

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ОСЛОЖНЁННОЙ ТРОФИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

*Небылицин Ю.С.¹, Хрыщанович В.Я.¹, Rogовой Н.А.¹,
Климчук И.П.², Нелипович Е.В.²*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко»²,
г. Минск, Республика Беларусь*

MANAGEMENT OF PATIENTS WITH VARICOSE VEIN DISEASE, COMPLICATED BY TROPHIC DISORDERS

*Nebylitsin Yu.S.¹, Khryshchanovich V.Ya.¹, Rogovoy N.A.¹,
Klimchuk I.P.², Nelipovich E.V.²*

*Belarusian State Medical University¹,
4th City Clinical Hospital named after. N.E. Savchenko²,
Minsk, Republic of Belarus*

Введение. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей (ХВН) представляет собой одну из важнейших проблем современного здравоохранения. В последние годы отмечается тенденция к росту заболеваемости ХВН у лиц трудоспособного возраста и количества осложненных форм заболевания, что приводит к формированию стойкой нетрудоспособности. Частота возникновения венозных трофических нарушений нижних конечностей у пациентов, не получавших специального лечения, достигает 90%. Таким образом, все исследования, направленные на разработку и внедрение современной тактики лечения указанной категории пациентов, являются актуальными.

Цель. Изучить результаты лечения пациентов с клиническими классами С4-С6 хронических заболеваний вен нижних конечностей после проведения оперативных вмешательств.

Материалы и методы. В исследование было включено 380 пациентов (мужчин – 209, женщин – 171) в период с 2017 г. по 2024 г. с диагнозом варикозная болезнь нижних конечностей (ВБ). Средний возраст пациентов составил $51,4 \pm 10,2$ (M $\pm\sigma$) лет.

Предоперационное обследование включало сбор анамнеза, в том числе получение информации о ранее выполненных операциях на венах, выявление клинических симптомов и признаков ВБ, ультрасонофлебографию нижних конечностей, клинико-этиологическую и анатомио-патологическую оценку по международной классификации CEAP.

По классификации CEAP пациенты распределились следующим образом: С4 – 269 (70,8%), С5 – 78 (20,5%), С6 – 33 (8,7%). Длительность заболевания варьировала от 5 до 20 лет. Применялись клинические, лабораторные и инструментальные (ультразвуковое дуплексное ангиосканирование) методы исследования.

Комплексное лечение включало консервативные методы (венотоники, эластическая компрессия, местное лечение трофической язвы) и хирургические вмешательства.

Операциями выбора являлись стриппинг, минифлебэктомия по Varady и эндовазальная лазерная коагуляция (ЭВЛК) стволов большой и малой подкожных вен (БПВ/МПВ), ЭВЛК перфорантных вен голени и бедра, лазерный дебридмент трофических язв, повторная обработка и ревизия устья БПВ/МПВ, аутовенозная окклюзия ствола БПВ на голени, эндовенозная механо-химическая облитерация (ЭМХО) с помощью устройства Flebogrif™. Стволовую ЭМХО выполняли в сочетании с минифлебэктомией или пенной склеротерапией боковых притоков.

ЭВЛК проводили аппаратом лазерным медицинским «Mediola-compact» (производитель ЗАО «Фотэк», Республика Беларусь). Применяли обработку язвенной поверхности лазерным лучом дальнего инфракрасного диапазона с длиной волны 1560 нм в бесконтактном постоянном режиме и рассеиванием луча за счет отдаления его от поверхности на 2–4 мм до образования на поверхности язвенного дефекта белесоватого струпа. После окончания лазерного дебридмента, и в дальнейшем ежедневно, струп обрабатывали раствором йода. В большинстве случаев практиковали открытое ведение язв, что сокращало количество используемых перевязочных средств.

Результаты и обсуждение. Особенности лечения пациентов в отделении краткосрочного пребывания включают отсутствие возможности длительной предоперационной подготовки, проведения обширных травматических оперативных вмешательств и дорогостоящих исследований при мониторинге состояния пациента. При выборе лечения были исключены пациенты с выраженной сопутствующей и тяжелой венозной патологией: посттромботическим синдромом, врожденными сосудистыми мальформациями, лимфовенозной недостаточностью, трофическими язвами больших размеров (в том числе в фазу экссудации), трофическими язвами смешанного генеза.

Объем вмешательства определяли индивидуально в зависимости от выявленных патологических рефлюксов и нарушений гемодинамики. В исследовании пациентам были выполнены следующие оперативные вмешательства: стриппинг – 39, стриппинг (короткий или средний)+аутовенозная окклюзия ствола БПВ на голени – 4, ЭВЛК – 266, ЭМХО с использованием комплекта Flebogrif – 12, повторная обработка устья – 17, минифлебэктомия/локальная флебэктомия – 42, лазерный дебридмент трофических язв (дополнялся другими методами) – 23. Следует отметить, что выполнение операций при трофических нарушениях мягких тканей технически проводить более сложно и отмечается более высокий риск развития осложнений. Так, в послеоперационном периоде наблюдали рецидив варикозной болезни в 7 случаях, нагноение ран – в 9 наблюдениях, рожистое воспаление (эритематозная форма) – у 1 пациента, термический

ожог кожи – в 1 случае, лимфорею – у 4 пациентов, гематому – в 24 наблюдениях, парестезии – в 15 случаях.

Исследование показало, что проведение оперативных вмешательств у пациентов с ВБ, осложненной трофическими нарушениями, должно носить индивидуальный и комплексный характер и быть направлено на коррекцию имеющихся гемодинамических нарушений, а также купирование клинических симптомов и трофических расстройств.

Выводы.

1. При выборе тактики лечения пациентов с варикозной болезнью, осложненной трофическими нарушениями, в условиях хирургического отделения краткосрочного пребывания необходимо оценивать состояние пациента (сопутствующую патологию), наличие трофической язвы и ее характеристики (фазу воспаления, площадь, длительность существования).

2. Оперативные методы лечения должны быть направлены на ликвидацию патологического сброса, патогенетически обоснованными и с минимальным повреждением тканей.

3. Применение лекарственных средств, обладающих вентонизирующим действием, улучшающих реологические свойства крови и метаболизм тканей, в комплексном лечении способствует более быстрому, по сравнению со стандартным лечением, регрессу клинических симптомов.