нижних конечностей у женщин и мужчин: данные проспективного обсервационного исследования Спектр. Ангиология и сосудистая хирургия. 2012; 18: 65–8.
5. Крылов А. Ю. Комплексное лечение основных заболеваний поверхностной венозной системы нижних конечностей: Авто- реф. ... дис. канд. мед. наук. М.; 2010.
6. Малинин А.А. Эффективность различных методов лечения изолированного варикозного расширения вен в аспекте сберегательной хирургии. Флебология. 2014; 8 (2): 45.
7. Макарова Н.П. Сравнительная оценка малоинвазивных методов лечения варикозной болезни нижних конечностей. Флебология. 2014; 8 (2): 44.
8. Шамсиев А. М. и др. Тактика при синдроме отежной мошонки у детей //Тюменский медицинский журнал. – 2011. – №. 2.
9. Davlatov S. S. et al. Optimization of surgical treatment of varicose disease of lower extremities //Проблемы современной науки и образования. – 2017. – №. 26. – С. 85-88.
10. Labropoulos N., Kang S.S., Mansour M.A., Giannoukas A.D., Buckman J., Baker W.H. Primary superficial vein reflux with competent saphenous trunk. Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. 1999; 18: 201–6.
11. Pittaluga P., Chastanet S., Rea B., Barbe R. Midterm results of the surgical treatment of varices by phlebectomy with conservation of a refluxing saphenous vein. J. Vasc. Surg. 2009; 50: 107–18.
12. Pittaluga P., Chastanet S., Locret T., Barbe R. The effect of isolated phlebectomy on reflux and diameter of the great saphenous vein: A prospective study. Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. 2010; 40 (1): 122–8.
13. Mendoza E. CHIVA 1988–2008: review of studies on the CHIVA method and its development in different countries. Gefasschirurgie. 2008; 13: 249–56.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ИЗОЛИРОВАННОГО ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А.С. БАБАЖАНОВ¹, Д.Н. КАМИЛОВА²,
Ж.К. ТУХТАЕВ¹, А.С. ТОИРОВ¹,
Ж.И. АЛИМОВ¹

1 - Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд;
2 – Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Современное развитие методов ультразвуковой диагностики предполагает осмотр всего поверхностного магистрального венозного русла, оценку различных вариантов строения вен, их клапанного аппарата на всем протяжении и позволяет непосредственно выявлять локальное поражение вен. При изолированном варикозном расширении вен используются классические и малоинвазивные методы лечения, каждый из которых имеет свои преимущества и недостатки. Основные принципы сберегательной флебэктомии заключаются в использовании тактики и методов лечения, которые позволяют сохранить ствол БПВ для шунтирующих операций в сердечно-сосудистой хирургии. Изолированное варикозное расширение вен сопровождается локальным поражением поверхностной венозной системы. В концепции сберегательной хирургии лечение не требует выполнения флебэктомии стволов БПВ или МПВ. Для сафенных и перфорантных притоков методом выбора является высокоточным пересечение варикозной вены в устье с последующим склерозированием или хирургическим удалением.

Ключевые слова: ультразвуковой диагностика, варикозное расширение вен, флебэктомия.