

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ  
ИМ. АКАД. М.А.ТОПЧУБАШЕВА

*На правах рукописи*

**ТЕЙРАН АЗЕР ГЫЗЫ ШАМСАДДИНСКАЯ**

**СКЛЕРОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ  
ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ  
НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

3213.01 – Хирургия

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**

диссертации на соискание ученой степени  
доктора философии по медицине

Баку – 2015

Работа выполнена в Научном Центре Хирургии им. акад.  
М.А.Топчубашева и Специализированном Ангиологическом Центре

**Научный руководитель:**

Действительный член Академии Наук  
Азербайджанской Республики, д.м.н.,  
профессор

**Б.А.Агаев**

**Официальные оппоненты:**

доктор наук по медицине, профессор

**Н.С.Абушев**

доктор наук по медицине, профессор

**М.М.Керимов**

**Ведущее учреждение:** Азербайджанский Государственный Институт  
Усовершенствования Врачей им. А.Алиева, кафедра общей хирургии-I

Защита состоится «26\_» \_05\_\_2015 года в \_\_\_\_ часов на заседании  
Диссертационного Совета FD03.061 при Научном Центре Хирургии  
им. акад. М.А.Топчубашева МЗ Азербайджанской Республики.

Адрес: Az1122, г. Баку, ул. Шарифзаде, 196 (конференц-зал)

С диссертацией можно ознакомиться в научном отделе Научного  
Центра Хирургии им. акад. М.А. Топчубашева

Автореферат отправлен «\_\_» \_\_\_\_\_2015 года

Ученый секретарь

Диссертационного Совета FD03.061,  
доктор наук по медицине

**И.Л.Кязимов**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы.** Хронические заболевания вен (ХЗВ)-самая частая патология периферических сосудов, поражающая до 20-60% популяции человека, имеющая тенденцию к ежегодному увеличению (Савельев В.С. 2001; Богачев В.Ю. 2010; Кириенко А.И. и соавт. 2012., Bergan J.J., et al., 2006; Eklof B. et al. 2009; Qlovizcki P.et al., 2011; Comerota A.J., 2011).

Лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей (ХВННК) до настоящего времени остается актуальной задачей флебологии, является серьезной социально-экономической проблемой в связи с широкой распространенностью, частой потерей трудоспособности и значительным снижением качества жизни пациентов (Покровский А.В. и соавт. 2003; 2006; Савельев В.С. и соавт. 2007; Расмуссен и соавт. 2010; Nicolaides A.N. et al., 2008, Qlovizcki P.et al., 2009; Comerota A.J., 2010; 2011; Rabe E. et al. 2012).

По данным ВОЗ 12,5% трудоспособного населения с венозной патологией являются инвалидами. В индустриально развитых странах ежегодные суммарные затраты на лечение ХЗВ составляют от 1% до 3% от общего бюджета здравоохранения (Nelzen O. 2007, Nicolaides A.N. 2009; Jawen A. 2009).

Основным звеном в хирургическом лечении ХВННК является устранение патологического вено-венозного сброса по несостоятельным венам, а также нивелирование патологически измененных подкожных вен (Савельев В.С. и соавт. 2007; Алам М. и соавт. 2009; Qlovizcki P.et al., 2009; Ramelet A.A.et al, 2009).

Частота рецидива заболевания, имеет тенденцию к увеличению и колеблется в общехирургических стационарах от 15% до 80%, в специализированных сосудистых отделениях в пределах 4% - 10% от общего числа оперированных больных, общее же количество послеоперационных осложнений составляет 44-58% (Гавриленко А.В. и соавт. 2008; Касьян Д.А. и соавт. 2010; Шевченко Ю.Л. и соавт. 2010; Perrin M. et al, 2011).

Исследование параметров качества жизни (КЖ) показало ее прямую зависимость с серьезностью венозного заболевания, что ассоциируются увеличением боли, уменьшением физической активности, нарастанием возрастной депрессии и социальной изоляции (Соколов А. Л. и соавт. 2011; Шайдаков Е.В. и соавт. 2011; Кириенко А.И. и

соавт., 2012; Eberhard R.T. et al. 2005; 2012; Nichibe T. et al. 2009; Mansilha A. 2011).

Отдаленные результаты только одной интраоперационной склеротерапии варикозных магистральных подкожных вен не удовлетворяют пациентов и флебохирургов (Константинова Г.Д. и соавт. 2007; Шевченко Ю.Л. и соавт. 2013).

Наличие новых склерозирующих препаратов, развитие техники склерозирования склоняют специалистов к комбинированным методам лечения ХВННК (Покровский А.В. и соавт. 2008; Рамеле А.-А. и соавт. 2008; Расмуссен Т.Е. и соавт. 2010; Кириенко А.И. и соавт. 2013; Eklof B. et. al. 2009).

Таким образом, лечение ХВННК является трудной, динамически развивающейся задачей. Однако в научной литературе нет четких показаний к месту и времени применения метода микросклеротерапии при выполнении различных традиционных венозных операций, затруднен выбор адекватных лечебных мероприятий при различных формах и стадиях ВБНК, недостаточно изучена роль ультразвукового обследования, а также вопросы фармакологической и психологической подготовки пациентов до - и после различных лечебных процедур.

**Цель работы:** Оценить эффективность применения пункционной компрессионной микросклеротерапии (ПКМС) в комплексном лечении пациентов хронической венозной недостаточностью нижних конечностей (ХВННК) различных клинических классов (СЕАР- С<sub>0</sub>-С<sub>6</sub>, класс S) и его влияние на качество жизни.

**Задачи исследования:**

1. Оптимизировать методику дифференцированного исследования венозной гемодинамики ХВННК при помощи сочетанного ультразвукового дуплексного ангиосканирования с цветовым картированием потока крови и спектральной доплерографии.

2. Уточнить показания и сроки выполнения пункционной компрессионной микросклеротерапии (ПКМС) у пациентов ХВННК клиническими классами С<sub>1</sub>-С<sub>6</sub> (S) по СЕАР классификации.

3. Изучить в сравнительном аспекте результаты интраоперационного выполнения ПКМС и его применение в отдаленном периоде после традиционных венозных оперативных вмешательств у пациентов клиническими классами С<sub>2</sub>-С<sub>6</sub> (S) по СЕАР классификации.

4. Провести комплексную оценку результатов лечения всех пациентов на основе физикального осмотра, динамики маллеолярной

окружности (МО), комбинированного УЗ-исследования, шкалы тяжести заболевания (VCSS), качества жизни (КЖ) по интегральному опроснику CIVIQ-20.

5. Определить действие препарата - антидепрессанта «Феварин» (Германия) на психическое состояние пациентов после различных лечебных мероприятий.

**Научная новизна:**

- Проведенное комплексное обследование позволило разработать адекватную тактику лечения пациентов различными клиническими классами ХВННК: (C<sub>1</sub>-C<sub>6</sub>, S, CEAP) с применением пункционной компрессионной микросклеротерапии (ПКМС).

- Впервые рекомендовано интраоперационное сочетание ПКМС варикозных венозных сосудов малого диаметра (до 4-х мм) после традиционной хирургии для улучшения функционального, и косметического результатов лечения выраженных форм ХВННК.

- Дана сравнительная оценка интраоперационного применения ПКМС и его выполнения в различные сроки после традиционных венозных оперативных вмешательств на нижних конечностях, доказано его очевидное преимущество.

- Выявлены оптимальные критерии оценки результатов лечения в комплексном динамическом использовании измерения маллеолярной окружности (МО), комбинированного УЗ-обследования, шкалы тяжести заболевания (VCSS), и интегрального опросника качества жизни (CIVIQ-20).

- Обобщение фактического материала показало эффективность фармакотерапии препаратами «Детралекс» (Франция) и «Феварин» (Германия) у пациентов ХВННК различными клиническими классами по классификации CEAP.

**Практическая значимость работы.** Комбинированное ультразвуковое обследование (УЗАС с спектральной доплерографией) позволило выявить особенности венозной гемодинамики нижних конечностей пациентов ХВННК различных клинических классов (CEAP), уточнить показания к тактике лечения пациентов.

- Доказана эффективность пункционной компрессионной микросклеротерапии (ПКМС) в лечении ХВННК различных клинических классов (CEAP); его сравнительное преимущество в интраоперационном применении после завершения различных традиционных венозных операций. Их сочетанное применение одновременно улучшает функциональные и косметические результаты лечения

пациентов, что соответствует современным предъявляемым требованиям.

- Этот вид лечебных процедур (ПКМС) должен выполняться при отсутствии или только после ликвидации всех патологических рефлюксов, как в поверхностной, так и в глубокой венозной системе.

- Фармакотерапия с назначением препаратов «Детралекс» (Франция) и «Феварин» (Германия) по общепринятой схеме оказывает значительный эффект проведенным лечебным мероприятиям пациентам ХВННК различными клиническими классами (СЕАР).

**Внедрение результатов работы.** Результаты работы внедрены в клиническую практику Специализированного Ангиологического Центра МЗ АР, Научного Центра Хирургии им. акад. М.А.Топчубашева.

#### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Комбинированное ультразвуковое ангиосканирование с спектральной доплерографией является адекватным методом обследования венозной гемодинамики нижних конечностей при ХВННК всех клинических классов (СЕАР). Полученные данные определяют индивидуальную лечебную тактику и служат наиболее объективным контролем результатов комплексных лечебных мероприятий.

2. Клинические проявления начальных форм хронической венозной недостаточности нижних конечностей (ХВННК): венозные притоки немагистрального характера (ВПНХ), варикозные ретикулярные вены (ВРВ), телеангиэктазии (ТАЭ), практически встречаются при всех клинических классах и, в основном, не исчезают после выполнения традиционных оперативных вмешательств (высокое лигирование соустьев БПВ и/или МПВ, сафенэктомия и/или, флебэктомия МПВ, больших варикозных притоков, перевязка несостоятельных перфорантных вен и т.д.). Их наличие после хирургии не удовлетворяет современным косметическим требованиям. Пункционная компрессионная микросклеротерапия (ПКМС) является оптимальным методом выбора для их облитерации.

3. Интраоперационное выполнение пункционной компрессионной микросклеротерапии (ПКМС) после завершения различных традиционных венозных операций на нижних конечностях вен немагистрального характера (ВПНХ), варикозных ретикулярных вен (ВРВ) и телеангиэктазий (ТАЭ) положительно сказывается на результатах комплексного лечения заболевания: ПКМС выполняется безболезненно, в стерильных условиях, не приводит к выраженным осложнениям, уменьшает операционную травму и предотвращает повторное

обращение пациента в клинику для улучшения косметического состояния оперированной конечности. Сочетание хирургических вмешательств и ПКМС позволяет максимально реализовать положительные стороны обеих методов.

4. Качество жизни (КЖ) пациентов ХВННК клинических классов С<sub>2</sub>-С<sub>6</sub> (S) (СЕАР), которым ПКМС выполнялась интраоперационно для ликвидации венозных сосудов малого калибра, повышается в большей степени, чем у аналогичных пациентов, которым ПКМС применялась в отдаленном послеоперационном периоде.

5. Предложенная фармакологическая поддержка до и после лечебных мероприятий пациентов ХВННК всех клинических классов (СЕАР) венотоником «Детралекс» (Франция) и антидепрессантом «Феварин» (Германия) с применением компрессионной терапии способствует значительному улучшению их клинического и психического состояния.

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 16 научных трудов. Из них были 10 статей и 6 тезисов.

#### **Апробация диссертации.**

Результаты исследования были доложены и обсуждены на Международном конгрессе хирургов (Москва, 2003), на конференции, посвященной 80-летию Н.М.Шамсадинской (Баку, 2006), на XI Международном конгрессе хирургов и гастроэнтерологов (Баку, 2008), на XII Международном конгрессе хирургов и гастроэнтерологов (Баку, 2011) и на заседании Апробационной комиссии Диссертационного совета FD03.061 при НЦХ им. акад. А.М.Топчибашева (22 ноября, 2014).

**Структура диссертации.** Диссертация состоит из введения, 3-х глав, заключения, практических рекомендаций и литературного списка, включающего 297 источников. Диссертация иллюстрирована 35 рисунками и 30 таблицами.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ**

**Общая характеристика клинических наблюдений.** В основу работы положен анализ обследования и лечения 208 пациентов. Среди них 51 (24,5%) мужского и 157 (75,5%) женского пола, в возрасте от 10 до 73 лет (средний возраст 45,7), находившихся на лечении в отделении микро и пластической хирургии Научного Центра Хирургии

им. акад. М.А.Топчубашева и в Специализированном Ангиологическом Центре с 2006-2013 гг. с ХВННК различными клиническими классами (СЕАР - C<sub>0</sub>-C<sub>6</sub>, S). Большую часть составили пациенты в возрасте от 30 до 50 лет (51,74%). Соотношение мужчин и женщин было 1:3,6.

Длительность заболевания составляла от 1 до 47 лет. Основными причинами, ускоривших развитие заболевания, женщины выделяли наследственность, беременность и роды (112- 71,3%) мужчины - наследственность, тяжелую физическую и статическую нагрузки (40; 78,4%).

У пациентов среди сопутствующих заболеваний наиболее часто встречались гипертоническая болезнь (54- 26%), ожирение (31- 15%).

По СЕАР классификации большую часть составили пациенты ХВННК клиническими классами: C<sub>1</sub> (59-28,3%) (S); C<sub>3</sub> (40-19,2%) (S); C<sub>4</sub> (85-40,8%) (S) (рис.)

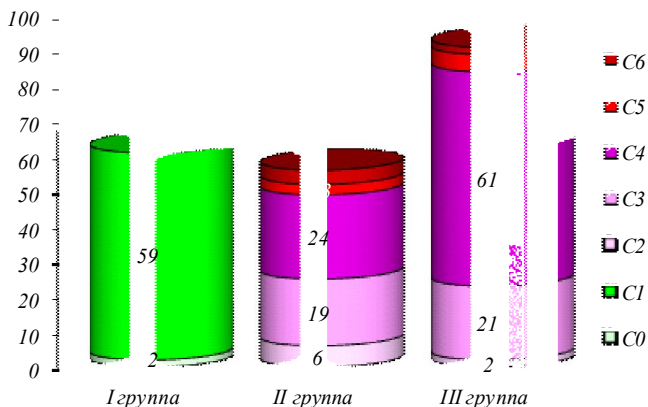


Рис. Исследуемые группы в клинических классах по СЕАР классификации

В 14 (6,72%) случаях отмечались выраженные трофические изменения кожи (гиперпигментация, липодерматосклероз); у 6 (2,9%) пациентов - трофические язвы.

В первую группу (61- 29,3%) вошли пациенты с начальными проявлениями ХВННК (ретикулярный варикоз, телеангиэктазии); по



СЕАР классификации C<sub>0</sub>-C<sub>1</sub> (A,S) класс. Этим пациентам проводилась пункционная компрессионная микросклеротерапия (ПКМС) в амбулаторных условиях. Средний их возраст 34,6 лет.

Во II группу были включены 56 (29,6%) пациентов с диагнозом: хроническая венозная недостаточность нижних конечностей (ХВННК), C<sub>2</sub>-C<sub>6</sub> класс (S), по СЕАР классификации. Средний возраст составил 43,4 года. В основном, класс C<sub>4</sub> S (24- 42%). Этим пациентам наряду с традиционными оперативными вмешательствами (высокое лигирование сафенофemorального и/или сафенопоплитеального соустьев, сафенэктомия и/или флебэктомия МПВ с расширенными венозными притоками, перевязка несостоятельных перфорантов бедра, голени и т.д.) интраоперационно проводилась пункционная компрессионная микросклеротерапия (ПКМС) венозных притоков немагистрального характера (ВПНХ), диаметром не более 4 мм, варикозных ретикулярных вен (ВРВ), а также телеангиэктазий (ТАЭ).

Третью группу (контрольную) составили 91 (43,8%) пациент идентичные 2-й группе. Из-за неудовлетворенности косметическими результатами традиционной хирургии, ПКМС им была выполнена в послеоперационном периоде, по мере обращения.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Наряду с общепринятыми клиническими анализами всем 208 пациентам проводились:

1.ультразвуковые методы обследования – ультразвуковое ангиосканирование с цветовым картированием потока крови и спектральной доплерографией;

2.определение клинической выраженности ХВННК с помощью шкалы VCSS (Venous Clinical Severity Score);

3.измерение маллеолярной окружности до – и после лечения у пациентов ХВННК, класс C<sub>4</sub>-C<sub>6</sub> S (СЕАР);

4.исследование качества жизни (КЖ) с помощью усовершенствованного опросника CIVIQ-20;

5.статистическая обработка результатов исследования с помощью параметрического критерия- t Стьюдента, а также непараметрического критерия – Уилкоксона (Манна-Уитни).

## ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Настоящее исследование проведено для определения эффективности пункционной компрессионной микросклеротерапии (ПКМС) в лечении пациентов ХВННК различными клиническими классами (СЕАР С<sub>1</sub>-С<sub>6</sub>, S) и его влияние на качество жизни (КЖ) путем повышения уровня дооперационного обследования и оптимизации компрессионной, медикаментозной терапии.

В I группе (n=61) пациентов комбинированное УЗИ-обследование не выявило гемодинамических нарушений со стороны венозных сосудов нижних конечностей.

59 пациентам из них проведена пункционная компрессионная микросклеротерапия ПКМС в амбулаторных условиях по общепринятой методике. Для проведения ПКМС процедуры использовали 1-5 мл шприцы, внутрикожные иглы 26-30G. Из склерозирующих препаратов применяли, в основном, «Этоксисклерол» (Германия). Концентрация раствора составляла 0,5%-1%.

У пациентов I группы «отличным» результатом лечебного эффекта ПКМС считалось полное исчезновение склерозированных венозных сосудов (ВПНХ, ВРВ, ТАЭ), «хорошим» - при облитерации более 50% склерозированных сосудов; «неудовлетворительным» - при их облитерации менее 50%.

Гиперпигментация кожи отмечена у 5(0,2%), экхимозы - у 3(4,9%), болевой синдром - у 2(3,3%), везоренальные реакции - у 1(1,6%) пациентов. Имевшиеся побочные эффекты были временными и не представляли опасности здоровью.

Практически 80% варикозных ретикулярных вен (ВРВ) и телеангиэктазий (ТАЭ) различных зон нижних конечностей исчезли после одной процедуры ПКМС; 12 пациентам (20%), из-за неполной их облитерации, потребовался повторный сеанс ПКМС.

Отличные результаты лечения отмечены в 80,3% (n=49), хорошие - в 19,7% (n=12). При оценке качества жизни (КЖ) пациентов I группы динамика основных параметров КЖ после ПКМС улучшилась, в основном, за счет повышения психических факторов.

Неудовлетворительных результатов в этой группе не отмечалось: полностью купировались клинические жалобы, все пациенты были довольны внешним видом своих ног, могли заниматься спортом.

Таким образом, применение ПКМС у пациентов I группы для устранения, ВРВ и ТАЭ наряду с компрессионной терапией и фармакологической поддержкой флеботоником «Детралекс» (Франция) и антидепрессантом «Феварин» (Германия) является оптимальным методом лечения.

У пациентов II группы (56-26,9%) дооперационное комбинированное УЗИ-обследование (УЗАС с спектральной доплерографией) выявило следующую локализацию патологических рефлюксов:

1. Рефлюкс только по БПВ и\или МПВ голенного сегмента в 6 (10,7%) случаях; по БПВ и перфорантам – в 43(76,8%), по БПВ, МПВ и перфорантным венам – в 7(12,5%) случаях.

Полученные УЗ – данные служили основой определения объема и метода хирургического лечения пациентов ХВННК клиническими классами С<sub>2</sub>-С<sub>6</sub> (S) по СЕАР классификации.

Оперативные вмешательства производились, в основном, под перидуральной анестезией.

Пациентам II группы были проведены следующие оперативные вмешательства:

1. 6(10,7%) пациентам - частичная флебэктомия БПВ и\или МПВ, перевязка перфорантных вен с интраоперационной ПКМС из-за отсутствия патологического рефлюкса на бедре и незначительного на голени;

2. 43(76,8%) пациентам- сафенэктомия+ частичная флебэктомия МПВ, перевязка перфорантных вен с интраоперационной ПКМС

3. 7(12,5%) пациентам- сафенэктомия+ флебэктомия МПВ, перевязка перфорантных вен с интраоперационной ПКМС.

50 пациентам ХВННК клиническими классами С<sub>3</sub>-С<sub>6</sub> (S), в начале операции выполнены традиционные оперативные вмешательства (высокое лигирование сафенофemorального и\или сафенопоплитеального (СПС) соустьев БПВ и\или МПВ, удаление расширенных магистральных стволов и их выраженных варикозных притоков; перевязка несостоятельных перфорантных вен и т.д.). Оставшиеся венозные притоки немагистрального характера (ВПНХ) малого калибра, варикозные ретикулярные вены (ВРВ) и телеангиэктазии (ТАЭ), ухудшающие косметический результат оперативного вмешательства, являлись причиной выполнения ПКМС.

Количество введенного в них склерозирующего вещества не превышало 15-20 мл 0,5%-1% раствора Этоксисклерола (Германия). Процедура склерозирования малых венозных сосудов занимала 20-30

мин. Преимуществом интраоперационной ПКМС явилось его безболезненное выполнение, уменьшился операционный травматизм (не было необходимости в дополнительных кожных разрезах). У пациентов II группы отмечены следующие побочные эффекты интраоперационной ПКМС:

1. Гиперпигментация – 6 (10,7%) случаев;
2. Экхимозы – 5 (8,9%);
3. Уплотнение (болезненный тяж) – 6 (10,7%);
4. Аллергические реакции (дерматит) – 1 (1,8%) пациента.

Однако, они не оказывали существенного влияния на самочувствие пациентов и на конечный результат лечения.

У 45 (80,4%) пациентов после сочетанного применения традиционной хирургии и интраоперационной ПКМС венозные сосуды малого калибра облитерировались в сроки 3-7 дней.

11 (19,6%) пациентам, из-за их неполной облитерации, была проведена повторная процедура ПКМС на 8 – 10 сутки после снятия кожных послеоперационных швов. Частичная их облитерация, по – видимому, наступила из-за недостаточной компрессии. Практически все оперированные конечности зажили первичным натяжением.

Наряду с традиционной компрессионной терапией (ношение лечебного трикотажа фирмы «MediVen» Германия, класс II- 23-32 мм рт. ст.) пациентам назначали биофлавоноид «Детралекс» (Франция) и препарат- антидепрессант «Феварин» (Германия) по стандартной схеме в течение не менее 1-3 месяцев.

Предложенная тактика комплексного лечения у пациентов II группы привела к следующим результатам: «отличные»- у 45 (80,4%) пациентов; «хорошие» - у 7(12,5%); «неудовлетворительные» - у 4(7,1%) пациентов.

По динамике шкалы тяжести заболевания (VCSS) у 25(44,6%) пациентов ХВННК клиническими классами C<sub>2</sub>-C<sub>3</sub> (S) проявления заболевания практически прошли.

У 31 (55,3%) пациента II группы ХВННК клиническими классами C<sub>4</sub>-C<sub>6</sub> (S) (CEAP) трофические изменения (язвы, гипо-гиперпигментация, липодерматоз) были купированы. У этих пациентов клиническая выраженность заболевания (шкала VCSS) достоверно изменилась в лучшую сторону, соответственно (общая сумма баллов): с 15,0±0,2 до 4,1±0,2; с 21,3±0,9 до 11,7±0,9 и с 24,8±0,5 до 10,8±0,9 (p<0,001).

Статистически достоверные показатели изменения маллеолярной окружности (МО) у 31 пациента ХВННК с клиническими классами

C<sub>4</sub>-C<sub>6</sub> (S) были следующими:

1. C<sub>4</sub> (n=24) до лечения - 27,0±0,6; после лечения - 24,3±0,6 (p<0,001);

2. C<sub>5</sub> (n=3) до -32,2±0,9; после - 28,8±1,2 (p<0,05);

3. C<sub>6</sub> (n=4) до лечения - 31,8±0,3; после лечения - 27,8±0,3 (p<0,05)

Однако, основным диагностическим критерием результатов лечения являлась динамика комбинированного УЗИ-обследования. УЗАС с спектральной доплерографией обеспечивало всестороннюю оценку особенностей нарушения венозной гемодинамики до лечения и их исчезновение или улучшение после проведенных комплексных лечебных мероприятий.

У 7(12,5%) пациентов ХВННК клиническими классами C<sub>5</sub>-C<sub>6</sub> (S) (CEAP), на оперированной нижней конечности в глубокой венозной системе из-за несостоятельности клапанного аппарата оставался уменьшенный патологический рефлюкс.

У 4(7,1%) из них в отдаленном периоде появились новые варикозные вены мелкого диаметра на оперированной конечности, в новых, не подвергшихся ПКМС зонах.

Результаты предложенной лечебной тактики пациентов II группы по интегральному опроснику CIVIQ – 20 были следующими:

1. При клиническом классе C<sub>2</sub> (S) общая сумма баллов КЖ до лечения составляла 25,1±0,4; после - 20,6±0,5 (p<0,01);

2. При классе C<sub>3</sub> (S) - 37,0±0,3; после - 20,2±0,2 (p<0,001);

3. При C<sub>4</sub> (S) до - 57,9±0,5; после - 25,1±0,3 (p<0,001);

4. При C<sub>5</sub> (S) до лечения -74,4±5,5; после - 56,4±4,2 (p<0,05);

5. При C<sub>6</sub> (S) до - 95,8±6,7; после - 62,6±4,8 (p<0,05);

Анализ основных параметров качества жизни (КЖ) статистически достоверно свидетельствовал об их улучшении по всем показателям при клинических классах ХВННК C<sub>2</sub>-C<sub>6</sub> (S) (CEAP):

Для оптимизации лечения немаловажное значение имела компрессионная терапия и фармакологическая поддержка прием флеботоника «Детралекс» (Франция), антидепрессанта «Феварин» (Германия) по стандартным схемам в течение 1-3 мес. и более.

Таким образом, у пациентов сочетание традиционной венозной хирургии и интраоперационной ПКМС привело к следующим результатам: «отличные» - у 45 (80,4%); «хорошие» - у 7 (12,5%); «неудовлетворительные» - у 4 (7,1%) пациентов.

Аналогичная оценка эффективности комплексного лечения проведена в послеоперационном периоде и пациентам III-ей (91-43%) группы.

Первый этап оперативного вмешательства – традиционная хирургия 91 пациенту ХВННК клиническими классами (СЕАР - C<sub>2</sub>-C<sub>6</sub>, S) выполнены в клинике Л.Шихлинской в 2002 – 2006 гг. 3 (3%) из них операции выполнены на 2-х нижних конечностях.

Данные УЗАС и спектральной доплерографии у пациентов III гр.:

1. Рефлюкс только по БПВ и/или МПВ- 2 (2,1%±1,5%)
2. Рефлюкс по БПВ и перфорантным венам - 82 (90,1%±3,1%)
3. Рефлюкса по БПВ, МПВ и перфорантным венам—7 (7,7%±2,8%)

Пациентам II-. проведены следующие оперативные вмешательства:

1. Частичная флебэктомия БПВ и/или перевязка перфорантных вен МПВ- 2(2,2%)
2. Сафенэктомия+ частичная флебэктомия МПВ, перевязка перфорантных вен- 82 (90,1%)
3. Сафенэктомия+ флебэктомия МПВ с перевязкой перфорантных вен- 7(7,7%).

Повторное обращение было связано с косметической неудовлетворительностью наличия сосудов малого диаметра.

Этим пациентам, в амбулаторных условиях, была проведена пункционная компрессионная микросклеротерапия (ПКМС) по ранее описанной методике.

У 28 (19,8%) пациентов III-ей группы, после ПКМС, проведенной в отдаленном послеоперационном периоде, отмечались следующие побочные эффекты:

1. гиперпигментация по ходу склерозированных венозных сосудов малого диаметра - 10(11%) случаев;
2. экхимозы - 7(7,7%);
3. уплотнение (болезненный тяж) по ходу склерозированных венозных притоков немагистрального характера (ВПНХ) - в 9(9,9%) случаев;
4. аллергические реакции (дерматит) у 2 (2,2%) пациентов;

Побочные явления были временного характера и являлись, в основном, особенностями склерозирования и реакцией воздействия склерозанта на интиму обрабатываемых венозных сосудов малого диаметра.

Из-за их неполной облитерации 17 (18%) пациентам III группы потребовалась повторная процедура ПКМС.

Фармакологическая поддержка, компрессионная терапия для клинических классов ХВННК С<sub>2</sub>-С<sub>4</sub> (S) проводилась в течение не менее 1-3 месяцев, в то время как для ХВННК, классов С<sub>5</sub>-С<sub>6</sub> (S), рекомендовалось постоянное ношение лечебных чулок, и длительный прием флеботоника «Детралекс» (Франция)- в жаркое время года.

Результаты комбинированного лечения пациентов после ПКМС III группы были следующими: «отличные»- у 74 (81,4%), «хорошие» - у 10 (10,9%), неудовлетворительные»- у 7 (7,7%) пациентов.

В то же время ни у одного из 7(7,7%) пациентов III группы с неудовлетворительными результатами не фиксировали вновь открывшихся трофических язв. Однако, у них сохранялся уменьшенный патологический венозный вертикальный рефлюкс из-за несостоятельности клапанного аппарата, что являлось причиной, появления новых венозных сосудов малого диаметра в новых, ранее не склерозированных зонах. Эти пациенты воздержались от повторной ПКМС.

При анализе динамики клинической выраженности заболевания (шкала VCSS) отмечено значительное улучшение клинической картины болезни. Если у пациентов ХВННК клиническими классами С<sub>2</sub>- С<sub>3</sub> (S) они практически купировались, то у пациентов классами СЕАР - С<sub>4</sub>- С<sub>6</sub>, (S) общая сумма баллов достоверно изменилась в лучшую сторону:

При классе С<sub>4</sub> - с 14,9±0,2% до 4,2±0,2;

При С<sub>5</sub> - с 20,6±0,4 до 12,2±0,7;

При С<sub>6</sub> - с 26,0 до 10,5 (p<0,001).

По динамике маллеолярной окружности после комплексного лечения у пациентов III группы ХВННК клиническими классами С<sub>4</sub>- С<sub>6</sub> (S) были получены следующие данные:

класс С<sub>4</sub> (n=61)- до 23,3±0,3 после, 20,8±0,3 (p<0,05);

класс С<sub>5</sub>- до 31,3±0,8, после- 28,2±0,8 (p<0,05);

класс С<sub>6</sub> -до 33,5, 35,0, после- 30,0; 31,5;

Анализ данных динамики основных параметров качества жизни (КЖ) пациентов III группы показал полную стабилизацию состояния пациентов ХВННК клиническим классом С<sub>2</sub> (S). Общая сумма баллов КЖ у пациентов ХВННК класс С<sub>3</sub>-С<sub>6</sub> (S) значительно уменьшилась: при классе С<sub>3</sub> (S) - от 7,9±0,2 - до 4,0±0,1 (p<0,001); при классе С<sub>4</sub> (S)- от 12±0,2 -до 8,0±0,1 (p<0,001); при классе С<sub>5</sub>(S)- от 16,0±1,2,- до 11,9±0,8 (p<0,05); при С<sub>6</sub> (S) от 20; 20; до-11; 13.

Пациенты III группы (91-43,8%), ХВННК клинических классов, С<sub>2</sub>-С<sub>4</sub>, S (СЕАР), также как и пациенты I-II групп в обязательном порядке, до - и после ПКМС, принимали флеботоник «Детралекс» (Франция) по стандартной схеме: не менее 1-3 мес. и пользовались компрессионными эластичными чулками класс II (23-32 мм рт.ст.) фирмы «Mediven» (Германия), не менее 1 мес. - 3 мес. Пациентам ХВННК класс С<sub>5</sub>-С<sub>6</sub> (S) рекомендовалось постоянное ношение лечебного трикотажа во время хождения, а в жаркое время года – прием флеботоника «Детралекс». Для улучшения психического состояния пациентам был рекомендован препарат-антидепрессант «Феварин» (Германия) по стандартной схеме: в течение 1,5-2 мес. и более. В сравнительном аспекте «отличные» и «хорошие» результаты комплексного лечения ПКМС у пациентов II группы из-за интраоперационного выполнения ПКМС были получены в ближайшие послеоперационные сроки. Этот контингент не нуждался в повторном обращении в стационар для улучшения внешнего вида оперированной нижней конечности. Таким образом, предложенная тактика лечения-интраоперационная ПКМС сразу после завершения традиционных оперативных вмешательств при клинических классах ХВН С<sub>2</sub>-С<sub>4</sub> (S) СЕАР, носит оправданный характер.

Ее интраоперационное применение, должно являться необходимым компонентом современного комплексного лечения ХВННК клинических классов (СЕАР- С<sub>2</sub>-С<sub>4</sub>, S), в связи с тем, что ПКМС позволяет значительно улучшить функциональный и косметический результат традиционных венозных оперативных вмешательств на нижних конечностях.

## **ВЫВОДЫ**

1. Комбинированное ультразвуковое ангиосканирование (УЗАС) с цветовым картированием потока крови и спектральной доплерографией дает возможность раннему выявлению нарушений венозной гемодинамики конечности и оценке его состояния при различных клинических классах ХВННК по СЕАР классификации. Полученные данные позволяют уточнить показания и выработать адекватную лечебную тактику с использованием пункционной компрессионной микросклеротерапии (ПКМС).

2. Устранение венозных притоков немагистрального характера (ВПНХ) малого диаметра, варикозных ретикулярных вен (ВРВ) и



телеангиэктазий (ТАЭ) определяется как косметической, так и клинической симптоматикой, снижающей качество жизни (КЖ) у пациентов ХВННК клинических классов (C<sub>1</sub>-C<sub>6</sub>, S по CEAP классификации).

3. Сравнительная оценка предложенного комплексного лечения основного контингента пациентов II и III групп (клинические классы C<sub>3</sub>-C<sub>4</sub>, S-CEAP) выявила большее уменьшение показателя общей суммы баллов КЖ у пациентов II группы, соответственно: при классе C<sub>3</sub> (S)- с 37,0±0,3 до 20,2±0,2 (p<0,001); при классе C<sub>4</sub> (S)- с 57,9±0,5 до 25,1±0,3 (p<0,001). По общей оценке (VCSS,МО,УЗИ,СИВИQ-20) у 92,9% пациентов II группы отмечены отличные и хорошие отдаленные результаты лечения. Практически идентичные результаты (92,3%) получены у пациентов III группы однако, ПКМС у них проводилась в отдаленном периоде, что значительно отражалось на ближайшем косметическом эффекте после традиционных венозных оперативных вмешательств.

4. Компрессионная терапия (класс II 23-32 мм рт.ст.), фармакологическая поддержка – (Детралекс (Франция), «Феварин» (Германия) - в значительной степени улучшают результаты разработанной тактики комплексного лечения пациентов ХВННК (C<sub>1</sub>-C<sub>6</sub>,S по CEAP классификации) стабилизируют клиническое и их психическое состояние, отражающееся на общей оценке качества жизни (КЖ).

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Показания к различным методам лечения у пациентов ХВННК клинических классов (CEAP- C<sub>1</sub>-C<sub>6</sub>, S) должны определяться на основе ультразвукового дуплексного ангиосканирования с цветовым картированием потока крови (УЗАС) и спектральной доплерографии.

2. При начальных формах ХВННК: венозные притоки неагистрального характера (ВПНХ), варикозные ретикулярные вены (ВРВ), телеангиэктазии (ТАЭ), при отсутствии патологического рефлюкса – методом выбора их облитерации является пункционная компрессионная микросклеротерапия (ПКМС). Безопасная доза введения склерозирующего раствора (0,5-1% Этоксисклерол, Тромбовар) за одну лечебную процедуру не более 15-20,0 мл. При необходимости, для устранения оставшихся необлитерированных венозных сосудов малого диаметра, рекомендуются повторные сеансы ПКМС через 7-10 дней. Их устранение является не только целью получения косме-

тического результата, но и определяется клинической симптоматикой, снижающей качество жизни пациентов.

3. Интраоперационная пункционная компрессионная микросклеротерапия (ПКМС) после завершения основных традиционных оперативных вмешательств (высокое лигирование соустьев БПВ и/или МПВ, сафенэктомия и/или флебэктомия МПВ, больших варикозных притоков, перевязка перфорантных вен и т.д.) у пациентов ХВННК, клинических классов (СЕАР - С<sub>2</sub>-С<sub>4</sub>, S) дает возможность получить хороший лечебный и косметический эффект лечения уже в ближайшем послеоперационном периоде. Их сочетание позволяет максимально реализовать положительные стороны обеих методов.

4. Интраоперационная ПКМС в условиях операционной и наркоза проводится безболезненно, в стерильных условиях, уменьшается операционная травма (нет необходимости в дополнительных кожных разрезах), отпадает необходимость в дальнейшем обращении пациентов в клинику для улучшения косметического вида оперированной конечности. Внедрение ПКМС в повседневную практику специализированных отделений будет также способствовать быстрой реабилитации и улучшению их качества жизни (КЖ).

5. Применение компрессионной терапии (класс II компрессия, 23-32 мм рт.ст.), флеботоника «Детралекс» (Франция), а также антидепрессанта «Феварин» (Германия) оптимизируют результаты комплексного лечения.

### **Список опубликованных научных трудов по теме диссертации:**

1. К вопросу классификации доплерографического исследования у пациентов с хронической венозной недостаточностью. / Материалы, посвященные 60-летию Научно-Исследовательского Института Травматологии и Ортопедии. Баку, 2007, с. 132

2. To the question on complication of compression sclerotherapy / Материалы XI Международного Конгресса Хирургов и Гастроэнтерологов. Баку, 2008, с. 262

3. Этиопатогенез хронической венозной недостаточности нижних конечностей // Современные достижения азербайджанской медицины, 2008, № 2, с.12-18

4. Диагностика хронической венозной недостаточности нижних конечностей // Современные достижения азербайджанской медицины, 2008, № 3, с.15-20

5. Обоснование применения «Феварина» для улучшения качества жизни пациентов с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей // Азербайджанский медицинский журнал, Баку, 2008, № 4, с. 145-147

6. Улучшение качества жизни пациентов с ХВННК // Хирургия, 2008, № 4(16), с. 70-77

7. Особенности обследования сафено-фemorального соустья методом доплерографии и ультразвукового картирования потоков крови // Современные достижения азербайджанской медицины, 2008, № 4, с. 152-155 (соавт.: Шамсадинский А.А.)

8. Интраоперационное применение флeбосклерозирующего лечения у пациентов с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей // Вестник хирургии Казахстана (Алматы), 2009 №2 (18), с. 42-45

9. Проведение флeбосклерозирующей терапии после оперативного вмешательства по поводу хронической венозной недостаточности нижних конечностей // Клиническая Хирургия (Киев), 2009, № 2, с. 39-42 (соавт.: Шамсадинский А.А.)

10. Неспецифические осложнения компрессионной склеротерапии // Современные достижения азербайджанской медицины, 2010, № 4, с. 40-43

11. Интероперационная склерооблитерация ретикулярных и варикозно расширенных вен немагистрального характера // Современные достижения азербайджанской медицины, 2010, № 5, с. 38-42 (соавт.: Агаев Б.А.)

12. Intraoperative scleroobliteration of reticular and varicose veins non-main nature / Материалы с XII Международного Конгресса Хирургов и Гастроэнтерологов. Баку, 2011, с. 248 (соавт.: Агаев Б.А.)

13. Volumetry in the study of patients with chronic venous insufficiency of the lower extremities / Материалы с XII Международного Конгресса Хирургов и Гастроэнтерологов. Баку, 2011, с.300

14. Regarding the issue of combined surgical interventions in chronic venous insufficiency of lower extremities / Материалы с XII Международного Конгресса Хирургов и Гастроэнтерологов. Баку, 2011, с. 307 (соавт.: Шамсадинский А.А.)

15. Патофизиология хронических заболеваний вен // Современные достижения азербайджанской медицины, 2013, №1, с.203-204

## TEYRAN AZƏR qızı ŞƏMSƏDDİNSKAYA

### AŞAĞI ƏTRAFLARIN XRONİKİ VENOZ ÇATIŞMAZLIĞININ KOMPLEKS MÜALİCƏSİNDƏ SKLEROTERAPİYA

#### XÜLASƏ

Müxtəlif klinik formalı (CEAP təsnifatı üzrə S sinfi C<sub>0</sub>- C<sub>6</sub>) aşağı ətraf varikoz xəstəliyi olan 208 xəstənin kompleks müalicəsinin nəticələri təhlil edilmişdir. Müxtəlif cərrahi müdaxilələrə olan göstərişlər ultrasəs duplex angioskanirləmə ilə yanaşı qan axının rəngli mənzərəsi ilə spektral doppleroqrafiya əsasında təyin edilmişdir. Bütün xəstələrə ümumi qəbul olunmuş sxem üzrə müalicə: Detraleks® flebotoniki Fransa) və “Fevarin” (Almaniya) antidepressantı müxtəlif müalicə tədbirlərindən əvvəl və sonra təyin edilmişdir. Qarşıya qoyulmuş vəzifənin həlli üçün xəstələr 3 qrupa bölünmüşlər: I qrup (n=61)- ambulator şəraitdə varikoz xəstəliyinin başlanğıc formalarında (CEAP: S sinfi C<sub>1</sub>) punksiyon kompression mikroskleroterapiyası (PKMS) aparılmışdır; II qrup (n=56)- xəstəliyin C<sub>2</sub>-C<sub>6</sub>, S klinik sinfli formasında (CEAP) müxtəlif ənənəvi cərrahi müdaxilələrdən dərhal sonra intraoperasion olaraq PKMS aparılmışdır; III qrup (n=91)- ambulator şəraitdə aşağı ətraflarda (CEAP: C<sub>2</sub>-C<sub>6</sub>, S klinik sinfi) müxtəlif cərrahi müdaxilələrdən sonra uzaq dövrlərdə PKMS aparılmışdır. Müalicənin nəticələri fizikal baxış, malleolyar çevrə dinamikası, təkrar kombinə edilmiş USM (US AS ilə spektral doppleroqrafiya), xəstəliyin ağırlıq dərəcəsi şkalası (VCSS), həyat keyfiyyəti üzrə CIVIQ-20 inteqral sorğu göstəricilərinə əsasən qiymətləndirilmişdir. I qrupda PKMS-in nəticələri 80,35% (n=49) əla, 19,7% (n=12) yaxşı olmuşdur. Narkoz şəraitində intraoperasion PKMS ağrısız, steril şəraitdə aparılır, əməliyyat travması cüzi olur. Eyni zamanda xəstənin əməliyyat olunmuş ətrafda kosmetik effektinin yaxşılaşdırılması məqsədilə təkrar müraciət etməsinə ehtiyac qalmır.

## **TEYRAN AZER SHAMSADDINSKAYA**

### **SCLEROTHERAPY IN TREATMENT OF CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY OF THE LOWER LIMBS**

#### **SUMMARY**

It was analyzed the results of treatment of 208 patients with different clinical forms of varicose veins of the lower extremities (CEAP classification: C<sub>0</sub> C<sub>6</sub> of class S). Indications for various therapeutic interventions were performed on the basis of combined ultrasonic duplex angioscanning with spectral Doppler. All the patients received basic therapy: reception flebotonika "Detralex (France) and the antidepressant "Fevarine "(Germany) according to the standard scheme, as well as the wearing of medical hosiery company« Mediven» (Germany) before and after different treatment interventions. For solve the problems, patients were divided into 3 groups: I group (n=61)- puncture compression mikroskleroterapiya (PKMS) with initial forms of varicose veins, on an outpatient basis (CEAP: C<sub>1</sub>, Class S); II group (n=56)- intraoperative PCMS immediately after the completion of the various traditional surgical interventions on saphenous veins of the lower limbs in the clinical forms of the disease C<sub>2</sub>-C<sub>6</sub>, class S (CEAR); III group (n=91)- conducting PCMS late after various traditional operations in saphenous veins of the lower extremities (CEAP C<sub>2</sub>-C<sub>6</sub> Class S) in an outpatient setting. The results of treatment were assessed according to the physical examination, the dynamics of malleolar circumference (MO), re-combined US - survey (USM with spectral Doppler), severity of illness scale (VCSS), quality of life (QOL) by combined questionnaire CIVIQ-20. Excellent results in patients PCMS I group were obtained in 80,3% (n=49) cases, good - in 19,7% (n=12). Intraoperative PCMS under anesthesia is performed painlessly, under sterile conditions, reduces surgical trauma, at the same time prevents the need for re-treatment of patients in the clinic to improve the cosmetic effect of the operated limb.

Kağız formatı 60x84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>.  
Sifariş 605 Tiraj 100.

---

Azərbaycan Tibb Universitetinin  
mətbəəsində çap edilmişdir.

Tel.: 595-55-76

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI  
SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ

AKAD. M.A.TOPÇUBAŞOV ad.  
ELMİ CƏRRAHIYYƏ MƏRKƏZİ

*Əlyazması hüququnda*

**TEYRAN AZƏR QIZI ŞƏMSƏDDİNSKAYA**

**AŞAĞI ƏTRAFLARIN XRONİKİ  
VENOZ ÇATIŞMAZLIĞININ KOMPLEKS  
MÜALİCƏSİNDƏ SKLEROTERAPİYA**

3213.01 – Cərrahlıq

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi  
almaq üçün təqdim edilən dissertasiyanın

**A V T O R E F E R A T I**

Bakı – 2015