

Василевский Э.А.

ассистент кафедры Общей хирургии

Мусашияхов Х.Т.

д.м.н., профессор кафедры Общей хирургии

Дадабоев О.Т.

ассистент кафедры Общей хирургии

Андижанский государственный медицинский институт

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Аннотация: Массовый характер варикозной болезни подкожных вен нижних конечностей и развивающихся осложнений среди трудоспособной части населения с утратой трудоспособности и инвалидизацией определяют социальную и экономическую значимость проблемы. Авторы у 41 больных с варикозной болезнью нижних конечностей применили в комплексном лечении хронической венозной недостаточности лимфотропную терапию. Воздействие на лимфатическую систему нижних конечностей путем ЛТ и ЛС значительно улучшает микроциркуляцию, создает благоприятные условия для купирования симптомов ВБПВНК, предупреждает развитие осложнений, как при консервативном лечении, так и при проведении оперативных вмешательств, способствует быстрой реабилитации больных.

Ключевые слова: хроническая венозная недостаточность, варикозная болезнь нижних конечностей, лимфотропная терапия.

Chartaov K.Ch.

Ph.D, associate professor of the Department of Pathological Physiology

Chartaova Kh.Kh.

senior lecturer at the Department of Therapy and Endocrinology Hospital

Chartaov D.K.

Ph.D, associate professor of the Department of Pathological Anatomy

Khuzhakov M.O.

Assistant at the Department of Pathological Physiology

Andijan State Medical Institute

**WAYS TO IMPROVE THE RESULTS OF TREATMENT OF CHRONIC
VENOUS INSUFFICIENCY IN VARICOUS DISEASE OF THE LOWER
LIMBS**

Abstract: The massive nature of varicose veins of the saphenous veins of the lower extremities and developing complications among the working-age population with disability and disability determine the social and economic significance of the problem. In 41 patients with varicose veins of the lower extremities, the authors used lymphotropic therapy in the complex treatment of chronic venous insufficiency. The impact on the lymphatic system of the lower extremities by RT and LS significantly improves microcirculation, creates favorable conditions for relieving the symptoms of PLLVC, prevents the development of complications, both with conservative treatment and with surgical interventions, and promotes the rapid rehabilitation of patients.

Key words: chronic venous insufficiency, varicose veins of the lower extremities, lymphotropic therapy.

Массовый характер варикозной болезни подкожных вен нижних конечностей (ВБПВНК) и развивающихся осложнений среди трудоспособной части населения с утратой трудоспособности и инвалидизацией определяют социальную и экономическую значимость проблемы. Отсутствие радикальных методов излечения определяют необходимость поиска и внедрения новых эффективных методов лечения этого самого распространенного сосудистого заболевания (1,5,6,8,11).

Лечение ВБПВНК предполагает устранение или ослабление, патологического кровотока в венозной системе подкожных вен нижних конечностей. (ПВНК). Актуальность проблемы связана с имеющимися многими неразрешенным вопросами, касающихся этиопатогенеза, развития венозной гипертензии, методов консервативного и хирургического лечения, профилактики как прогрессирования заболевания, так и развития осложнений (1,7, 13).

Определение механизма развития венозной гипертензии. Сложным моментом является ликвидация застоя в венозных и лимфатических сосудах, коллатералях большой и малой подкожной вены (БПВ и МПВ), перфорантных около лодыжечных венах, зоны Кокетта. В достижении эффективности оперативного вмешательства необходимо учитывать имеющиеся анатомические особенности строения венозной системы конечности (5,8,9,10) способствует планированию объема хирургического вмешательства индивидуально.

Необходимо отметить, что параллельно с венозной системой вовлекается в патологический процесс лимфатической системе нижней конечности, от которого зависит состояние микроциркуляции, развитие прогрессирования, осложнений заболевания, состояние иммунной системы местной и организма в целом. Воздействию на лимфатическую систему ног в процессе лечения ВБПВНК в настоящее время не придается должного значения, что по нашему мнению является неправильным.

Лечение ВБПВНК, применяемое в настоящее время, в том числе и хирургическое не устраняет варикозную болезнь (ВБ), а лишь устраняет ВРВ ног (7,9). Основными принципами лечения ВБПВНК являются: 1) устранение симптомов ВРПВНК; 2) предупреждение прогрессирования заболевания; 3) предупреждение развития осложнений заболевания; 4) улучшение косметического эффекта, повышение качества жизни больных. В достижении этих целей непосредственное значение имеет комплексное консервативное лечение с применением РЛТ в качестве самостоятельного метода, так и в процессе подготовки больных к операции, в послеоперационном периоде. Оно незаменимо при противопоказаниях у больных к хирургическому лечению ВРВ или при отказе больных от хирургического лечения. В комплексном лечении ВРПВНК мы проводим региональную лимфатическую терапию (РЛТ), через стопу пораженной ноги. Применение РЛТ способствует стимуляции дренажного состояния интерстиции, усиливает лимфообразование и лимфооток, улучшает микроциркуляцию, препятствует образованию лимфотромбозов, воздействует на микрофлору и токсины, повышает иммунобиологическую реактивность организма (3,4).

Цель исследования: применяя современной методы и средства диагностики и лечение, путем воздействия на все компоненты этиопатогенеза развития осложнений, прогрессирования ВБПВНК; повысить эффективность лечения больных с этой тяжелой распространенной сосудистой патологией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находилось 55 больных страдающих ВБПВНК, которые разделены на 4 группы.

Диагноз ставили на основании объективных субъективных данных, анамнеза развития заболевания, выяснения этиопатогенетических данных, от которых зависит программа лечения, проведение реабилитационных мероприятий. Проводятся обще клинические обследования,

биохимические анализы, коагулограмма. Больные обследуются в вертикальном и горизонтальном положении.

В диагностическом плане обращается внимание на жалобы, анамнестические данные, правильный осмотр конечностей, выявлению симптомов, проб. Придаём значение симптомам, определяющим функциональное состояние вен, клапанного аппарата; Гаккенбруха-Сикара, Шейниса, Пратта, Дельбе-Пертеса, Шварца, Фегана. Из специальных методов исследования применяем капилляроскопию, реовазографию, осциллографию, ультразвуковую доплерографию.

Наибольшая заболеваемость отмечается у больных молодого и среднего наиболее трудоспособного возраста. Давность заболевания от 5 до 15 лет и более.

Лимфотропную терапию (ЛТ) лимфатической стимуляции (ЛС) наряду с традиционными методами лечения проводили лечение больным, начиная с момента поступления, через I или II межпальцевую промежутку, или передней наружной поверхности внутренней лодыжки, строго подкожно, иглой для внутривенных инъекций, медленно вводим лимфостимуляторы растворы новокаина, фуросемида, гепарина, иммуномодулина по разработанной схеме. Сеансы ЛТ проводим один раз в сутки и в процессе профилактики, а также за 3-4 дня до оперативного вмешательства и после его завершения. На курс лечения 8-10 сеансов добавляем антибиотик широкого спектра действия, димедрол, особенно при наличии хронического тромбоза. Из антибиотиков чаще всего применяли ампициллин, клофлан, оксацилин. Венэктомии проводим по разработанному алгоритму с применением мини-доступов, минифлебэктомии дифференцированно в зависимости от характера патологического процесса, гемодинамических изменений. Последние определялись проведением больным в динамике, реовазографии, ультразвуковой доплерографии, капилляроскопии, лимфотропного

сканирования Ap^{198} , лимфографии Te^{199} , а также клинических, биохимических исследований.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

Учитывая неизлечимость ВБПВНК, малую эффективность консервативных методов лечения, ещё большой процент рецидивов, осложнений при наиболее радикальном хирургическом лечении, мы в процессе консервативного и хирургического методов лечения применили РЛТ. Воздействие на лимфатическое русло мы применили впервые при ВБПВНК. В первую группу отнесены 11 больных с начальными признаками ВРВНК в виде дискомфорта, чувства тяжести, в ногах после длительной физической нагрузки, которые прекращались после отдыха. Местные проявления отмечены в виде сетчатых внутрикожных расширены, телеангиэктазии, сосудистых звездочек напряжений при пальпации по ходу вен, которые еще не видны. Гемодинамические изменения у этой группы больных при реовазографии, ультразвуковых исследованиях не выявлены. Вторую группу составили 18 больных, у которых определялось варикозное расширение подкожных вен не резко выраженное стволового характера и отдельные вариксы. Больные жаловались на утомляемость тяжесть ног, судороги, пастозность на стопах. Эти явления прекращались после отдыха. При ультразвуковых исследованиях рефлюкс крови по большой подкожной вене не достигал лодыжки, преобладал поверхностный рефлюкс с развитием высокого вено венозного сброса или сафено – подколенное соустье. При исследовании лимфатических сосудов отмечались сегментарные расширения и образование между ними анастомозов, функция клапанного аппарата сохранена имелись данные об увеличении объема лимфатического русла. На реовазограммах – повышенный тонус сосудов, застойные явления в венах.

Хирургическому методу лечения подверглись 41 больных, 30 больных получали РЛТ до операции и в послеоперационном периоде.

Больные третьей группы составили 15 пациентов. У них наряду с утомляемостью, тяжестью в ногах судороги появились более, отеки. Последние после отдыха полностью не исчезали. Локально отмечалось выраженное расширение подкожных вен, охватывающее как бассейны БПВ и МПВ, так и сочетанное поражение вен. При ультразвуковых исследованиях имелся тотальный рефлюкс крови по поверхностным венам с несостоятельностью сафено – бедренного сосудистая и перфорантный рефлюкс с низким вено – венозным сбросом через несостоятельные коммуникантные вены голени и стопы. На реовазограммах выраженные явления в венах с нарушением оттока, деформация артерий.

Больные 4 группы – 11 человек с выраженными явлениями декомпенсации гемодинамики выраженным варикозным расширением вен, в основном сочетанным поражением БПВ и МПВ которые не проходили после отдыха, явлением дерматита в нижней трети голени внутренней поверхности, небольшими язвами до 2-3 мм. в диаметре, гиперпигментацией.

Больные в I и II стадии заболевания ВБПВНК получали нерегулярно традиционные методов лечения в 52% случаев, а в 38% - вообще никакого лечения не получали. У 65% больных выявлены сопутствующие заболевания ВБПВНК получали. У 65% больных выявлены сопутствующие заболевания: сердечно – сосудистой системы, дыхательной системы, гениталий. Причиной заболевания в 20% случаев являлись занятия тяжелыми видами спорта, (молодой контингент) наследственный фактор – 25%, ортостатический – 24%, 25% - беременности, гормональных фактор, в 6% - причины не удалось выявить.

Включение ЛТ и ЛС в комплекс традиционных методов лечения ВБПВНК у 30 больных выявило положительный эффект в течении патологического процесса. С первых курсов лечения у больных прекращались

утомляемость чувство тяжести, судороги ног, уменьшались боли. Это значительно улучшало функцию пораженной конечности, общее состояние больных, работоспособность. При I, II стадии течения процесса эффект достигнут у всех больных на $2 \pm 0,52$ сутки. Улучшение гемодинамических показателей отмечалось на реовазограммах, уменьшался ретроградной кроваток по БПВ на высоте пробы Вальсальвы.

При III степени течения ВБПВ наряду с купированием описанных симптомов уменьшалось напряжение по ходу магистральных вен на бедре и голени, на $3 \pm 0,8$ сутки прекращались отёки.

У больных IV ВБПВНК после 3-4 сеансов значительно купировались явления дерматита, исчезал кожный зуд, судороги, наступала эпителизация мелких (диаметром $0,2 \pm 0,1$ мм) изъязвлений. Значительно уменьшались отёки к концу дня, и были незначительными после отдыха. Значительно уменьшались явления застоя в венозной системе на реовазограммах, ультразвуковой доплерографии.

В процессе комплексной терапии с применением РЛТ важным моментом отмечен переход нарушенной гемодинамики III стадии течения процесса во II, значительное улучшение течения процесса при IV стадии с купированием местных деструкций. Процесс эффективности обратного развития патологического процесса при ВРПВНК отмечен в 85% случаев, а в контрольной группе больных с соответствующим течением процесса при традиционном лечении отмечен в 62% случаев.

Хирургическое лечение больных с ВРПВНК основывалось на отработанном индивидуальном алгоритме проведения мини доступов мины флебэктомии в местах выявленных клапанных дефектов несостоятельных перфорантов, удалением наиболее измененных, извитых участков вен.

У этой группы больных с коррекцией гемодинамических показателей применением ЛТ и ЛС до операции, намного легче протекал послеоперационный период, не отмечалось воспалительных явлений,

отёков, незначительным был болевой синдром. Больные со 2-го дня проявляли активность, выписывались на 4-5 день. В группе больных которым проводилась традиционная подготовка и послеоперационное ведение, отмечались отёки, пастозность конечности, выраженный болевой синдром, что сказывалось на активности больных, нарушении гемодинамических показателей. Выписывались из стационара на 7-8 сутки. Хирургическому методу лечения подверглись 41 больных, 30 больных получали РЛТ до операции и в послеоперационном периоде.

Это улучшало течение оперативного вмешательства, так как уменьшались отёки, воспалительные явления. Проведение РЛТ в послеоперационном периоде позволило значительно уменьшить болевой синдром, проявление воспалительных, реакции по сравнению с группой оперированных больных без применения РЛТ на 40-50%. Послеоперационных осложнений в виде отеков, тромбофлебитов не отмечались. Заживления в 85% случаев было первичным натяжением.

Воздействие на лимфатическую систему нижних конечностей путем ЛТ и ЛС значительно улучшает микроциркуляцию, создает благоприятные условия для купирования симптомов ВБПВНК, предупреждает развитие осложнений, как при консервативном лечении, так и при проведении оперативных вмешательств, способствует быстрой реабилитации больных.

ВЫВОДЫ:

1. В оптимизации лечения и профилактики осложнений ВБПВНК необходимо воздействие на все патогенетически механизмы развития сложного, процесса, в том числе лимфатическое.
2. В этиопатогенетическом лечении ВРПВНК применение ЛТ и ЛС обосновано.
3. Значительный эффект достигнут применением ЛТ и ЛС при ВРПВНК. При консервативном и оперативном лечении больных.
4. При подготовке, проведении оперативного вмешательства и после него применении ЛТ показало хорошие результаты в 85% случаев

5. Проведение ЛТ значительно улучшает течение ВБПВНК, трудоспособность, качество жизни больных, процессы реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Богачев В.Ю., Голованова О.В., Малышева И.Н. Эффективность сулодексида при лечении хронической венозной недостаточности. Результаты исследования ACCORD. Ангиология и сосудистая хирургия. 2017;23(3):83-87
2. Богачев В.Ю., Родионов С.В., Дженина О.В. Фармакотерапия хронических заболеваний вен. Новые европейские рекомендации. Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия. 2018;3-4:12-21.
3. Джумабаев С.У. «Лимфатическая терапия в хирургии». – Т.-1991 г.
4. Левин Ю.М. «Основы лечебной лимфологии». М.- 1986 г, 118-135
5. Максимов М.Л., Ермолаева А.С., Вознесенская А.А., Стародубцев А.К. Хронические заболевания вен: особенности патогенеза и рациональные подходы к терапии. РМЖ. 2018;4:25-29.
6. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен. Флебология. 2018;3:146-240.
7. Стойко Ю.М., Кириенко А.И., Затевахин И.И. и др. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен. 2018;12(3):2–96
8. Стойко Ю.М., Гудымович В.Г., Цыплящук А.В. Современные аспекты эндотелиопротекции в лечении больных с хронической венозной недостаточностью в стадии трофических расстройств. Ангиология и сосудистая хирургия. 2016;22(4):109-114.
9. Стойко Ю.М., Кириенко А.И., Илюхин Е.А. и др. Диагностика и лечение тромбофлебита поверхностных вен конечностей. Рекомендации АФР. Флебология. 2019;13(2):78–97

10. Di Nisio M., Wichers I.M., Middeldorp S. Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg. 2018. Available at: <https://www.cochrane.org/>.
11. Gloviczki P., Dalsing M.C., Eklöf B. et al. Handbook of Venous and Lymphatic Disorders: Guidelines of the American Venous Forum. CRC Press. 2016.
12. Lee A.J., Robertson L.A., Boghossian S.M., Allan P.L., Ruckley C.V., Fowkes F.G., Evans C.J. Progression of varicose veins and chronic venous insufficiency in the general population in the Edinburgh Vein Study. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2015;(3):18-26.
13. Litzendorf M.E., Satiani B. Superficial venous thrombosis: disease progression and evolving treatment approaches. *Vasc Health Risk Manag.* 2011;7:569–575.