



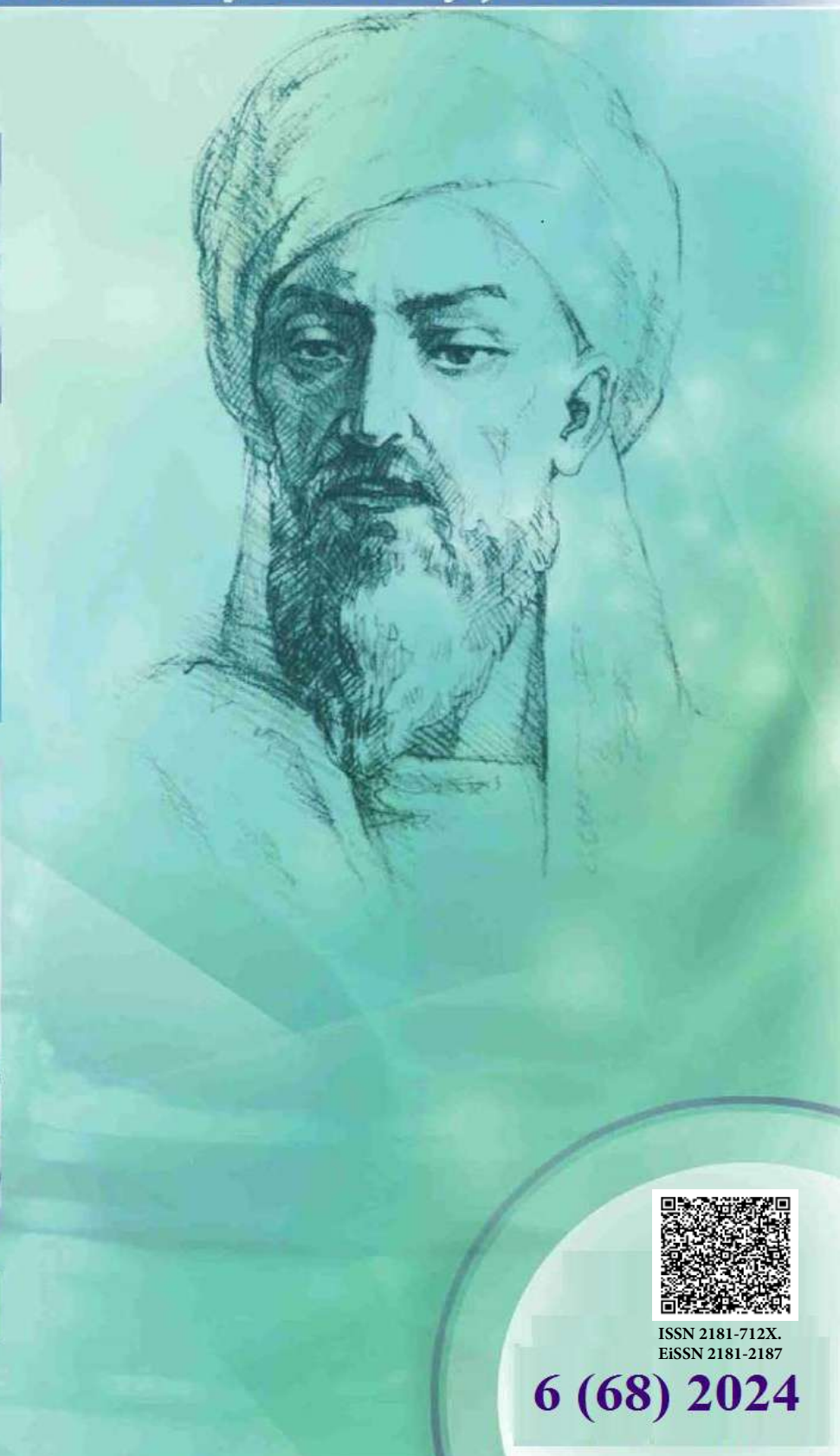
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

6 (68) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

6 (68)

2024

Июнь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616-089-035.2 - 617.58-002.44- 616.14-08

РОЛЬ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ФЛЕБОГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Хамдамов У.Р. <https://orcid.org/0009-0009-6511-0060>
Абдурахманов М.М. <https://orcid.org/0000-0001-8394-5453>

¹Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

²Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи
Узбекистан, г. Бухара, ул. Б.Накшбанди, 159 Тел: +998 (65) 2252020
e-mail: bemergency@bukhara.uzsci.net

³Современная флебологическая клиника «VARIKOZ OFF-BUHORO» Узбекистан,
г. Бухара, ул. Б.Накшбанди, 155/12 e-mail: hur-surg@mail.ru

✓ Резюме

В данной статье представлен опыт комплексного лечения трофических язв венозной этиологии путем эндовенозной лазерной коагуляции большой подкожной вены и её притоков, перфорантных вен голени у 52 пациентов. Рассмотрены особенности техники проведения лазерной коагуляции. 26 пациентам была выполнена аутодермопластика, у которых мы отметили у 23 полное приживление трансплантатов, а у 3 - на 60-70%. Полученные результаты позволяют сделать вывод, что эндовенозная лазерная коагуляция пораженных вен — надежный, а иногда и единственно возможный метод. Его применение значительно уменьшает операционную травму, определяет низкий процент послеоперационных осложнений и сокращает длительность пребывания больного в стационаре.

Ключевые слова: хроническая венозная недостаточность, эндовенозная лазерная коагуляция, трофическая венозная язва, аутодермопластика.

VENOZ ETIOLOGIYASI TROFIK YARALARINI DAVOLASHDA FLEBOGEMODINAMIK BUZULISHLARNI TUZATISH UCHUN MINIMAL INVAZIV JARROHLIK USULLARNING O'RNI

Hamdamov U.R. <https://orcid.org/0009-0009-6511-0060>
Abduraxmanov M.M. <https://orcid.org/0000-0001-8394-5453>

¹Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro, A. Navoiy ko'chasi.
1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

²Respublika Shoshilinch Tibbiy Yordam Ilmiy Markazi Buxoro filiali O'zbekiston, Buxoro, B.
Naqshbandi ko'chasi, 159 Tel: +998 (65) 2252020 e-mail: bemergency@bukhara.uzsci.net

³«VARIKOZ OFF-BUHORO» zamonaviy flebologiya klinikasi, O'zbekiston, Buxoro, st. B.
Naqshbandi ko'chasi, 155/12 e-mail: hur-surg@mail.ru

✓ Rezume

Ushbu maqolada venoz etiologiyali trofik yarali 52 nafar bemorda katta teri osti venasi va uning tarmoqlarining endovenoz lazer koagulyatsiyasi, boldir perforant venalarini kompleks davolash natijalari keltirilgan. Lazer koagulyatsiyasi texnikasining xususiyatlari ko'rib chiqilgan. 26 bemorda autodermostastika o'tkazildi, ulardan 23 tasida transplantant to'liq bitishi, 3 tasida esa jarohatning bitishi 60-70% qayd etilgan. Olingan natijalar tomirlarning endovenoz lazer koagulyatsiyasi ishonchli, ba'zan esa yagona mumkin bo'lgan usul degan xulosaga kelishimizga imkon beradi. Uni qo'llash jarrohlik travmasini sezilarli darajada kamaytiradi, operatsiyadan keyingi asoratlarning past foizini ko'rsatadi va bemorning kasalxonada qolish muddatini qisqartiradi.

Kalit so'zlar: surunkali venoz etishmovchilik, endovenoz lazer koagulyatsiyasi, trofik venoz yara, autodermostastika.



MINI-INVASIVE SURGICAL TECHNIQUES FOR CORRECTING PHLEBOHEMODYNAMIC DISORDERS IN MANAGEMENT OF TROPHIC ULCERS OF VENOUS ETIOLOGY

Hamdamov U.R. <https://orcid.org/0009-0009-6511-0060>
Abdurakhmanov M.M. <https://orcid.org/0000-0001-8394-5453>

¹Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

²Bukhara branch of the Republican Research Center for Emergency Medicine
Uzbekistan, Bukhara, st. B. Naqshbandi, 159 Tel: +998 (65) 2252020
e-mail: bemergency@bukhara.uzsci.net

³Modern phlebological clinic "VARIKOZ OFF-BUHHORO"
Uzbekistan, Bukhara, st. B. Naqshbandi, 155/12 e-mail: hur-surg@mail.ru

✓ Resume

This article presents the experience of integrated management of chronic ulcers of venous etiology by endovenous laser ablation of the vena saphena magna and its tributaries, the lower leg perforated veins in 52 patients. The details of the laser ablation procedure were described. 26 patients underwent skin grafting. The outcomes of this surgery were following: 23 patients demonstrated complete engraftment and 3 patients reached 60 - 70% of the outcome desired. The results suggest that endovenous laser coagulation of the affected veins is a reliable and sometimes the only possible technique. This approach considerably reduces surgical trauma, is characterized by low rate of postoperative complications, and reduces the duration of hospital stay.

Key words: chronic venous insufficiency, endovenous laser ablation, trophic venous ulcer, skin grafting.

Актуальность

Трофические язвы, возникающие в нижних конечностях вследствие нарушения венозной гемодинамики, — предмет постоянных научных поисков оптимальных путей решения лечения таких больных.

Независимо от формы хронической венозной недостаточности (ХВН) (варикозная болезнь (ВБ), посттромбофлебитический синдром (ПТФС), врожденные мальформации сосудов) в основе нарушения трофики кожи и развития язв лежит венозная гипертензия. Вследствие венозной гипертензии запускается целый каскад патологических реакций, которые приводят к нарушению барьерной функции кожи, повреждению ее слоев и дальнейшим некрозам мягких тканей, и массивным экссудативным процессам. В дальнейшем происходит быстрая бактериальная контаминация трофической язвы (ТЯ), которая в ряде случаев может приобретать генерализованный характер [2, 3].

Все виды оперативного лечения направлены на устранение вертикального и/или горизонтального рефлюкса. Наличие горизонтального сброса — наиболее важный фактор возникновения трофических нарушений при венозной патологии нижних конечностей. Причем существует характерная зависимость: чем ниже горизонтальный сброс, тем сложнее коррекция патологии. В связи с этим многие оперативные вмешательства, применяемые при лечении неосложненных форм ВБ, имеют существенные ограничения при трофических язвах, что обусловлено высоким травматизмом мягких тканей голени, высокой вероятностью осложнений (нагноение, некроз кожи и клетчатки), длительными сроками нетрудоспособности, существенными экономическими затратами. Иногда операция, предложенная Линтоном, просто невыполнима из-за гигантских трофических нарушений в виде язв и поражения кожных покровов [1].

Ни один из хирургических методов лечения осложненных форм хронической венозной недостаточности не может претендовать на радикальность. Хирургическое лечение должно быть комплексным, ориентированным на изолированное воздействие на сегменты пораженной вены. Для достижения этой цели важно внедрение малотравматичных или малоинвазивных вмешательств.

Эндовенозная лазерная коагуляция (ЭВЛК) магистральных подкожных и перфорантных вен предложена в качестве альтернативы классическому хирургическому лечению венозной гипертензии. Данная процедура приводит к окклюзии сосуда в 96-98% случаев, что является хорошим результатом по сравнению с классической операцией [4-8].

Цель исследования: Целью данного исследования явилось определение эффективности эндовенозной лазерной коагуляции в лечении венозных трофических язв нижних конечностей.

Материал и методы

В 2021-2024 гг. в клинике Бухарского филиала РНЦЭМП и частной клинике «VARIKOZ OFF-BUHORO» прооперировано 52 пациента с трофическими язвами нижних конечностей.

Распределение больных по полу и возрасту выглядело следующим образом: мужчин - 13 (25%), женщин - 39 (75%). По возрасту больные распределились следующим образом: до 39 лет было 8 (8,3%) пациентов, 40-49 лет - 18 (27,8%), 50-59 лет - 20 (34,7%), 60-69 лет - 4 (20,8%), старше 70 лет - 2 (8,3%) больных.

Размеры и локализация язв были различными: до 1 см² у 18 больных, до 5 см² - у 2, до 25 см² - у 10, до 100 см² - у 7 и более 100 см² - у 6. У 2 пациентов циркулярные язвы захватывали до половины площади голени.

При площади трофической язвы от 25 см² и более, сопровождающейся экссудацией и некрозом, возникали определенные трудности при подготовке раневых поверхностей, но они не влияли на выполнение оперативного вмешательства.

Всем пациентам при обследовании выполнялось ультразвуковое дуплексное ангиосканирование вен (УЗДАСВ), при котором производилась маркировка перфорантных вен. Во всех случаях выявлена несостоятельность перфорантных вен заднемедиальной группы, являющихся наиболее значимыми в патогенезе трофических язв. Диаметр их составлял 2,5-5,0 мм. Количество несостоятельных перфорантов колебалось от 2 до 5. Из дополнительных методов исследования выполнялись клинические анализы крови и мочи, коагулограмма, биохимические показатели крови, ЭКГ с заключением терапевта.

Для эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК) применялся аппарат лазерной коагуляции «Лахта Милон» (Россия), работающий в трех режимах лазерного излучения – нормальном, модулированном и периодическом с длиной волны 1470 нм.

Результат и обсуждение

Оперативное вмешательство в большинстве случаев (49, 94,2%) проводилось под тумесцентной анестезией, 3 (5,8%) - под спинномозговой. ЭВЛК подвергались стволы магистральных подкожных вены в 100% случаев, большая подкожная вена (БПВ) на всем протяжении – у 38 пациентов (73%), БПВ только на бедре — у 4 (7,6%), БПВ на бедре и средней трети голени – 10 (19,2%), малая подкожная вена (МПВ) — у 10 (11,5%). При поражении притоков магистральных подкожных вен на бедре и голени выполнялась минифлебэктомия по Мюллеру-Варади, перфорантные вены на голени лигировались в 100% случаев.

Техника оперативных вмешательств. На начальном этапе проводилась пункция ствола большой подкожной вен в нижней точке рефлюкса. Диаметр ствола не служил критерием противопоказания для ЭВЛА.

ЭВЛК магистральных большой подкожной вен вен. Выделяют несколько вариантов ее выполнения:

1) Антеградная ЭВЛК выполнялась во всех случаях. У внутренней лодыжки пунктировался ствол магистральной большой подкожной вены. Просвет вены вводился интродьюсер, через него в проксимальном направлении вводился световод до сафено-фemorального соустья, с последующим позиционированием световода на 2 см дистальнее остиального клапана. Зажим снимался и выполнялась коагуляция по описанной выше методике;

2) ЭВЛК только на бедре и средней трети голени (10 пациентов). Подобные вмешательства выполнялись в тех случаях, если имелась облитерация БПВ на голени. При этом пунктировалась большая подкожная вена в верхней трети

голень, дистальная ее часть лигировалась. Выполнялась стандартная для БПВ методика ЭВЛК.

ЭВЛК перфорантных вен. На расстоянии 4-5 см от отмеченного на УЗИ перфоранта производилась пункция. Подфасциально в перфорант вводилась игла с широким просветом. Нахождение иглы в просвете контролировалось

интраоперационным УЗИ, а также поступлением крови. Через иглу проводился световод и осуществлялась коагуляция перфоранта (мощность 0,8 Вт). Подобные операции выполнялись в 100% случаев. Количество перфорантных вен, обнаруженных и подвергнутых лазерной коагуляции, колебалось от 2 до 5.

Минифлебэктомия притоков БПВ и МПВ на голени и бедре выполнялась по стандартной методике: из отдельных проколов кожи на бедре и голени варикозные притоки удаляются микрофлебэктомическим крючком и перевязываются. Швы не накладываются, края проколов стягиваются пористым пластырем.

Продолжительность выполнения ЭВЛК - 20-30 мин в зависимости от количества обрабатываемых притоков, перфорантов.

Трофические язвы были у 46 больных (88,1%), но к моменту операции у 5 пациентов язвы зажили. В 14 наблюдениях закрытия язвенных дефектов не требовалось из-за их малых размеров (от 3 до 5 см²). Дерматомная пластика язв голени расщепленным кожным лоскутом выполнена 26 пациентам (50%). Язвенный дефект перед пластикой подвергался хирургической обработке: кюретаж раны, со дна убирались избыточные грануляционные и рубцовые ткани до появления хорошего капиллярного кровотока. Методика пластики стандартная: заготовка трансплантата безопасным лезвием на бедре, перфорация, размещение на дефекте, фиксация с помощью повязки «Branolind» (Германия). Пересаженный трансплантат закрывался марлевыми шариками, обильно пропитанными раствором антисептика. После завершения операции осуществляли эластическое бинтование голени и бедра пациента на сутки.

Если не выполнялась дерматомная пластика, пациентам разрешалось вставать на следующий день. В остальных случаях соблюдался постельный режим в течение 3 суток.

Средняя длительность лечения после операции: без пластики - $7,1 \pm 1,8$ дня; с пластикой $12,2 \pm 2,6$ дня. При выписке продолжалась адекватная компрессионная терапия в течение 2-3 мес., рекомендовался прием венотоников.

С целью оценки эффективности ликвидации рефлюксов всем пациентам перед выпиской выполняли ультразвуковое ангиосканирование. Ни в одном случае рефлюкс не установлен. Болевой синдром исчезал на следующие сутки у всех пациентов, отеки мягких тканей не отмечены.

После операции наблюдалось уменьшение местных воспалительных проявлений вокруг трофических язв. Язвенные поверхности у тех пациентов, у которых не производилось закрытие дефектов аутоотрансплантатами, очень быстро очищались, и начинался активный рост грануляционной ткани.

Через месяц у всех больных язвы зажили. Аутодермопластика выполнена 26 пациентам (50%). Полное приживание трансплантатов (в зависимости от размеров) наступило у 23 (88,5%) из них, у 3 пациентов - на 60 - 70%. Через год осмотрено 36 пациентов (30,7%) Всем им произведены контрольные УАС. Во всех случаях рефлюкс по перфорантным венам не установлен, реканализация БПВ и МПВ не наступила. Трофические изменения кожи и явления дерматосклероза значительно уменьшились. В одном случае на месте циркулярной язвы голени (после выполненной дермопластики сохранялся язвенный дефект размером 3х6 см.

Средняя длительность пребывания больных в стационаре составила $13,3 \pm 2,3$ дня, в том числе предоперационный период - $2,4 \pm 3,1$, послеоперационный - $10,9 \pm 1,2$ дня.

Выводы

1. ЭВЛК пораженных вен является эффективным способом комплексного хирургического лечения трофических язв при хронической венозной недостаточности.

2. ЭВЛК не только малотравматична, но и позволяет выполнить операцию в ситуациях, когда открытая перевязка перфорантных вен невозможна из-за наличия обширных (циркулярных) трофических язв.

3. Применение ЭВЛК позволяет существенно уменьшить операционную травму; избежать риска гнойно-некротических осложнений; в три раза сократить длительность оперативного вмешательства и в два раза — продолжительность пребывания больных в стационаре.

Перспективы дальнейших исследований заключаются в разработке эффективного способа санации инфицированных трофических язв перед выполнением операций, направленных на коррекцию венозных гемодинамических расстройств нижних конечностей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Шевченко Ю.Л. Лазерная облитерация подкожных вен в лечении варикозного расширения подкожных нижних конечностей / Ю.Л. Шевченко, К.В. Лядов, Ю.М. Стойко Ю. М. [и др.] // Хирургия. 2018;1:9-12.
2. Ашера Э. и др. Сосудистая хирургия по Хаймовичу: руководство для врачей / [Э. Ашера, А.В. Покровский, А.И. Кириенко и др.] / Под ред. А.В. Покровского; перевод с англ. / М. : Бином. Лаборатория знаний, 2012; 685 с.
3. Кириенко А.И. Эндовазальная лазерная облитерация большой подкожной вены при варикозной болезни / А.И. Кириенко, В.Ю. Богачев, И.А. Золотухин [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. 2021;1:1-6.
4. Carradice D. Randomized clinical trial of endovenous laser ablation compared with conventional surgery for great saphenous varicose veins / D. Carradice, A. Mekako, F. Mazari [et al.] // Br. J. Surg. 2021;98:501-510.
5. Amir O. Stratification of highest-risk patients with chronic skin ulcers in a Stanford retrospective cohort includes diabetes, need for systemic antibiotics, and albumin levels / O. Amir, A. Liu, A.L.S. Chang // Ulcers. 2022; Article ID 767861. - 7 p.
6. Soares M. Cost effectiveness analysis of larval therapy for leg ulcers / M. Soares, C. Iglesias, M. Bland [et al.] // BMJ. 2019;338.
7. van Gent W.B. Management of venous ulcer disease / W.B. van Gent, E.D. Wilschut, C. Wittens // The British Medical Journal. 2020;341:1092-1096.
8. Viarengo L.M. Endovenous laser treatment for varicose veins in patients with active ulcers: measurement of intravenous and perivenous temperature during the procedure / L.M. Viarengo, G. Si. Riterio-FilhoPuteria [et at.] // Dermatol. Surg. 2021;33(10):1234-1242.

Поступила 20.05.2024