

**Коломиец А.В.**

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СТАДИИ С6 И С6R**

*КНП «Хмельницкая областная больница» Хмельницкого областного совета  
г. Хмельницкий, Украина*

**Актуальность.** Трофические язвы приводят к ухудшению качества жизни пациентов и инвалидности трудоспособного населения и пожилых людей. Несмотря на значительный прогресс в методах диагностики и лечения хронической венозной недостаточности, трофические изменения и активные язвы регистрируют у 1-2% населения с частотой 1,48-3,05 на 1000 населения.

**Цель работы:** улучшить результаты хирургического лечения пациентов с хронической венозной недостаточностью в стадии С6 и С6R путем ускорения заживления активных трофических ран.

**Материалы и методы.** Оценены результаты лечения 97 пациентов с хронической венозной недостаточностью С6 (открытая трофическая рана) и С6r (рецидив открытой трофической раны) классом (СЕАР классификация). Пациенты для достоверной оценки полученных результатов были разделены на две группы: ретроспективную – 50 (51,55%), в которых проводилось классическое хирургическое лечение (перевязка перфорантных вен за Кокет, флебэктомия по Нарату) и проспективную – 47 (48,45%), у которых применено классическое хирургическое вмешательство (кроссэктомия+флебэктомия по Беккоку и/или Нарату) в комбинации с разработанным способом лечения трофических ран. А именно, после выполнения кроссэктомии и/или стриппинга ВПВ (короткого или длинного), субфасциальной перевязки пронзительной вены в области трофической язвы устанавливается подключичный катетер в вену, в которую происходил патологический рефлюкс («бомбардированную вену») с немедленным внутривенно. со скоростью 1 мг/мин в "бомбардированную" вену. Обязательным было проведение картографирования патологически измененных участков и маркировка для проведения операционного лечения. Послеоперационный мониторинг проводился через 1 месяц и 1 год после хирургического лечения. Результат оценивали при сопоставлении со шкалами VCSS, VDS, VSDS.

**Результаты исследований.** Средняя оценка клинической тяжести до операции (VCSS) равнялась в проспективной группе –  $(18,03 \pm 1,42)$  балла, анатомический счет (VSDS – сегментарный счет рефлюкса) составлял –  $(3,25 \pm 0,14)$  балла, физической активности (VDS) –  $(1,75 \pm 0,10)$  балла. Суммируя эти показатели средняя тяжесть заболевания составила (VSS) –  $(23,03 \pm 2,06)$  балла. Анализируя показатель средней тяжести заболевания (VCSS) в течение года наблюдения отмечено его значительное уменьшение через 1 месяц после проведенного хирургического лечения по собственной методике. Так

установлено, что уже через 3 месяца данный показатель уменьшился в этой группе в 2,62 раза, через полгода – 3,54 раза и через год после операции – в 5,68 раза ( $p \leq 0,001$ ). В обеих опытных группах среднее значение «количество активных ран» составляло до операционного лечения ( $1,89 \pm 0,06$ ) балла в проспективной группе и ( $1,92 \pm 0,08$ ) балла в ретроспективной, соответственно, что свидетельствовало о наличии в среднем около 2 активных ран у одного пациента. После проведенного лечения в проспективной группе наблюдалась быстрая динамика заживления раневых поверхностей после 1-3 месяца послеоперационного лечения.

**Выводы.** Благодаря применению собственно разработанного способа хирургического лечения пациентов с хронической венозной недостаточностью в стадии С6 и С6г удалось значительно сократить сроки заживления активных трофических ран после операционного лечения. Этот результат достигнут за счет таких эффектов, как противовоспалительный, антиноцептивный, антитромботический, антибактериальный, нейропротекторный.