

На правах рукописи

ЖАНБАЕВ АДЫЛБЕК САТВАЕВИЧ

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ**

14.00.44 - сердечно-сосудистая хирургия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Бишкек – 2009

Работа выполнена на кафедре общей и факультетской хирургии ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский Университет Министерства образования и науки Российской Федерации и в Ошской областной объединенной клинической больнице Министерства здравоохранения Кыргызской Республики

Научный руководитель:

- доктор медицинских наук, профессор Осмонов Т.А.

Официальные оппоненты:

- доктор медицинских наук, профессор Дадабаев М.Х.

- кандидат медицинских наук, доцент Насыранбеков О.Н.

Ведущая организация:

- Научный центр сердечно-сосудистой хирургии  
им. А.Н.Бакулева РАМН

Защита состоится «29» июня 2009 г. в 12.00 часов на заседании диссертационного совета Д 730.001.03 при ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский Университет (720000, г. Бишкек, ул. Киевская, 44, E-mail:dissovetKRSU@mail.ru).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский Университет, по адресу 720000, г. Бишкек, ул. Киевская, 44.

Автореферат разослан «28» мая 2009 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
доктор медицинских наук,  
профессор:

Ахунбаева Н.И.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы.** Варикозная болезнь (ВБ) – наиболее распространенная патология венозной системы нижних конечностей. ВБ является одной из основных причин развития хронической венозной недостаточности (ХВН), которой страдают до 30-50% женщин и до 10-30% мужчин. В странах Европы ХВН встречается у 20-50% населения. В России более 35 млн. больных с ХВН, у 15% из них имеются трофические нарушения, в 4% - трофические язвы [Яблоков Е.Г. и др., 1999; Константинова Г.Д. и др., 2000; Савельев В.С. и др., 2001; Jantet G., 2000, Bergan J.J., 2002].

Основным методом лечения ВБ является хирургическое вмешательство. На сегодняшний день разработано большое количество различных методов хирургического лечения ВБ – классическая флебэктомия (ФЭ), минифлебэктомия, склеро- и лазерооблитерация, в том числе под контролем ультразвука, эндоскопическая диссекция перфорантных вен, комбинированные способы и др. [Яблоков Е.Г. и др., 1999; Осмонов Т.А., 2000; Градусов Е.Г. и др., 2001; Савельев В.С. и др., 2001; Фокин А.А. и др., 2004; Константинова Г.Д. и др., 2006; K. Oda et al., 2003; J. Perala et al., 2005; Rasmussen L.H. et al., 2007]. Однако разные авторы рекомендуют различные тактические подходы к выполнению тех или иных хирургических вмешательств. При этом тактика лечения зависит от технических возможностей в конкретном хирургическом стационаре.

Грозным осложнением ВБ является тромбоз варикозно расширенных подкожных вен (ВРПВ), который может явиться причиной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), в том числе смертельной [Савельев В.С. и др., 2001]. Радикальному хирургическому лечению тромбоза ВРПВ у больных с ВБ в последнее время посвящен ряд исследований. При двухэтапной тактике лечения тромбоза ВРПВ в острый период по показаниям производится только перевязка устья большой подкожной вены (БПВ), а в последующем производится ФЭ. В отличие от этого при радикальной тактике хирургического лечения тромбоза ВРПВ в острый период производится перевязка устья БПВ и одномоментное удаление ВРПВ различными методами. При этом больной сразу вылечивается от основного заболевания – ВБ [Кириенко А.И. и др., 2001, 2003, 2004; Савельев В.С. и др., 2001; Шулутко А.М. и др., 2001; Суковатых Б.С. и др., 2005].

В настоящее время выполнению симультанных операций придается важное значение. Симультанные операции одновременно избавляют больного от нескольких заболеваний, имеют несомненный клинический, социальный и экономический эффект, что особенно важно в условиях мирового экономического кризиса [Маховский В.З. и др., 2002; Цуканов Ю.Т. и др., 2004; Брискин Б.С. и др., 2005].

**Цель исследования.** Улучшить результаты лечения варикозной болезни путем оптимизации тактики хирургического лечения.

**Задачи исследования:**

1. Изучить результаты обследования больных с варикозной болезнью в Южном регионе Кыргызской Республики.
2. Изучить результаты хирургического лечения больных с варикозной болезнью.
3. Оценить результаты радикального хирургического лечения тромбоза варикозно расширенных подкожных вен у больных с варикозной болезнью.
4. Оценить результаты симультанных операций у пациентов с варикозной болезнью и варикоцеле.

**Научная новизна.**

Впервые изучены результаты обследования больных с варикозной болезнью в Южном регионе Кыргызской Республики.

Проведена оценка результатов и показана эффективность радикального хирургического лечения тромбоза варикозно расширенных подкожных вен у больных с варикозной болезнью.

Оценены результаты и показана клиническая эффективность симультанных операций у пациентов молодого возраста с варикозной болезнью и варикоцеле.

**Практическая значимость.**

Проведена оценка результатов хирургического лечения больных с варикозной болезнью различными методами.

Показано, что у больных с тромбозом варикозно расширенных подкожных вен в остром периоде выполнение радикальных хирургических вмешательств, наряду с хирургической профилактикой тромбоэмболии легочной артерии, позволяет эффективно вылечить больного от основного заболевания – варикозной болезни.

Доказано, что у пациентов молодого возраста с варикозной болезнью при наличии сопутствующего варикоцеле клинически оправдано выполнение симультанной операции – одномоментной флебэктомии и операции Иванисевича.

**Основные положения, выносимые на защиту.**

Радикальное хирургическое лечение тромбоза варикозно расширенных подкожных вен в остром периоде позволяет эффективно лечить больных с варикозной болезнью.

У пациентов с варикозной болезнью при наличии сопутствующего варикоцеле проведение симультанной операции – одномоментной флебэктомии и операции Иванисевича, позволяет вылечить пациента от двух заболеваний без увеличения сроков общей, пред- и послеоперационной госпитализации.

**Реализация полученных результатов.** Результаты исследования внедрены в клиническую практику отделения торакально-сосудистой хирургии Ошской областной объединенной клинической больницы.

**Личный вклад автора.** Автор принимал непосредственное личное участие при проведении проспективного исследования: при обследовании, ведении и хирургическом лечении обследованных пациентов, а также при обработке и научном анализе материала и результатов исследования.

**Апробация работы.** Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на: Научной конференции медицинского факультета Кыргызско-Российского Славянского Университета «Физиология, морфология и патология человека и животных в условиях Кыргызстана» (Бишкек, 2009); Международной конференции молодых ученых и студентов Кыргызской государственной медицинской академии (Бишкек, 2009); совместном заседании сотрудников кафедры общей и факультетской хирургии Кыргызско-Российского Славянского Университета, кафедры общей хирургии Кыргызской государственной медицинской академии, клиники им. И.К.Ахунбаева Национального госпиталя при Минздраве Кыргызской Республики (Бишкек, 2009).

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 5 научных работ.

**Объем и структура диссертации.** Диссертация изложена на 115 страницах компьютерного набора на русском языке. Состоит из

введения, 3 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Список литературы включает 203 источника: 156 отечественных авторов и авторов стран СНГ и 47 зарубежных авторов. Диссертация иллюстрирована 26 рисунками и 10 таблицами.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В основу работы положены результаты обследования и лечения 690 больных с ВБ, находившихся на стационарном лечении в отделении торакально-сосудистой хирургии Ошской областной объединенной клинической больницы, за период с 2000 г. по 2007 г. Набор материала производился проспективно, по мере обращения пациентов.

Мужчин было 301 (43,6%), женщин - 389 (56,4%). Возраст больных был в пределах от 13 лет до 81 года, средний возраст больных составил  $35,4 \pm 3,3$  лет. Большинство больных были в возрасте 20-29 лет – 211 (30,6%). При этом на возрастную группу 20-49 лет приходится 75,5% от общего количества больных (табл. 1).

Таблица 1

Распределение обследованных больных с ВБ по полу и возрасту,  
количество больных (%)

Возраст, лет	Мужчин	Женщин	Всего
До 20	44 (57,9)	32 (42,1)	76 (11,0)
20-29	122 (57,8)	89 (42,2)	211 (30,6)
30-39	59 (33,9)	115 (66,1)	174 (25,2)
40-49	39 (28,7)	97 (71,3)	136 (19,7)
50-59	24 (41,4)	34 (58,6)	58 (8,4)
60-69	8 (34,8)	15 (65,2)	23 (3,3)
70-79	4 (40,0)	6 (60,0)	10 (1,5)
80 и старше	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (0,3)
Всего	301 (43,6)	389 (56,4)	690 (100,0)

Анализ распределения больных по полу и возрасту показал следующее. Среди мужчин возраст больных был в пределах от 14 до 82 лет, средний возраст составил  $31,8 \pm 4,2$  лет. Большинство больных мужчин были в возрасте 20-29 лет – 122 (40,8%) больных. 14,6% больных мужского пола приходятся на возрастную группу до 20 лет. Данные пациенты поступали в основном после медицинских

осмотров по линии военных комиссариатов. И поэтому в данных возрастных группах больных мужского пола было больше чем больных женского пола. На возрастную группу 20-49 лет приходится 75,5% от общего количества мужчин. Остальные 13 (4,3%) мужчин были в возрасте 60 лет и старше.

Среди женщин возраст больных был в пределах от 13 до 80 лет, средний возраст составил  $37,4 \pm 5,2$  лет. Большинство больных женщин были в возрасте 30-39 лет – 115 (29,6%) больных.

В зависимости от формы заболевания и методов лечения больные с ВБ были разделены на следующие группы. Группу больных, которым были произведены хирургические вмешательства по поводу первичной ВБ без тромбоза ВРПВ и сопутствующего варикоцеле, составил 491 (71,2%) больной. Группу больных с рецидивом ВБ составили 5 (0,7%) больных. Группу больных с ВБ, осложненной тромбозом ВРПВ, составили 169 (24,5%) больных. Группу больных, у которых кроме ВБ имелась сопутствующая патология – варикоцеле, и им была произведена симультанная операция, составили 25 (3,6%) больных (табл. 2).

Таблица 2

Распределение обследованных больных с ВБ по группам

Группа	Количество больных (%)
Произведены хирургические вмешательства по поводу первичной ВБ без тромбоза ВРПВ и сопутствующего варикоцеле	491 (71,2)
Рецидив ВБ	5 (0,7)
Тромбоз ВРПВ	169 (24,5)
Произведена симультанная операция	25 (3,6)
Всего	690 (100,0)

При поступлении в стационар и при необходимости в динамике пациентам проводили общеклиническое обследование по общепринятой методике: изучались жалобы больных, анамнестические сведения, данные объективного, лабораторного и инструментального обследований. В том числе следующие общие и специальные лабораторные и инструментальные методы исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови, свертывающая система крови, электрокардиография, рентгенография органов грудной клетки и т.д.

При поступлении больных в стационар и при необходимости в динамике с целью оценки состояния венозной системы и флебогемодинамики нижних конечностей проведена ультразвуковая доплерография (УЗДГ) вен нижних конечностей. УЗДГ выполнена у всех 690 (100,0%) больных. УЗДГ выполняли на аппарате «ИСКН» (Россия) с доплеровским датчиком с частотой 5 МГц, а также с использованием портативного переносного УЗДГ-аппарата «ЭТГФ» (Россия) с доплеровским датчиком с частотой 5 МГц.

УЗДГ выполняли по общепринятой методике ультразвукового исследования вен нижних конечностей. Использовали стандартные точки (окна) эхо-локации магистральных вен. Для облегчения топической локализации вен нижних конечностей условно разделяли нижнюю конечность на сегменты: верхняя треть (в/3), средняя треть (с/3) и нижняя треть (н/3) бедра; подколенная область; в/3, с/3 и н/3 голени. При проведении ультразвукового исследования вен нижних конечностей применяли пробу Вальсальвы, мануальные пробы. Основными задачами при УЗДГ исследовании были: наличие или отсутствие проходимости глубоких и поверхностных вен; наличие и локализация патологических вено-венозных рефлюксов (состояние клапанного аппарата вен); в случае тромбоза ВРПВ – протяженность и проксимальный уровень венозного тромбоза.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась на персональном компьютере пакетом прикладных программ MS Excel XP, с вычислением средней арифметической величины выборки (M), доверительного интервала для выборки (m), коэффициента Стьюдента (t) и критерия достоверности (p).

## **РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

В нашем исследовании мы проанализировали, из каких регионов были пациенты с ВБ: город Ош – 186 (26,9%) больных, Ошская область – 388 (56,2%), город Жалалабад – 33 (4,8%), Жалалабадская область – 75 (10,9%), город Баткен – 1 (0,1%), Баткенская область – 12 (1,7%). Всего городских жителей было – 220 (31,9%) больных, сельских – 470 (68,1%).

Таким образом, учитывая то, что отделение расположено в городе Ош, большинство больных были из города Ош и Ошской области – при этом данные регионы являются наиболее населенными в Южном регионе Кыргызской Республики. Остальные пациенты были из других регионов Южного региона Кыргызской Республики.



На момент обращения к сосудистому хирургу ВБ страдали: до 5 лет – 320 (46,4%) больных, 6-10 лет – 182 (26,4%), 11-20 лет – 113 (16,4%), более 20 лет – 75 (10,8%).

При этом в подавляющем большинстве случаев пациенты к врачу по поводу ВБ ранее не обращались и у них лечение не проводилось – 597 (86,5%) больных. Лишь 86 (12,4%) больных ранее обращались за медицинской помощью по поводу ВБ и у них проводилось эпизодическое консервативное лечение.

Хирургическое лечение по поводу заболеваний вен нижних конечностей ранее было произведено 7 (1,1%) больным. Из них 5 (71,4%) больным ранее была произведена ФЭ, после чего в различные сроки развился рецидив ВБ и больные были госпитализированы для повторного хирургического лечения. У 2 (28,6%) больных ранее был тромбоз ВРПВ и этим больным была произведена операция Троянова-Тренделенбурга и больные были госпитализированы на 2-й этап хирургического лечения – ФЭ.

Большинство пациенток имело в анамнезе беременности, которые закончились родами – 261 пациентка, что оставило 67,1% от общего числа пациенток с ВБ. В том числе 1 роды – у 7 (2,7%) пациенток, 2 родов – у 45 (17,2%), 3 родов – у 71 (27,2%), 4 родов и более – у 138 (52,9%), т.е. среди рожавших пациенток большинство были многорожавшими. Следует отметить, что практически все рожавшие пациентки отмечали прогрессирование ВРПВ и клинических симптомов ХВН во время беременности и после родов, особенно пациентки, у которых было несколько беременностей и родов.

Мы оценивали данные клинического обследования с точки зрения основных классификаций ВБ и ХВН, которые основаны на клинических симптомах и данных УЗДГ.

Согласно разработанной и одобренной российскими флебологами классификации ВБ, внутрикожный и подкожный сегментарный варикоз без патологического вено-венозного сброса был у 126 (18,3%) больных. В большинстве случаев при обследовании диагностировали сегментарный варикоз с рефлюксом по поверхностным и/или перфорантным венам, который был у 408 (59,1%) больных. Распространенный варикоз с рефлюксом по поверхностным и перфорантным венам был у 156 (22,6%) больных. Случаев варикоза при наличии рефлюкса по глубоким венам в нашем исследовании не было диагностировано ни в одном случае.

Из 690 пациентов, по модифицированной классификации Widmer,

предложенной Яблоковым Е.Г. и соавт., в большинстве случаев была 1 степень ХВН – у 594 (86,1%) больных, у которых имелись ВРПВ, отмечался преходящий отек нижних конечностей. 2 степень ХВН была у 83 (12,0%) больных, у которых наряду с ВРПВ были стойкий отек, трофические нарушения кожи. 3 степень ХВН была у 13 (1,9%) больных, у которых наряду с вышеперечисленными симптомами имелась открытая трофическая язва.

По классификации CEAP из 690 пациентов с ВБ клинический класс С2 – был у 319 (46,2%) пациентов, у которых имелись только ВРПВ. Клинический класс С3 – был у 275 (39,9%) пациентов, у которых имелся также отек на нижних конечностях. Клинический класс С4 – был у 83 (12,0%) пациентов, у которых имелись трофические кожные изменения (гиперпигментация, венозная экзема, липодерматосклероз). Клинический класс С6 – был у 13 (1,9%) пациентов, у которых имелась открытая венозная трофическая язва. Пациентов с клиническим классом С5, т.е. у которых имелась зажившая трофическая язва – в нашем исследовании не было.

В большинстве случаев была левосторонняя локализация ВРПВ – у 291 (42,2%) больного, правосторонняя локализация ВРПВ – у 208 (30,1%), двухсторонняя локализация ВРПВ – у 191 (27,7%).

При УЗДГ исследовании при проведении пробы Вальсальвы и мануальных проб отсутствие патологического вено-венозного сброса было отмечено у 126 (18,3%) больных. В большинстве случаев при ультразвуковом исследовании диагностировали наличие патологического вено-венозного рефлюкса по поверхностным и/или перфорантным венам, который был отмечен у 564 (81,7%) больных. В нашем исследовании патологического вено-венозного сброса по глубоким венам не было диагностировано ни в одном случае.

Следует отметить, что в том числе и у обследованных нами пациентов с тромбозом ВРПВ по данным УЗДГ во всех 169 (100,0%) случаях – глубокие вены были проходимы, т.е. случаев симультанного тромбоза вен нижних конечностей не было ни в одном случае. Данное обстоятельство определяло возможность проведения активной хирургической тактики в лечении как тромбоза ВРПВ, так и самой ВБ.

Необходимо также отметить, что УЗДГ было проведено также всем 5 (100,0%) беременным женщинам, которые поступали с тромбозом ВРПВ. При УЗДГ у данных 5 беременных женщин были получены следующие данные. В 1 (20,0%) случае был

диагностирован тромбоз БПВ, достигающий до уровня сафено-фemorального соустья при сохраненной проходимости по глубоким венам нижней конечности, в том числе и по ОБВ. В 1 (20,0%) случае был диагностирован тромбоз БПВ, проксимальный уровень которого был на уровне колена. При контрольном ультразвуковом исследовании в динамике тромбоз имел тенденцию к нарастанию в проксимальном направлении. В 1 (20,0%) случае был диагностирован тромбоз БПВ с проксимальным уровнем на уровне в/3 бедра. У остальных 2 (40,0%) беременных при ультразвуковом исследовании был диагностирован тромбоз ВРПВ с проксимальной границей на уровне голени. При этом были затромбированы притоки БПВ, а сам ствол БПВ был проходим.

У данных 3 (60,0%) из 5 беременных пациенток с тромбозом ВРПВ данные УЗДГ были основополагающими при определении показаний к выполнению хирургической профилактики ТЭЛА – им была выполнена операция Троянова-Тренделенбурга.

Таким образом, УЗДГ можно считать методом скрининг-диагностики, который позволяет определить состояние венозной системы и флебогемодинамики нижних конечностей. На основании данных УЗДГ можно определять дальнейшую тактику лечения пациентов с ВБ и тромбозом ВРПВ, в том числе и хирургическую. При оценке состояния венозной системы и флебогемодинамики нижних конечностей по данным УЗДГ вен нижних конечностей во всех случаях учитывали результаты клинического обследования.

Хирургические вмешательства по поводу первичной ВБ без тромбоза ВРПВ и сопутствующего варикоцеле были произведены 491 (71,2%) пациенту. При определении показаний к хирургическому лечению у больных с ВБ мы пользовались общепринятыми критериями: наличие и локализация ВРПВ; наличие и локализация горизонтальных патологических вено-венозных рефлюксов; наличие трофических изменений кожи, трофической язвы.

В большинстве случаев при выполнении ФЭ из 491 случая была использована спинномозговая анестезия – в 466 (94,9%). Спинномозговую анестезию выполняли по общепринятой методике, применяли 2%-раствор лидокаина. Общий интубационный наркоз – в 5 (1,0%), общий внутривенный наркоз – в 20 (4,1%).

Следует отметить, что в случаях одномоментного выполнения ФЭ с двух сторон у пациентов с двухсторонней локализацией ВРПВ – хирургическое вмешательство производили двумя бригадами

хирургов по 2 хирурга. Одномоментная двухсторонняя ФЭ выполнена у 128 (26,1%) пациентов с двухсторонней локализацией ВРПВ.

ФЭ по Бэбкокку выполнена всему 491 (100,0%) больному в данной группе. В большинстве случаев в области сафено-фemorального соустья мы использовали косой доступ – у 466 (94,9%) больного. Данный доступ обеспечивает хороший доступ к сафено-фemorальному соустью и позволяет адекватно произвести кроссэктомию. У остальных 25 (5,1%) больных был использован паховый доступ. ФЭ в комбинации по Маделунгу была выполнена - 246 (50,1%) больным, по Нарату - 452 (92,1%) больным, по Клаппу – 123 (25,1%) больным.

Минифлебэктомия по Миллеру была выполнена у 25 (5,1%) пациентов с ВБ. Все эти пациенты были с подкожным сегментарным варикозом без патологического вено-венозного сброса, с I степенью ХВН, клиническим классом С2. При минифлебэктомии небольшие кожные разрезы в ВРПВ производили остроконечным скальпелем, длиной до 1,0 см. Варикозные вены удаляли при помощи специальных крючков, шпателя и зажима типа «Москит». Основным преимуществом данного метода является хороший косметический эффект.

Перед выполнением минифлебэктомии первым этапом выполняли ФЭ по Бэбкокку. При этом при перевязке устья БПВ во всех 25 (100,0%) случаях мы использовали паховый доступ, который обеспечивает достаточный доступ к области сафено-фemorального соустья, а также характеризуется хорошим косметическим эффектом.

Операция ФЭ была дополнена надфасциальной перевязкой несостоятельных перфорантных вен по Кокету – в 440 (89,6%) случаях. У пациентов с крупными недостаточными перфорантами, у которых уже имелись выраженные трофические нарушения кожи, в том числе и трофические язвы – выполняли подфасциальную перевязку перфорантных вен по Линтону – в 18 (3,7%) случаях.

Послеоперационные раны зашивали наглухо. При необходимости рану в области сафено-фemorального соустья дренировали 1-2 резиновыми выпускниками которые удаляли на 2-3 сутки. Во всех случаях операцию заканчивали наложением эластических бинтов на оперированную конечность.

В нашем исследовании с кровотечением из ВРПВ было 4 больных, что составило 0,6% от общего числа обследованных нами

пациентов и 0,8% от числа пациентов с ВБ без тромбоза ВРПВ и сопутствующего варикоцеле. Все пациенты были старше 30 лет.

Во всех 4 (100,0%) случаях у пациентов был - распространенный варикоз с патологическим вено-венозным сбросом по поверхностным и перфорантным венам. У 3 (75,0%) пациентов была 2 степень ХВН, у которых были трофические нарушения кожи, гиперпигментация в области нижней трети голени. У 1 (25,0%) пациента – была 3 степень ХВН, у которого имелась открытая трофическая язва. По классификации СЕАР у 3 (75,0%) пациентов был клинический класс С4, у 1 (25,0%) пациента – клинический класс С6.

Всем данным пациентам с кровотечением из ВРПВ при поступлении в экстренном порядке была произведена остановка кровотечения из ВРПВ – методом чрескожного прошивания кровоточащих ВРПВ. В последующем всем данным 4 (100,0%) пациентам после обследования и предоперационной подготовки в плановом порядке в сроки от 1 до 2 койко-дней, в среднем через  $1,5 \pm 0,1$  койко-дней, была произведена ФЭ по Бэбкокку-Маделунгу-Нарату – в 3 (75,0%) случаях одномоментная двухсторонняя, в 1 (25,0%) случае – слева, с надфасциальной перевязкой перфорантов по Кокетту – в 3 (75,0%) случаях, с подфасциальной перевязкой перфорантов по Линтону – в 1 (25,0%) случае.

Анализ результатов хирургического лечения в целом в группе, которым были произведены хирургические вмешательства по поводу первичной ВБ без тромбоза ВРПВ и сопутствующего варикоцеле – 491 пациентов, показал следующее.

В подавляющем большинстве случаев послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Раны зажили первичным натяжением и пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии.

В раннем послеоперационном периоде осложнения со стороны послеоперационных ран после ФЭ были отмечены у 20 (4,1%) пациентов – в виде незначительного воспалительного инфильтрата, серомы, лимфорей. После соответствующего местного лечения и антибактериальной терапии данные осложнения купировались и раны заживали первичным натяжением.

Сроки общей госпитализации составили от 11 до 17 койко-дней, в среднем  $13,6 \pm 1,0$  койко-дней, сроки предоперационной госпитализации составили от 1 до 2 койко-дней, в среднем  $1,5 \pm 0,1$

койко-дней, сроки послеоперационной госпитализации составили от 10 до 16 койко-дней, в среднем  $12,4 \pm 1,1$  койко-дней.

Необходимо отметить, что в подавляющем большинстве случаев пациенты выписывались в удовлетворительном состоянии. Часть больных нуждалась в амбулаторном долечивании. В основном это были больные с трофическими язвами, а также с тромбозом ВРПВ.

В нашем исследовании из 690 пациентов с ВБ было 5 пациентов с рецидивом ВБ, что составило 0,7% от общего числа обследованных нами пациентов. В 2 (40,0%) случаях рецидив ВБ был слева, в 2 (40,0%) случаях рецидив ВБ был справа, в 1 (20,0%) случае – была двухсторонняя локализация рецидива ВБ. Во всех 5 (100,0%) случаях рецидив ВБ был на голени. Случаев рецидива ВБ за счет непереязанных притоков устья БПВ – в нашем исследовании не было ни в одном случае.

Сроки возникновения рецидива ВБ были следующими: в 1 (20,0%) случае – в течение 1 года после первичной ФЭ, в остальных 4 (80,0%) случаях – в течение 5-6 лет после первичной ФЭ. Всем данным 5 (100,0%) пациентам под спинномозговой анестезией произведена сегментарная ФЭ в зоне рецидива заболевания.

Следует отметить, что из 5 больных с рецидивом ВБ – 2 (40,0%) больных были первично оперированы в нашем отделении, остальные 3 (60,0%) больных были оперированы в других стационарах. Таким образом, рецидив ВБ после проведенного нами хирургического лечения ВБ составил 2 (0,4%) случая из 491 пациента.

Из 690 обследованных больных с ВБ было 169 (24,5%) пациентов с ВБ, которые поступили в стационар с острым тромбозом ВРПВ. У всех 169 (100,0%) пациентов имелась ВБ. В том числе было 5 (3,0%) беременных пациенток.

Анализ показателей анамнеза заболевания показал следующее. На момент обращения к сосудистому хирургу ВБ страдали: до 5 лет – 29 (17,2%) больных, 6-10 лет – 55 (32,5%), 11-20 лет – 60 (35,5%), более 20 лет – 25 (14,8%). В большинстве случаев среди больных, у которых ВБ осложнилась тромбозом ВРПВ, были пациенты с анамнезом заболевания от 6 до 20 лет – 115 (68,0%) больных.

Следует также отметить, что в нашем исследовании из нерадикально пролеченных 124 пациентов с тромбозом ВРПВ, в том числе после операции Троянова-Тренделенбурга, на выполнение плановой ФЭ (второй этап хирургического лечения ВБ) явились лишь 2 (1,6%) пациентки! Хотя мы всегда информируем пациентов о

необходимости радикального хирургического лечения ВБ и возможном прогрессировании ХВН и развитии ее осложнений. Во многом мы объясняем этот факт низкой санитарной просвещенностью населения и особенностями национального и религиозного менталитета в Южном регионе Кыргызской Республики.

Среди причин развития тромбоза ВРПВ у обследованных нами 169 больных с ВБ были отмечены: травма нижней конечности – 2 (1,2%) случая, полостные хирургические вмешательства – 5 (3,0%), гинекологические операции – 1 (0,6%), беременность – 5 (3,0%).

При клиническом обследовании у больных с тромбозом ВРПВ при поступлении отмечались наличие болезненного инфильтрата в области тромбированных ВРПВ, местное повышение температуры и гиперемия в той или иной степени выраженности. Клиники ТЭЛА не было ни в одном случае.

Обязательным было УЗДГ исследование с целью определения проксимального уровня тромбоза, а также определения проходимости глубоких вен. Необходимо отметить, что во всех исследованных нами случаях тромбоза ВРПВ у больных с ВБ при УЗДГ диагностировали проходимость глубоких вен.

Всем 169 (100,0%) пациентам с тромбозом ВРПВ после обследования и установления диагноза проводилось консервативное лечение по общепринятой схеме – медикаментозная терапия (гепаринотерапия, дезагреганты, противовоспалительная терапия, флебопротекторы), компрессионная терапия (эластическое бинтование нижних конечностей).

Хирургическое лечение проведено 92 (54,4%) больным с тромбозом ВРПВ из 169. В том числе было 3 (3,3%) беременных пациенток (данные случаи подробно описаны ниже). Остальным 77 (45,6%) пациентам проводилась только консервативная терапия. В том числе было 2 (2,6%) беременных пациенток.

Операция Троянова-Тренделенбурга произведена 47 (27,8%) больным из 169 больных с тромбозом ВРПВ. В том числе было 3 (6,4%) беременных пациенток. Показанием к выполнению операции Троянова-Тренделенбурга были – проксимальный уровень тромбоза ВРПВ на уровне средней трети бедра и выше, а также восходящий тромбоз ВРПВ, диагностированный при УЗДГ контрольном исследовании в динамике.

Операцию Троянова-Тренделенбурга выполняли по общепринятой методике. Операцию выполняли под местной анестезией. Во всех 47 (100,0%) случаях в области сафено-фemorального соустья мы использовали косой доступ. Данный доступ позволяет полноценно произвести ревизию области сафено-фemorального соустья и выполнить основные этапы оперативного вмешательства – выделение сосудов в области сафено-фemorального соустья, перевязку и пересечение устья БПВ, кроссэктомия.

Во всех случаях проводили ревизию сафено-фemorального соустья. Также во всех случаях основной этап операции Троянова-Тренделенбурга – перевязку и пересечение устья БПВ, дополняли кроссэктомией – перевязкой приустьевых притоков.

Во время операции при интраоперационной ревизии в 2 (4,3%) случаях из 47 было обнаружено, что тромбоз БПВ переходил на ОБВ и имел эмбологенную форму. В том числе была 1 (50,0%) беременная пациентка (данный случай подробно описан ниже). В связи с чем в данных случаях была произведена тромбэктомия из ОБВ окончатым зажимом на высоте пробы Вальсальвы через устье БПВ. Предварительно из отдельного надпахового доступа производили выделение наружной подвздошной вены с наложением страховочного турникета.

При проведении операции Троянова-Тренделенбурга у больных с тромбозом ВРПВ сроки общей госпитализации составили от 10 до 14 койко-дней, в среднем  $12,0 \pm 0,4$  койко-дней, сроки предоперационной госпитализации составили от 1 до 2 койко-дней, в среднем  $1,1 \pm 0,01$  койко-дней, сроки послеоперационной госпитализации составили от 9 до 13 койко-дней, в среднем  $10,3 \pm 0,2$  койко-дней.

В нашем исследовании было 5 беременных женщин с тромбозом ВРПВ, что составило 3,0% от общего количества пациентов с тромбозом ВРПВ. Подробнее остановимся на данных случаях. Возраст пациенток был от 20 до 40 лет, в среднем  $32,2 \pm 5,7$ . Сроки беременности, при которых развился тромбоз ВРПВ, были следующими: в 1 триместре – 2 (40,0%) пациентки в сроке 7 и 12 недель беременности, во 2 триместре – 1 (20,0%) пациентка в сроке 16 недель беременности, в 3 триместре – 2 (40,0%) пациентки в сроке 27 и 30 недель беременности.

Всем данным 5 беременным женщинам было проведено УЗДГ. В 1 (20,0%) случае у пациентки в сроке 27 недель беременности был диагностирован тромбоз БПВ, достигающий до уровня сафено-



фemorального соустья при сохраненной проходимости по глубоким венам нижней конечности, в том числе и по ОБВ. Данной беременной была произведена операция Троянова-Тренделенбурга. Во время операции при ревизии было обнаружено, что тромбоз БПВ имел эмбологенную форму и переходил на ОБВ. В связи с чем в данном случае была произведена тромбэктомия из ОБВ окончательным зажимом на высоте пробы Вальсальвы через устье БПВ.

В 1 (20,0%) случае у пациентки в сроке 30 недель беременности был диагностирован тромбоз БПВ, проксимальный уровень которого был на уровне колена. При контрольном ультразвуковом исследовании в динамике тромбоз имел тенденцию к нарастанию в проксимальном направлении. Данной пациентке была произведена операция Троянова-Тренделенбурга.

В 1 (20,0%) случае у пациентки в сроке 7 недель беременности был диагностирован тромбоз БПВ с проксимальным уровнем на уровне верхней трети бедра. Данной пациентке была произведена операция Троянова-Тренделенбурга.

Все операции у беременных проводили под местной анестезией.

В остальных 2 (40,0%) случаях у беременных с тромбозом ВРПВ тромботическое поражение локализовалось на голени и затрагивало только притоки БПВ. Поэтому у данных пациенток ограничились проведением комплекса консервативных лечебно-профилактических мероприятий. В последующем у всех пациенток беременность была пролонгирована и закончилась родами.

Радикальное хирургическое лечение тромбоза ВРПВ произведено 45 больным с тромбозом ВРПВ. Показанием к выполнению радикального хирургического лечения тромбоза ВРПВ были – тромбоз ВРПВ не зависимо от проксимального уровня тромбоза ВРПВ, длительностью заболевания не более 2 недель от начала заболевания.

Согласно классификации F. Verrel, F. Stollman и соавт. модифицированной А.И. Кириенко и соавт., из 45 пациентов с тромбозом ВРПВ были следующие типы тромбоза подкожных вен: поражение дистальных отделов стволов подкожных вен (тип I) было у 34 (75,6%) больных, поражение проксимальных отделов стволов подкожных вен (тип II) было у 11 (24,4%) больных. Случаев распространения тромбоза через соустья на глубокую венозную систему (тип III), поражения подкожных вен с переходом на перфорантные вены (тип IV) и сочетанного изолированного

поражения поверхностных и глубоких вен (тип V) в данной группе не было ни одного случая.

Операцию выполняли под спинномозговой анестезией. При радикальном хирургическом лечении тромбоза ВРПВ после выполнения классического этапа операции Троянова-Тренделенбурга (перевязки и пересечения устья БПВ) и кроссэктомии, выполняли ФЭ по Бэбкокку-Маделунгу-Нарату. При этом ствол БПВ удаляли зондом Бэбкокка, введенным из устья БПВ в дистальном направлении до уровня тромбоза. Затем тромбированные участки ствола или притоков БПВ удаляли из отдельных разрезов по Маделунгу или Нарату.

Случаев нагноения послеоперационных ран в проекции удаленных тромбированных подкожных вен не было отмечено. Всем больным в послеоперационном периоде проводили антибиотикопрофилактику. Во всех случаях послеоперационные раны заживали первичным натяжением. Кожные швы снимались на 12-14 сутки.

Следует отметить, что выполнение радикального хирургического лечения тромбоза ВРПВ не увеличивает ( $p > 0,05$ ) сроки общей, предоперационной и послеоперационной госпитализации по сравнению с данными показателями у больных, у которых была выполнена операция Троянова-Тренделенбурга по поводу тромбоза ВРПВ.

Отдаленные результаты были изучены у 30 (66,7%) из 45 больных с ВБ, которым было произведено радикальное лечение тромбоза ВРПВ. Отдаленные результаты изучены в сроки от 6 месяцев до 3 лет, в среднем  $1,5 \pm 0,5$  года. Рецидив ВБ был диагностирован в 1 (3,3%) случае. В остальных 29 (96,7%) случаях было отмечено полное выздоровление пациентов от основного заболевания – ВБ, т.е. был отмечен хороший клинический результат радикального хирургического лечения ВБ в острый период тромбоза ВРПВ.

Таким образом, радикальное хирургическое лечение тромбоза ВРПВ (полное удаление ВРПВ с участками тромбоза) в остром периоде позволяет эффективно произвести не только хирургическую профилактику ТЭЛА, но и полностью вылечить пациента от основного заболевания – ВБ. При этом отмечается статистически не достоверное ( $p > 0,05$ ) увеличение сроков общей и послеоперационной госпитализации. Рецидив варикозной болезни после радикального

хирургического лечения в острый период тромбоза ВРПВ отмечен в 3,3% случаях.

У 25 больных мужского пола кроме ВБ имелась сопутствующая патология – варикоцеле, что составило 8,3% от общего числа обследованных больных с ВБ мужского пола. Все больные были молодого возраста. 19 (76,0%) больных были в возрасте до 20 лет, что составило 43,2% от числа обследованных больных с ВБ мужского пола в возрасте до 20 лет. 6 (24,0%) больных были в возрасте 20-29 лет, что составило 4,9% от числа обследованных больных с ВБ мужского пола в возрасте 20-29 лет.

Все эти пациенты поступали на оперативное лечение по поводу ВБ в плановом порядке, и поэтому имелась возможность диагностировать данную патологию. Согласно классификации Ю.Ф. Исакова варикоцеле 2 степени было у 15 (60,0%) пациентов, 3 степени было у 10 (40,0%) пациентов. Во всех 25 (100,0%) случаях была левосторонняя локализация варикоцеле.

Из данных 25 пациентов с варикоцеле, ВРПВ у 21 (84,0%) было слева, у – 4 (16,0%) была двухсторонняя локализация ВРПВ. Во всех 25 (100,0%) случаях у пациентов с варикоцеле был подкожный сегментарный варикоз без патологического вено-венозного сброса. По классификации СЕАР у 21 (84,0%) пациента был клинический класс С2, у 4 (16,0%) пациентов – клинический класс С3. Во всех 25 (100,0%) случаях была 1 степень ХВН.

У всех данных 25 (100,0%) больных с ВБ и сопутствующим варикоцеле были произведены симультанные операции - одномоментная ФЭ и операция Иванисевича. Первым этапом выполняли операцию Иванисевича, вторым этапом – ФЭ. В 4 (16,0%) случаях, когда у больных была двухсторонняя локализация ВРПВ – одномоментно первым этапом также выполняли операцию Иванисевича, а затем вторым этапом – ФЭ с двух сторон.

Все 25 (100,0%) симультанных операций были выполнены под спинномозговой анестезией. Применяли 2%-раствор лидокаина. Данный метод обезболивания обеспечивает адекватную анестезию, как в области выполнения ФЭ, так и в области операции Иванисевича.

Выполнение симультанной операции несколько удлиняло время оперативного вмешательства относительно изолированной ФЭ и составляло – от 15 до 30 минут, в среднем  $20,5 \pm 3,5$  минут.

В послеоперационном периоде осложнений со стороны операционных ран после операции Иванисевича не было ни в одном случае, во всех случаях раны зажили первичным натяжением.

Выполнение симультанной операции не увеличивает ( $p>0,05$ ) сроки общей, предоперационной и послеоперационной госпитализации по сравнению с данными показателями у больных, у которых была выполнена изолированная ФЭ по поводу ВБ.

Следует отметить, что клинически и по данным УЗДГ венозные тромбоэмболические осложнения в виде тромбоза глубоких вен нижних конечностей и ТЭЛА из всех обследованных 690 (100,0%) пациентов – не были отмечены ни в одном случае.

## ВЫВОДЫ

1. По данным клинического обследования в Южном регионе Кыргызской Республики за специализированной флебологической помощью по поводу варикозной болезни в возрастной группе до 30 лет мужчин обращается больше (57,8%) чем женщин. 67,1% женщин с варикозной болезнью имели в анамнезе беременности, закончившиеся родами, из них большинство (52,9%) были многорожавшими (4 родов и более). В целом трофические изменения имеются у 13,9% больных варикозной болезнью, трофические язвы – у 1,9%.

2. Выполнение минифлебэктомии при сегментарном варикозе позволяет улучшить косметический эффект при хирургическом лечении варикозной болезни. Выполнение классической флебэктомии по Бэбкокку-Маделунгу-Нарату в комбинации с перевязкой перфорантных вен надфасциально по Кокету и подфасциально по Линтону показано при выраженном варикозе, в том числе при наличии трофических изменений. Рецидив варикозной болезни после хирургического лечения составил 0,4%.

3. У пациентов с тромбозом варикозно расширенных подкожных вен выполнение радикального хирургического лечения в остром периоде позволяет эффективно произвести не только хирургическую профилактику тромбоэмболии легочной артерии, но и полностью вылечить пациента от основного заболевания – варикозной болезни. При этом отмечается статистически не достоверное ( $p>0,05$ ) увеличение сроков общей и послеоперационной госпитализации. Рецидив варикозной болезни отмечен в 3,3% случаях.

4. У 8,3% больных мужского пола с варикозной болезнью имеется

варикоцеле 2 и 3 степени слева. Выполнение симультанной операции (одномоментной флебэктомии и операции Иванисевича) у пациентов молодого возраста с варикозной болезнью при наличии сопутствующего заболевания варикоцеле позволяет одномоментно вылечить пациента от двух заболеваний. При этом нет статистически достоверного ( $p > 0,05$ ) увеличения сроков общей, пред- и послеоперационной госпитализации, а также нет увеличения количества послеоперационных осложнений по сравнению с данными показателями при изолированной флебэктомии. Симультанная операция, также как и изолированная флебэктомия, выполняется под спинномозговой анестезией.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. В Южном регионе Кыргызской Республики необходимо проводить санитарно-просветительную работу среди населения, особенно среди женщин, с целью улучшения результатов хирургического лечения варикозной болезни и профилактики осложнений.

2. Выполнение контрольного ультразвукового исследования в динамике позволяет диагностировать восходящий тромбоз варикозно расширенных подкожных вен у больных с варикозной болезнью и определить показания к хирургической профилактике тромбоэмболии легочной артерии.

3. Радикальное хирургическое лечение тромбоза варикозно расширенных подкожных вен у больных с варикозной болезнью необходимо выполнять в ранние сроки от начала заболевания.

4. В случаях развития тромбоза варикозно расширенных подкожных вен у беременных, не зависимо от срока беременности, при распространении проксимальной границы тромбоза выше средней трети бедра и при диагностированном ультразвуковым методом восходящем тромбозе большой подкожной вены необходимо произвести операцию Троянова-Тренделенбурга. Радикальное хирургическое лечение тромбоза варикозно расширенных подкожных вен у беременных не проводится.

5. При выполнении симультанной операции (операции Иванисевича и флебэктомии) у больных с варикозной болезнью и варикоцеле можно использовать спинномозговую анестезию, которая используется в большинстве случаев выполнения изолированной флебэктомии.

## Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Тактика ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин с венозными тромбозами нижних конечностей // Вестник Кыргызско-Российского Славянского Университета.- 2008.- Т. 8, № 5.- С. 71-73. соавт. Носинов Э.М., Эшалиева А.С.

2. Диагностика и определение показаний к хирургическому лечению при варикотромбофлебите // Вестник Кыргызско-Российского Славянского Университета.- 2008.- Т. 8, № 5.- С. 74-76. соавт. Осмонов Т.А., Носинов Э.М.

3. Радикальное хирургическое лечение тромбоза варикозно расширенных подкожных вен у больных с варикозной болезнью // Хирургия Кыргызстана. - 2009. - № 2. - С. 16-20. соавт. Осмонов Т.А., Носинов Э.М.

4. Симультанные операции у больных с варикозной болезнью и варикоцеле // Хирургия Кыргызстана. - 2009. - № 2. - С. 20-24. соавт. Осмонов Т.А., Носинов Э.М.

5. Диагностика и хирургическое лечение хронической венозной недостаточности // Сборник статей Ежегодной научной конференции медицинского факультета КРСУ «Физиология, морфология и патология человека и животных в условиях Кыргызстана».- Вып. 9.- Бишкек: КРСУ, 2009.- С. 407-410. соавт. Осмонов Т.А., Носинов Э.М.

Соискатель \_\_\_\_\_ Жанбаев А.С.