

14. Jensen K. K. Enhanced recovery after giant ventral hernia repair. *Hernia*, 2016, Vol. 20, No. 2, pp. 249-256;

15. Darehzereshki A. Biologic versus nonbiologic mesh in ventral hernia repair: a systematic review and meta-analysis. *World journal of surgery*, 2014, Vol. 38, No. 1, pp. 40-50.

ХУЛОСА

**Ш.К. Полвонов, Р. Рахматуллоев,
Н.Х. Шамсов**

БАҲОДИҶИИ ОМИЛҶОИ ГУНОГУНИ ФАРҚКУНАНДАИ ПАЙДОШУДАИ ЧУРРАҶОИ ТАКРОРИ ДАР БЕМОРИҶОЕ, КИ ЧУРРАҶОЕ ВЕНТРАЛИ ДОРАНД

Мақсад таҳқиқот. Арзёбии таъсири омилҷои гуногун ба инкишофи тақрори hernial ventral

Усулҷои моддӣ ва таҳқиқот. Мо натиҷаи муолиҷаи 64 беморро, ки дар онҳовартаи варидӣ буд, ва дар чарроҳии аввалия дар дигар беморхонаҳо ба шӯъбаи чарроҳии умумии Беморхонаи клиникаи шаҳрӣ муроҷиат кардем, таҳлил кардем. Ҳама беморон барои роҳати баҳогузори натиҷаҳои фаврӣ ва дарозмуддат ба гурӯҳҳои клиникаӣ тақсим карда шуданд: ба гурӯҳи I 28 нафар беморон дохил карда шуданд, ки усулҷои трансплантатсияро гузарониданд; гурӯҳи II аз 36 нафар бемороне иборат буд, ки чарроҳӣ карда шуданд ва девори пеши онҳо бо бофтаҳои маҳаллӣ мустаҳкам карда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокима. Дар ҷараёни омӯзиши таърихи тиббии беморон муайян карда шуд, ки дар ҳарду гуруҳи клиникаӣ ҳамаҷо дар интиҳоби нишондодҳо барои усули таъмири дарвоза ба вучуд меоянд. Бисёрвақт, ҳатто ҳангоми ҳодисаҳои тақрори рад кардани трансплантатсия, беморон ҳангоми муолиҷаи тақрорӣ бори дигарчунин амалиётро, боистифода аз як фикрию ҳамонҳамон, анҷом медиҳанд. Дар айнизамон, ҳангоми радшавии аввали «тор», нишонаҳо оид ба ивазнамудани трансплантатсия ҳадди аққал навъи дигар мавҷуданд ва агар имкон бошад, онрокомилан рад мекунанд.

Дар гурӯҳи II клиникаӣ (гурӯҳи таъмири дарвозаи герни бо бофтаҳои худ), сабаби асосии инкишофи тақроршавиҳо омӯзиши нокифояи хусусиятҳои бофтаҳои маҳаллӣ дар давраи дохили башарӣ буд. Мавҷудияти таърихи зиёда аз се ҳомиладорӣ, чунқоида, як пешгуи муайянқунии давраи нарасидани бофтаҳои бофтаи маҳаллӣ барои ивазкардани нуқсон буд.

Хулоса. Маълумотҳои бадастомада аҳамияти ин фиродинтиҳоби усули таъмири дарвоза барои пайдоиши дубора ва ҳатто дар табобати авалияро нишон медиҳанд. Истифодаи тасаввуроти як усул, хоҳ он амалиёт бо таъмири герни бо истифода аз бофтаҳои маҳаллӣ ва ё як чарроҳии фикрию, боиси инкишофи тақрорӣ ва ҳодисаҳои номусоид дар ин гурӯҳи беморон мегардад.

Қалимаҳои асосӣ: рефлекс, hernias девори пеш аз шикам, hernias ventral.

УДК 616.147-008.64-036.12-072.1

Д.Р. Раджабов¹, Ч.А. Раҳмонов^{1,2}, Д.Д. Султанов^{1,2}, Ф.Ш. Рашидов^{1,2}, С.А. Мирзоев²,
А.Ш. Шохсаворбеков¹

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИССЕКЦИЯ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

¹Кафедра хирургических болезней №2, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

²ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

Раджабов Дориюш Раджабович - очный аспирант кафедры хирургических болезней №2, ТГМУ им. Абуали ибни Сино. E-mail: doriyush.rachabov.91@gmail.com

Цель исследования. Изучить эффективность методики SEPS в лечении хронической венозной недостаточности нижних конечностей.

Материалы и методы исследования. С 2003 года по настоящее время в «Республиканском научном центре

сердечно-сосудистой хирургии» 27-х больным с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей, обусловленной варикозной болезнью и посттромбофлебтической болезнью, выполнена эндоскопическая диссекция перфорантных вен голени. Мужчин было 17, женщин -10. Средний возраст больных составил 39 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. При выполнении операции Линтона-Фельдера частота послеоперационного осложнения отмечаются в виде гнойно-некротические осложнения ран (до 20% случаев), гематомы, лимфорейи, и других видов осложнения увеличивается, тем самым способствует длительному пребыванию пациента в стационаре и ухудшается общее состояние больного. А при применении методики эндоскопической диссекции перфорантных вен (SEPS) при хронической венозной недостаточности осуществляется: полная хирургическая ликвидация патологической вено-венозного рефлюкса, со значительной малой травматизации окружающих тканей, тем самым хороший косметический эффект и улучшает качество жизни больных.

Вывод. При выполнении методики эндоскопической диссекции перфорантных вен (SEPS) как при ВБ так и при посттромбофлебтической болезни устраняется хроническая венозная недостаточность. Основными преимуществами данного метода являются профилактика основного звена патогенеза заболевания, низкая травматичность, хороший косметический эффект, минимальный риск послеоперационных гнойно-некротических осложнений, значительный экономический эффект за счет сокращения сроков реабилитации пациентов

Ключевые слова. Хроническая венозная недостаточность, варикозная болезнь, посттромботическая болезнь, дуплексное сканирование.

D.R. Rajabov¹, D.A. Rahmonov^{1,2}, D.D. Sultanov^{1,2}, F.Sh. Rashidov^{1,2}, S.A. Mirzoev², A.Sh. Shakhshavorbekov¹

ENDOSCOPIC DISSECTION OF PERFORANT VEINS IN TREATMENT OF CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY OF THE LOWER LIMBS

¹Department of Surgical Diseases №2, Avicenna Tajik State Medical University

²State Institution "Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery"

Rajabov Doriyush Rajabovich - full-time postgraduate student of the Department of Surgical Diseases No. 2, Avicenna Tajik State Medical University; E-mail: doriyush.rachabov.91@gmail.com

Aim. To study the efficacy of SEPS in the treatment of chronic venous insufficiency (CVI) of the lower limbs.

Material and methods. 27 patients with CVI of the lower extremities due to varicose veins and post-thrombotic disease at the Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery from 2003 till present participated in the study. There were 17 men and 10 women. The average age of patients was 39 years.

Results and discussion. After the surgery, according to Linton-Felder, the frequency of such complications like purulent necrotic complications of wounds (up to 20% of cases), hematomas, lymphorrhea increases. It le to prolonged stay of patients in the hospital worsened their general condition. However, applying the method of endoscopic dissection of perforating veins in CVI, the following was achieved: complete surgical elimination of the pathological veno-venous reflux, with significantly minor trauma of the surrounding tissues. It improved the quality of patients' life and had a good cosmetic effect.

Conclusion. Endoscopic dissection of perforating veins, both in case of varicose veins and post-thrombotic disease, eliminated the CVI. The benefits like the prevention of the main link of the disease pathogenesis, low invasiveness, good cosmetic effect, minimal risk of postoperative purulent-necrotic complications, a significant economic effect due to the reduction of patients' rehabilitation period, are the main advantages of this method.

Keywords: chronic venous insufficiency, varicose veins, post-thrombotic disease, duplex scanning.

Актуальность. Хроническая венозная недостаточность (ХВН), несмотря на прогресс в развитии сосудистой хирургии, остаётся одной из актуальных проблем [2, 7]. По различными источникам ХВН чаще всего встречается среди населения трудоспособного возраста от 20 до 50 лет, и около 20% больных становятся инвалидами II-III группы в связи с этим нарушается социальная адаптация пациентов, что создаёт глобальную медико-социальную проблемами и негативно влияет

на глобальную экономику стран [4, 5]. По данным различных источников подтверждается, что расходы лечения при ХВН и его осложнениях в странах Европы в среднем составляют 2-3% от всего бюджета сектора здравоохранения, а в США эти цифры достигают более 2,5 млрд долларов в год. В Англии по данным Negus D. для обследования и лечения одного больного с трофической язвой в течение года тратится от 1200 до 5200 евро. [4].

Хирургическое лечение при данной патологии

считается на сегодняшний день наиболее эффективным методом лечения, и при этом основным моментом оперативного вмешательства является устранение патологического сброса по несостоятельным перфорантным венам голени [1-5]. В течении ХВН одним из разрушительных факторов является венозная гипертензия, которая возникает в результате разрушения клапанов, вследствие чего возникает патологический ретроградный кровоток - вено-венозные рефлюксы (глубокий вертикальный вено-венозный и горизонтальный вено-венозный рефлюкс по коммуникантным венам), и следовательно приводит к застою крови в венозном русле и развивается флебогипертензия, нарушаются функции мышечно-венозной помпы, в худшем случае обструкция глубоких вен.

Цель исследования. Изучить эффективность методики SEPS в лечении хронической венозной недостаточности нижних конечностей.

Материалы и методы исследования. С 2003 года по настоящее время в Республиканском научном центре сердечно-сосудистой хирургии была выполнена эндоскопическая диссекция перфорантных вен голени 27 больным с ХВН нижних конечностей, варикозной и посттромбофлебитической этиологии. Мужчин было 17, женщин -10. Средний возраст больных составил 39 лет. Причиной ХВН у 17 пациентов была варикозная болезнь, у 10 - посттромбофлебитическая болезнь (ПТФБ) нижних конечностей. Длительность заболевания варьировалось от 3 до 27 лет. Площадь язвенного

дефекта колебалась от 1,0 до 3,0 см².

Показаниями к операции считали ХВН С 4-6 классов по СЕАР с выявленной несостоятельностью перфорантных вен, а при ПТФБ ещё и учитывалась степень реканализации глубоких вен голени [6,7]. Всем больным, кроме данных анамнеза и осмотра, выполнена ультразвуковая доплерография и дуплексное сканирование вен нижних конечностей на ультразвуковом сканере «Mindray DC-7» (China) с маркировкой перфорантных вен голени, а 4 больным, по показаниям, выполнена рентгеноконтрастная флебография. Предоперационная консервативная терапия проводилась с целью улучшения микроциркуляции, трофики тканей, улучшения лимфодренажной функции, повышения тонуса вен, купирования отёка и воспалительного процесса, а также санация мягких тканей для профилактики послеоперационных гнойных осложнений. В основном SEPS выполнялась из медиального доступа (24 больных), лишь в 3 случаях применяли заднелатеральный доступ. Основные технические моменты операции не отличались от общепринятого. Количество клипированных и коагулированных вен колебалось от 3 до 6, диаметр - от 2 мм до 1 см. Средняя продолжительность операции при изолированной эндоскопической диссекции перфорантных вен (SEPS) составила 40 минут. Для устранения наличия вертикального рефлюкса по поверхностным, а также глубоким (заднетибиальная) венам у 17 больных SEPS комбинировалась с другими видами

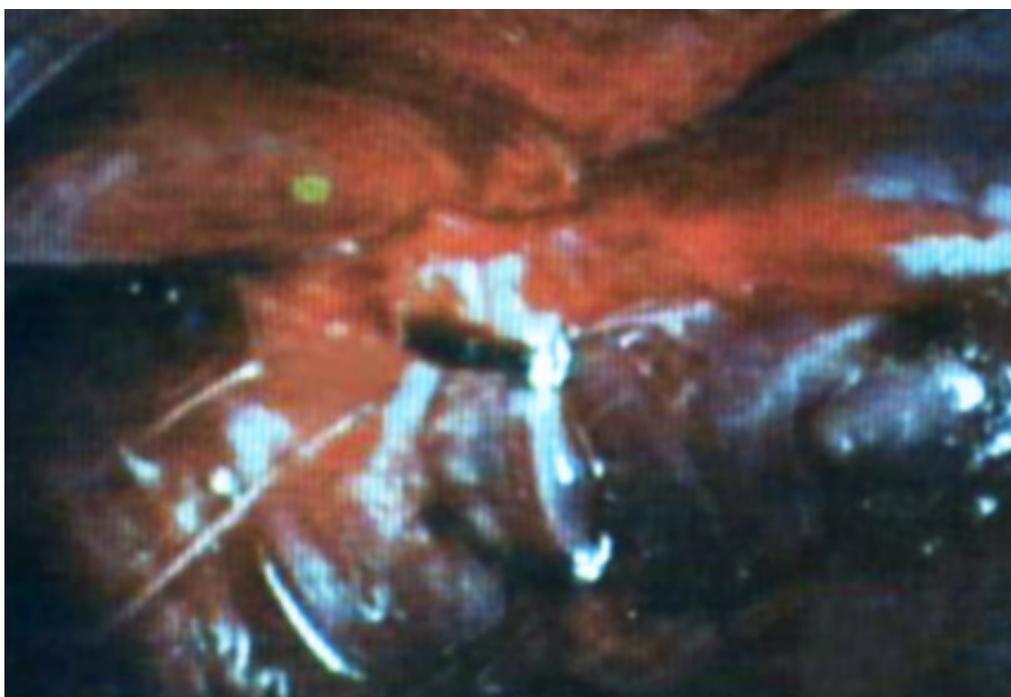


Рис. 1. Интра-операционно фото мобилизации и клипирования перфорантной вены.

операций. В частности, минифлебэктомия подкожных вен выполнена 9 пациентам, экстравазальная коррекция клапана бедренной вены – 2, перевязка заднетibiальной вены - 6.

На рис. 1 показана этапы операции при эндоскопической диссекции перфорантных вен (SEPS).

На рис. 2 приведено сочетание эндоскопической диссекции перфорантных вен (SEPS) с минифлебэктомией подкожных вен на уровне голени при ВБ.

Результаты исследования и их обсуждение.

Для подтверждения преимуществ методики эндоскопической диссекции перфорантных вен (SEPS) ориентировались на следующие показатели:

- частота послеоперационных осложнений;
- длительность пребывания в стационаре;
- общее состояния и субъективные ощущения

больных;

После традиционной операции Линтона-Фельдера до 20% случаев отмечаются гнойно-некротические осложнения ран, чем нередко обусловлен отказ от этой операции. Данная методика имеет ряд недостатков:

– для выполнения вмешательства требуется широкий операционный доступ к перфорантным венам, тем самым увеличивается травматизация мягких тканей, что приводит к увеличению сроков

регенерации ран.

– при выполнении широкого доступа увеличивается риск ятрогенного повреждения лимфатических коллекторов и нервных стволов, что может привести к лимфостазу и гипостезии, парестезии.

– при выполнении разреза вдоль или через измененные участки кожи возможно развитие краевого некроза, расхождение раны, гнойно-некротические осложнения.

Однозначно при выполнении таких видов операции частота послеоперационного осложнения в виде гематомы, лимфореи, гнойно-некротических и других видов осложнения увеличивается, тем самым способствует длительному пребыванию пациента в стационаре. Почти у всех больных после операции Линтона, образуется грубый косметический дефект, что в последующем требует хирургической коррекции. Большинство авторов последнее время отказались от проведения таких видов операции [3].

В ближайшем послеоперационном периоде у двух пациентов на фоне имеющейся обширной трофической язвы отмечалось развитие паратравматической экземы, которая успешно поддавалась консервативной терапии. Других осложнений в виде тромбоза глубоких вен, гематомы, лимфореи, нагноения послеоперационных ран и других



Рис. 2. Состояние через 1 месяц после операции сочетания эндоскопической диссекции перфорантных вен (SEPS) с минифлебэктомией подкожных вен на уровне голени при ВБ.



Рис. 3. Состояние через 5 лет после операции Линтона-Фельдера при ПТБ. Виден длинный грубый послеоперационный рубец

осложнений не было. У больных с открытыми трофическими язвами сроки заживления варьировали от 3 недель до 2 месяцев. Во всех 27 случаях клиника ХВН нижних конечностей регрессировала, что проявлялось в виде уменьшения отека, индурации мягких тканей, гиперпигментации кожного покрова. Больные отмечали уменьшение или исчезновение чувство распирания, болей и ночных судорог в нижних конечностях. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением, они имели размеры 2,0x0,5 см. Все больные выписаны с улучшением и в удовлетворительном состоянии, а среднее пребывание больных в стационаре сократилось и составило 6-7 дней.

Таким образом, при применении методики эндоскопической диссекции перфорантных вен (SEPS) при ХВН достигается: ликвидация патологического горизонтального вено-венозного рефлюкса, малая травматизация мягких тканей, хороший косметический эффект, улучшение качества жизни пациентов.

Выводы: Преимуществами методики SEPS являлись: малотравматичность, хороший косметический эффект, минимальный риск послеоперационных гнойно-некротических осложнений, значительный экономический эффект в результате сокращения койко-дней, сроков реабилитации больных.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 7-9 см. в REFERENCES)

1. Алексеев К.И. Субфасциальная эндоскопическая диссекция перфорантных вен голени в лечении хронической венозной недостаточности / К.И. Алексеев, К.В. Старков [и др.] // Хирургия [Электронный ресурс]. – 2006. – №9. – Режим доступа: . ru /journals/pirogov/ detail/267/4068/

2. Гоибов А.Д. Острый илиофеморальный венозный тромбоз. / А.Д. Гоибов, О.Н. Садриев, Е.Л. Калмыков [и др.] // Кардиология сердечно-сосудистая хирургия. – 2016. Т. 9, № 5. – С. 63-68.

3. Лазаренко В.А. Возможности эндоскопической хирургии в лечении декомпенсированных форм хронической венозной недостаточности нижних конечностей / Лазаренко В.А. [и др.] // Вестн. хирургии. – 2005. – № 3. – С.10-14.

4. Сушков С.А. Эндоскопическая субфасциальная диссекция перфорантных вен в переднем миофасциальном ложе голени. / С.А.Сушков, А.Г.Павлов, П. А. Кухтенков // Журнал новости хирургия 2009 г.

5. Шарифзода Х. С. Некоторые факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. / Х. С. Шарифзода // *Здравоохранение Таджикистана*. – 2019. - № 2. - С. 98-104.

6. Шишин К.В. Эндоскопическая субфасциальная диссекция перфорантных вен голени в лечении трофических язв венозной этиологии / К.В. Шишин [и др.] // Хирургия. – 2005. – № 5. – С. 9-13.

REFERENCES

1. Alekseev K. I. Subfatsialnaya endoskopicheskaya dissektsiya perforantnykh ven goleni v lechenii khronicheskoy venoznoy nedostatochnosti [Subfascial endoscopic dissection of leg perforating veins in the treatment of chronic venous insufficiency]. *Khirurgiya – Suregery*, 2006, No. 9.

2. Goibov A. D. Ostryy iliofemoralnyy venoznyy tromboz [Acute iliofemoral venous thrombosis]. *Kardiologiya serdechno-sosudistaya khirurgiya - Cardiology cardiovascular surgery*, 2016, Vol. 9, No. 5, pp. 63-68.

3. Lazarenko V. A. Vozmozhnosti endoskopicheskoy khirurgii v lechenii dekom-pensirovannykh form khronicheskoy venoznoy nedostatochnosti nizhnikh konechnostey [Possibilities of endoscopic surgery in the treatment of decompensated forms of chronic venous insufficiency of the lower extremities]. *Vestnik khirurgii – Herald of surgery*, 2005, No. 3, pp. 10-14.

4. Sushkov S. A. Endoskopicheskaya subfatsialnaya dissektsiya perforantnykh ven v perednem miofatsialnom lozhe goleni [Endoscopic subfascial dissection of perforating veins in the anterior myofascial bed of the lower leg]. *Zhurnal novosti khirurgii – Journal News of Surgery*, 2009.

5. Sharifzoda Kh. S. Nekotorye faktory riska serdechno-sosudistykh zabolevaniy [Some risk factors of cardiovascular disease]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2019, No. 2, pp. 98-104.

6. Shishin K. V. Endoskopicheskaya subfatsialnaya dissektsiya perforantnykh ven goleni v lechenii troficheskikh yazv venoznoy etiologii [Endoscopic subfascial dissection of the leg perforating veins in the treatment of trophic ulcers of venous etiology]. *Khirurgiya – Surgery*, 2005, No. 5, pp. 9-13.

7. Rijckede P. A. Subfascial endoscopic perforating vein surgery as treatment for lateral perforating vein in competence and venous ulceration. *Journal of Vascular Surgery*, 2003, Vol. 38, No. 4, pp. 799-803.

8. Shishin K.V. Endoscopic subfascial dissection of perforating veins of the leg in the treatment of trophic ulcers of venous etiology. *Surgery*, 2005, No. 5, pp. 9-13.

9. Rijcke de P. A. Subfascial endoscopic perforating veinsurgery as treatment for lateral perforating vein incompetence and venous ulceration. *Journal of Vascular Surgery*, 2003, Vol. 38, No. 4, pp. 799-803.

ХУЛОСА

Д.Р. Рачабов

ТАШРЕҲИ ЭНДОСКОПИИ ВАРИДҶОИ ШИКОФАНДА ҲАНГОМИ МУОЛИҶАИ НОКИ-

ФОЯГИИ МУЗМИНИ ВАРИДИИ ПОЙҶОИ ПОЁНӢ

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши самаранокии усули SEPS зимни муолиҷаи НМВ-и андомҳои поёнӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Аз соли 2003 то имрӯз дар «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ ҷарроҳии дилу рағҳо» 27 бемори гирифтгор ба НМВ-и андомҳои поёнӣ бо сабаби бемории варикозӣ ва пасазтромбофлебозӣ қарор доштанд ва дар мавриди онҳо диссексияи эндоскопии варидҳои нуфузкунандаи соқ ба амал оварда шуд. Аз 27 бемор 17 нафар мард ва 10 нафар зан буданд. Синни миёнаи беморон 39 солро ташкил меод.

Натиҷаҳо ва муҳокима. Ҷангоми иҷрои ҷарроҳии Линтон-Фелдер басомади оризаҳои пасазҷарроҳӣ дар шакли римӣ-некрозӣ (то 20%-и ходисаҳо) хуномос, лимфорея мушоҳида мегардид. Навъҳои дигари оризаҳо афзуда, ба ҳамин восита барои ба муддати мадид бистарӣ гардидани бе-

мор дар статсионар ва бад шудани ҳолати бемор мусоидат менамуданд. Ҷангоми ба қор бурдани усули ташреҳи эндоскопии варидҳои шикофанда (SEPS) зимни НМВ ба амал оварда мешавад: ба таври ҷарроҳӣ пурра бартараф кардани рефлюкси патологияи вариду варидӣ ва ба бофтаҳои атроф камтар осеб расонидан. Ба ҳамин восита ноил гардидан ба натиҷаи хуби косметикӣ ва беҳтар сохтани сифати умри бемор.

Хулоса: Ҷангоми ба амал овардани усули эндоскопии диссексияи варидҳои нуфузкунанда (SEPS) ҳам зимни БВ ва ҳам зимни БПТФ НМВ бартараф мешавад. Пешгирии зинаи асосии патогенези беморӣ, камосебӣ, натиҷаи хуби косметикӣ, хатари минималии оризаҳои римӣ-некрозии пасазҷарроҳӣ, аз ҳисоби кам кардани муҳлати реабилитатсияи беморон самарайи зиёди иқтисодӣ афзалияти асосии усули мазкур ба шумор меравад.

Калимаҳои калидӣ. Нокифоягии музмини варидӣ, бемории варикозӣ, бемории пасазтромбозӣ, сканиркунии дуплекси.

УДК 616.381-002-079

А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, С.Г. Ализаде

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЁЛЫХ ФОРМ РАСПРОСТРАНЁННОГО ПЕРИТОНИТА

Кафедра хирургических болезней №1, ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Сараев Алишер Рахматуллоевич - к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней № 1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139, Тел.: (+992) 918-65-05-40, E-mail: dr.saraev@mail.ru

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с тяжёлыми формами распространённого перитонита за счёт оптимизации хирургической тактики.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 266 больных с тяжёлыми формами распространённого перитонита, которые были разделены на две группы: 1-ю группу составили 140 (61,9%) больных с распространённым перитонитом в стадии абдоминального сепсиса. Во 2-ю группу вошли 86 (38,1%) больных в стадии септического шока. Больные обеих групп были подвергнуты релапаротомии (по требованию или по программе).

Результаты исследования и их обсуждение. Летальность при применении тактики «релапаротомия по требованию» составила 40,5%, а при применении тактики «программированная релапаротомия» – 62,5%. У тяжёлых больных с распространённым перитонитом в стадии септического шока смертность составила 69,2% в группе больных, подвергшихся релапаротомии по требованию против 58,8% в группе, где выполнялась программированная релапаротомия.

Заключение. В стадии абдоминального сепсиса релапаротомия по требованию является более предпочтительным методом. Для тяжёлых больных с распространённым перитонитом в стадии септического шока показано применение тактики программированной релапаротомии с этапными санациями брюшной полости.

Ключевые слова: распространённый перитонит, абдоминальный сепсис, септический шок, релапаротомия по требованию, программированная релапаротомия.