

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ф.К. САЙИНАЕВ, З.Б. КУРБАНИЯЗОВ, П.А. ЮЛДАШЕВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ОЁҚ ВАРИКОЗ КАСАЛЛИГИ ХИРУРГИК ДАВОСИНИ МУКАММАЛЛАШТИРИШ

Ф.К. САЙИНАЕВ, З.Б. КУРБАНИЯЗОВ, П.А. ЮЛДАШЕВ

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

OPTIMIZATION OF THE SURGICAL TREATMENT OF VARICOSE DISEASE OF THE LOWER EXTREMITIES

F.K. SAYINAYEV, Z.B. KURBANİYAZOV, P.A. YULDASHEV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Тадқиқот натижаларига кўра оёқ варикоз касаллиги билан оғриган беморларда катта тери ости венасининг дистал соҳаларида қон рефлюкси кам кузатилади, атиги 15-16% ҳолатларда. Шунинг учун катта тери ости венасини човдан медиал тупиккача тотал стриппинг (флебэктомия) бажариш патогенетик асосланмади. Биринчидан, катта тери ости венасининг устунини олиб ташлаш факатгина қоннинг патологик рефлюкс соҳаларида, катта тери ости венасини чуқр венага қуйилиш жойидан болдир юқори учлигига (85% ҳолатларда). Иккинчидан, катта тери ости венасининг тотал стриппинги кўп ҳолатларда лимфа томирлари ва тери сезувчи нервларининг жароҳати билан кечади.

Калит сўзлар: *оёқ тери ости веналари, варикоз касаллиқ, тотал стриппинг.*

Our studies show that blood reflux in patients with varicose disease of the lower extremities in the distal great saphenous vein is rare, only 15-16% of cases. In this regard, total stripping of the great saphenous vein, that is, from the groin to the medial malleolus - pathogenesis is not justified. Firstly, the removal of the great saphenous vein trunk should only be within the abnormal blood reflux (85%) - from the sapheno-femoral junction to the upper third tibia. Second, the total stripping of the great saphenous vein is often accompanied by damage to the lymphatic vessels and skin sensory nerves.

Key words: *saphenous vein, varicose veins, total stripping.*

Одной из наиболее актуальных проблем лечения заболеваний периферического сосудистого русла является варикозная болезнь нижних конечностей (ВБНК). Высокий уровень частоты этого заболевания, его осложнений и рецидивов обуславливает необходимость повышенного внимания хирургов к ВБНК.

Дополнительным фактором остроты проблемы варикозной болезни является средний возраст пациентов 45,5 лет, что приходится на пик работоспособности человека. Заболеваемость среди женской части населения выше в 1,5–3,5 раза, однако следует отметить резкое повышение частоты ВБНК среди мужчин по итогам эпидемиологических исследований, проведенных в 60-70 гг. прошлого века. Данное явление связано с радикальным изменением образа жизни среди европейского населения [3, 5, 9, 10].

Варикозная болезнь обладает рядом характерных особенностей, которые нежелательно купировать по одной стандартизированной схеме оперативного лечения.

Однако на сегодняшний день подавляющая часть пациентов получают хирургическую помощь в общих хирургических отделениях, что обуславливает возникновение рецидивов в 70% случаев [1, 4, 6, 8].

Таким образом, на сегодняшний день перед здравоохранением стоит сложная задача по оказанию медицинской помощи населению, страдающему заболеваниями вен нижних конечностей. Одним из современных методов лечения ВБНК, позволяющим уменьшить сроки восстановления и получить хороший косметический эффект, являются операции веносохраняющего характера. При одномоментной коррекции кровотока в сегментах обнаруженного нарушения венозного кровообращения удаляются только те вены, в которых выявлены необратимые изменения стенки [3, 9, 10].

Большая подкожная вена (БПВ) при остром тромбозе глубоких вен и посттромбофлебитической болезни является основным фактором венозного возврата, что является причиной обоснованности ведения подобной тактики. Помимо этого необходимо учитывать и то, что сохранность БПВ и недопущение ее варикозного изменения важно для возможного пластического вмешательства в хирургии коронарных и периферических артерий [7]. Немаловажно и то, что минимализм травматических вмешательств является профилактикой развития послеоперационных осложнений [6, 9, 10].

На сегодняшний день существует более 300 способов оперативной коррекции венозных за-

болеваний, однако среди них отсутствуют достаточно радикальные. Характерными особенностями предложенных способов является травматичность вмешательства (операции Моделунга, Линтона, Фельдера и другие), после чего остаются грубые рубцы, увеличивается риск развития лимфатических отеков нижних конечностей, нагноения раны и краевого некроза кожи [2, 5, 8].

Современная флебология достигла значительных успехов за последние годы, однако остаются нерешенными задачи по рационализации диагностики и оптимизации оперативного лечения пациентов с диагнозом ВБНК.

Таким образом, исследования в области разработки и внедрения в хирургическую практику инновационных и высокоинформативных методов диагностики и наиболее эффективных способов хирургического лечения являются актуальными и имеют не только медицинскую, но и социальную значимость.

Материалы и методы исследования. В основу работы положены результаты комплексного обследования и хирургического лечения 88 пациентов с первичным варикозным расширением вен нижних конечностей, оперированных в отделении хирургии клиники СамМИ в период с сентября 2012 г. по январь 2015 г. В зависимости от способа оперативного вмешательства пациенты были разделены на 3 группы. В I группе (n = 26–37,1%) выполнена кроссэктомия по Червякову, операция Бэбкокка, удаление притоков БПВ и МПВ по Нарату, во II группе (n = 44–62,9%) выполнена кроссэктомия паховым доступом, короткий стриппинг (КС) и удаление притоков БПВ и МПВ по Мюллеру.

В комплексное обследование пациентов, помимо стандартных клинических анализов, входило обязательное ультразвуковая доплерография (УЗД). По своим диагностическим возможностям УЗД не уступает контрастной флебографии и во всем мире является «золотым стандартом» современной диагностики хронической венозной недостаточности. В наших исследованиях всем пациентам в предоперационном периоде выполнялось только УЗД. С помощью этого определен оптимальный объем хирургического вмешательства и обоснована нецелесообразность тотального стриппинга БПВ.

Поражение в бассейне БПВ имелось на 63 (71,6%) конечностях, сочетанное поражение БПВ и МПВ имелось на 7 (28,4%) конечностях, изолированное поражение МПВ не отмечалось. У 44 пациентов (62,9%) клапанная недостаточность и варикозное расширение ствола БПВ было только на бедре и верхней трети голени, поэтому с целью максимального сохранения под-

кожной вены мы ограничились КС, а доступ к сафенофemorальному соустью (СФС) был паховый, варикозные притоки удалены через мини-разрезы по Мюллеру. Стриппинг выполнялся инвагинационным способом, который значительно уменьшает количество послеоперационных осложнений, таких как повреждение нервов и окружающих тканей. У 26 пациентов (37,1%) выполнена флебэктомия БПВ на всем протяжении с удалением притоков по Нарату.

Комбинированная флебэктомия является многокомпонентной операцией. Выполнение приустьевой перевязки БПВ – первый этап комбинированной флебэктомии. В нашем исследовании доступ к СФС осуществлялся двумя способами: косоподольный, по Червякову, и паховый. Доступ по Червякову почти в 10% случаев приводил к лимфатическим осложнениям в результате повреждения лимфатических сосудов, располагавшихся точно в проекции разреза. Косметическими результатами послеоперационного рубца при опросе были недовольны почти половина пациентов из контрольной группы. Преимуществами пахового доступа является минимальная вероятность повреждения лимфатических сосудов, приустьевой отдел БПВ можно обнаружить очень быстро, так как он расположен непосредственно по центру и в глубине раны. Через 5 мес. после вмешательства образовывался тонкий рубец, который был незаметен визуально у основного количества пациентов. Манипуляции у пациентов с повышенной массой тела проводятся на значительной глубине и требуют от хирурга внимательного отношения к приустьевым притокам, поскольку развившееся кровотечение из поврежденных притоков в условиях сравнительно небольшой, но глубокой операционной раны довольно сложно остановить.

Оставление длинной культи БПВ с притоками является наиболее частой причиной рецидива ВБНК после сафенэктомии (2,3%). Типичной ошибкой многих хирургов является перевязка БПВ дистальнее приустьевых притоков. Чтобы избежать этого, СФС должно быть полностью мобилизовано, а хирург должен увидеть стенку бедренной вены у места впадения БПВ.

Таким образом, оптимальным способом для адекватного приустьевого лигирования БПВ является кроссэктомия паховым доступом. Количество осложнений при этом способе значительно ниже, а отличный и хороший косметический результат достигается в 96,7% случаев.

В связи с анатомической вариабельностью расположения сафено-поплитеального соустья (СПС) лигирование МПВ должно выполняться после ультразвукового картирования соустья.

Так как, соустье расположено на достаточной глубине, подфасциально, то выделение терминального отдела МПВ представляет технические сложности. Доступ, выполненный дистальнее проекции СПС на 1–1,5 см, позволяет легко обнаружить МПВ и произвести ее пристеночное лигирование к подколенной вене (ПКВ) без риска оставления длинной культи.

Выводы. Наши исследования показывают, что рефлюкс крови у пациентов с ВБНК в дистальных отделах БПВ встречается редко, всего в 15–16% случаев. В связи с этим, тотальный стриппинг БПВ, то есть от паха до медиальной лодыжки – патогенетически не обоснован. Во-первых, удаление ствола БПВ должно быть только в пределах патологического рефлюкса крови (85% случаев) – от СФС до верхней трети голени. Во-вторых, тотальный стриппинг БПВ очень часто сопровождается повреждением лимфатических сосудов и кожных чувствительных нервов. В-третьих, сегмент БПВ на голени, в случае необходимости, может быть использован как материал для шунтирования коронарных артерий. В-четвертых, БПВ на голени можно использовать в будущем в качестве аутопротеза только в том случае, если короткий стриппинг выполнять без лигирования вены у медиальной лодыжки.

В результате проведенных исследований можно заключить следующее: удаление БПВ только на уровне измененного участка является патогенетически обоснованным, малотравматичным способом в сравнении с традиционной флебэктомией по Бэбкокку.

Литература:

1. Алуханян О.А. Мартиросян Х.Г., Аристов Д.С., Святенко И.В. Роль эндоскопической перевязки перфорантных вен при лечении хронической венозной недостаточности в условиях центра хирургии одного дня. // *Ангиология и сосудистая хирургия*. - Москва, 2003.- № 2,- С. 62-65.
2. Беленцов С.М. Миниинвазивная хирургия варикозной болезни нижних конечностей.// *Ангиология и сосудистая хирургия*, - 2009.-№1.- С. 85-90.
3. Богачев В.Ю., Золотухин И.А., Брюшков А.Ю., Журавлева О.В. Флебосклерозирующее лечение варикозной болезни вен нижних конечностей с использованием техники «FOAM-FORM». // *Ангиология и сосудистая хирургия*. - Москва, 2003. № 2,- С. 81-85.
4. Константинова Г.Д. Вертикальный рефлюкс при варикозной болезни нижних конечностей: варианты, диагностика, лечение // *Ангиология и сосудистая хирургия*. - Москва, 2009. - С. 55-59.

5. Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С., Саидмуратов К.Б. Варикозная болезнь: Метод. рекомендации // Ташкент.-2014.-46 с.
6. Покровский А.В., Сапелкин С.В. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. // *Ангиол. и сосуд.хир.* - Москва, 2003.- № 1.- С.53-58.
7. Савельев В.С., Кириенко А.И., Гаврилов С.Г. Проблемы клинической медицины. - Москва, 2007. - № 2.- С.10-14.
8. Умаров Д.М., Ганиев А.Н. Эхосклеротерапия у больных с трофическими язвами голени. / Актуальные проблемы хирургии // Республиканская научная конференция/ 6-7 октября 2009. - Ташкент, 2009. - С.287-288
9. Эркинов У.Б., Умаров Д.М., Тахибаев Д.П. Эндоскопическая субфасциальная диссекция перфорантных вен в лечении хронической венозной недостаточности нижних конечностей. / Актуальные проблемы хирургии // Республиканская научная конференция/ 6-7 октября 2009. Ташкент, 2009. - С.227-229.
10. Lobas P., Ohradka B., Cambal M., Reis R. et al. Long term results of compression sclerotherapy. // *Bratisl. Lek. Listy*. - 2003. - Vol. 104, № 2,- P. 78-81.
11. Morrison C., Dalsing M.C. Signs and symptoms of saphenous nerve injury after greater saphenous vein stripping: prevalence, severity, and relevance for modern practice. // *J. Vase. Surg.* - 2003. - Vol. 16. - P. 2-12.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ф.К. САЙИНАЕВ, З.Б. КУРБАНИЯЗОВ,
П.А. ЮЛДАШЕВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Наши исследования показывают, что рефлюкс крови у пациентов с ВБНК в дистальных отделах БПВ встречается редко, всего в 15–16% случаев. В связи с этим, тотальный стриппинг БПВ, то есть от паха до медиальной лодыжки – патогенетически не обоснован. Во-первых, удаление ствола БПВ должно быть только в пределах патологического рефлюкса крови (85% случаев) – от СФС до верхней трети голени. Во-вторых, тотальный стриппинг БПВ очень часто сопровождается повреждением лимфатических сосудов и кожных чувствительных нервов.

Ключевые слова: *подкожные вены нижних конечностей, варикозная болезнь, тотальный стриппинг.*