

В. А. ГРИГОРЯН

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Варикозное расширение вен нижних конечностей весьма распространенное заболевание.

Проблема лечения варикозной болезни весьма актуальна и все еще полностью не разрешена. Этиология и патогенез также до сих пор недостаточно ясны, что создает дополнительные затруднения в лечении.

Литература, посвященная этому вопросу, весьма велика и противоречива [1—16].

Разноречивы также мнения и в оценке отдаленных результатов лечения. Результаты оперативного лечения приводятся в общем, без учета стадий компенсации кровообращения, состояния клапанного аппарата глубоких и перфорантных вен, уровня вено-венозного сброса и других факторов, которые имеют существенное значение для правильной оценки отдаленных результатов и непосредственно влияют на них. Эти обстоятельства снижают ценность сведений об отдаленных результатах, и на наш взгляд они же объясняют столь большую их разноречивость.

По материалам клиник общей хирургии с 1961 по 1973 гг. нами изучены отдаленные результаты хирургического и флебосклерозирующего лечения в сроки от 1 года до 13 лет у 493 больных на 554 конечностях (из общего числа 665 леченых конечностей у 601 больного), 458 больным на 502 конечностях проведено хирургическое лечение в сочетании в некоторых случаях с электрокоагуляцией и склеротерапией.

Большинство больных (около 60%) были в возрасте от 31 года до 50 лет. Из них 76% больных—служащие, рабочие и колхозники. Остальные 24%—научные сотрудники, студенты, пенсионеры, домохозяйки. Среди больных 48% мужчин (288) и 52% женщин (313). Левая нижняя конечность была поражена у 44,8%, правая—у 21,3% и обе нижние конечности—у 33,9% больных.

Расширение большой подкожной вены было в 67,8%, малой—в 5% и обеих вен—в 27,7% случаев. Расширение имели место на бедре (7,6%), на голени (41,1%) и на бедре и голени (51,3%). Экстравазальные сдавления выявлены на 80 конечностях, что по отношению к 453 флебографически обследованным конечностям составляет 17,7%.

С осложненными формами было 39% больных, с неосложненными—61%, 98% осложненных форм относятся к стадии декомпенсации.

Предполагаемые причины возникновения заболевания отмечены у 61% больных и отсутствовали у 39%. Больше половины женщин

(55,9%) связывали заболевание с беременностью и родами. Среди других причин — тяжелый физический труд, неблагоприятные его условия, травма конечности, перенесенные оперативные вмешательства на органах малого таза и конечности.

Наследственный фактор выявлен у 21% больных.

Мы считаем, что при оценке отдаленных результатов лечения нужен строго индивидуальный подход, т. е. необходимо учитывать, с каким состоянием конечности больной поступил на лечение, и, в сравнении с этим, какой получен результат. В вопросе выбора критериев для оценки отдаленных результатов нельзя одинаково подходить к больным, которые поступили на лечение в силу косметических соображений, и к больным с тяжелыми трофическими расстройствами и осложнениями. Однако в более или менее равных случаях результаты лечения оценивались следующим образом.

Таблица 1

| | Количество конечностей | Результаты оперативного лечения | | | | | | | | | |
|-----------------------|------------------------|---------------------------------|------|----------|------|-------------------|------|---------|------|-----------|------|
| | | отлич-ные | % | хоро-шие | % | удов-летво-рител. | % | пло-хие | % | реци-дивы | % |
| Стадия компенсации | 171 | 61 | 35,7 | 54 | 31,6 | 31 | 18,1 | 25 | 14,6 | 51 | 29,8 |
| Стадия субкомпенсации | 201 | 31 | 15,4 | 77 | 38,3 | 50 | 24,9 | 43 | 21,4 | 77 | 38,3 |
| Стадия декомпенсации | 130 | 5 | 3,8 | 53 | 40,8 | 37 | 28,5 | 35 | 26,9 | 59 | 45,4 |
| Итого | 502 | 97 | 19,3 | 184 | 36,7 | 118 | 23,5 | 103 | 20,5 | 187 | 37,2 |

Примечание. Здесь и в табл. 2 и 3 проценты в каждой классификационной группе вычислены по отношению к количеству конечностей этой группы, а не к общему количеству конечностей.

Отличный результат — отсутствуют жалобы и объективные проявления болезни. Трудоспособность полностью восстановлена.

Хороший результат — отсутствуют жалобы, но имеются слабо выраженные объективные проявления (рецидив различных симптомов), или имеются небольшие жалобы, но нет объективных признаков рецидива заболевания. Наблюдается значительное улучшение в состоянии больных. Трудоспособность сохранена.

Удовлетворительный — умеренно выраженные жалобы, или объективные признаки заболевания, или те и другие, выраженные в слабой степени. Состояние больных и конечности лучше, чем было до лечения.

Плохой — лечение оказалось безрезультатным. Субъективные и объективные проявления заболевания мало чем отличаются от тех, ко-

Таблица 2

| Состояние глубоких и перфорантных вен | Количество конечностей | Результаты лечения | | | | | | | | | |
|--|------------------------|--------------------|------|---------|------|--------------------|------|--------|------|----------|------|
| | | отличные | % | хорошие | % | удовлетворительные | % | плохие | % | рецидивы | % |
| Дееспособные глубокие и перфорантные вены | 44(8,8%) | 28 | 63,6 | 13 | 29,6 | 3 | 6,8 | — | — | 4 | 9,1 |
| Дееспособные глубокие и недостаточные перфорантные вены | 97(19,3) | 14 | 14,4 | 48 | 49,5 | 22 | 22,7 | 13 | 13,4 | 30 | 30,9 |
| Недееспособные глубокие и перфорантные вены | 208(41,4) | 21 | 10,1 | 76 | 36,5 | 61 | 29,3 | 50 | 24,1 | 80 | 38,5 |
| Недееспособные глубокие и нормальные перфорантные вены | 23(4,6) | 3 | 13 | 18 | 78,3 | 2 | 8,7 | — | — | 2 | 8,7 |
| Проходимые глубокие и дееспособные перфорантные вены | 33(6,6) | 17 | 51,5 | 9 | 27,3 | 5 | 15,1 | 2 | 6,1 | 8 | 24,2 |
| Проходимые глубокие и недостаточные перфорантные вены | 64(12,7) | 7 | 10,9 | 19 | 29,7 | 18 | 28,1 | 20 | 31,3 | 41 | 64,1 |
| Необследованные в специальном плане больные (конечности) | 33(6,6) | 7 | 21,2 | 1 | 3 | 7 | 21,2 | 18 | 54,6 | 22 | 66,7 |
| Итого | 502 | 97 | 19,3 | 184 | 36,7 | 118 | 23,5 | 103 | 20,5 | 187 | 37,2 |

Примечание. Во всех случаях у 493 больных был первичный варикоз. Но в классификационных группах, где говорится о проходимых глубоких венах, имеется в виду, что у этих больных не производилась флебография и о функциональном состоянии клапанного аппарата глубоких вен нельзя было судить.

торые были до лечения, не говоря уже об ухудшении состояния больных.

Отдаленные результаты лечения приведены в таблицах.

В табл. 1 отражены отдаленные результаты лечения по стадиям процесса.

Отдаленные результаты лечения в зависимости от функционального состояния глубоких и перфорантных вен по всем стадиям процесса представлены в табл. 2.

Результаты лечения в зависимости от уровня вено-венозного сброса приведены в табл. 3.

Таблица 3

| Вено-венозный сброс | Количество конечностей | Результаты лечения | | | | | | | | | |
|---------------------|------------------------|--------------------|------|----------|------|---------------------|------|---------|------|-----------|------|
| | | отлич-ные | % | хоро-шие | % | удов-летво-рительн. | % | пло-хие | % | реци-дивы | % |
| На бедре | 30 | 9 | 30 | 17 | 56,7 | 3 | 10 | 1 | 3,3 | 6 | 20 |
| На голени | 182 | 25 | 13,7 | 68 | 37,4 | 47 | 25,8 | 42 | 23,1 | 76 | 41,7 |
| На бедре и голени | 157 | 8 | 5,1 | 58 | 36,9 | 51 | 32,5 | 40 | 25,5 | 69 | 43,9 |
| Итого | 369 | 42 | 11,4 | 143 | 38,7 | 101 | 27,4 | 83 | 22,5 | 151 | 40,9 |

Какие производились операции? Этот вопрос нельзя рассматривать изолированно от приведенных выше классификационных групп. Однако, не имея возможности осветить в настоящей статье отдаленные результаты различных способов хирургического лечения, ограничимся лишь указанием тех операций, которые применялись. Больным с дееспособными глубокими и перфорантными венами были произведены операции, направленные только на удаление поверхностных расширенных вен (Троянова-Бибкока, Троянова-Маделунга, Троянова-Нарата, Троянова-Нарата-Клапп-Соколова и различные сочетания этих операций).

Больным с недостаточными перфорантными венами в некоторых случаях производились операции только удаления поверхностных расширенных вен, а в некоторых и разобщения глубокой и поверхностной венозной систем. Это операции Линтона, Кокетта, Фельдера в сочетании с вышеприведенными операциями. Если имелась еще и недостаточность клапанного аппарата глубоких вен, то в некоторых случаях выполнялась его наружная коррекция.

При экстравазальных сдавлениях производили, понятно, и декомпрессию. Перечисленные операции в отдельных случаях сочетались с образованием фасциального бандажа, электрокоагуляцией, склеротерапией иссечением коллатералей, иссечением и пластикой язв, обработкой надлодыжечных перфорантов и т. д.

Выводы

1. До настоящего времени проблема лечения варикозной болезни вен нижних конечностей окончательно не разрешена.

2. Наилучшие результаты хирургического лечения наблюдаются у больных в стадии компенсации кровообращения с дееспособными глубокими и перфорантными венами, а при их недостаточности, вено-венозном сбросе на бедре.

Наихудшие результаты встречаются у больных в стадии декомпенсации кровообращения с недостаточными глубокими и перфорантными венами и при вено-венозном сбросе на голени и на бедре и голени.

3. При варикозной болезни вен нижних конечностей в большинстве случаев клапанный аппарат глубоких вен в функциональном отношении оказывается недееспособным; в еще большем проценте случаев, почти у 3/4 больных оказываются недостаточными перфорантные вены.

4. Учитывая высокий процент рецидивов и плохих результатов у больных необследованных в специальном плане, высокий процент случаев с недееспособными глубокими и перфорантными венами, считаем целесообразным для улучшения результатов хирургического лечения обследование и лечение этих больных проводить в специализированных сосудистых отделениях, где производятся все необходимые исследования (флебография, артериография, флеботонометрия и т. д.) и соответствующие операции.

Ереванский медицинский институт

Поступило 27/III 1978 г.

ԳՐԻԳՈՐՅԱՆ Վ. Ա.

ՍՏՈՐԻՆ ՎԵՐՋՈՒՅԹՆԵՐԻ ԵՐԱԿՆԵՐԻ ՎԱՐԻԿՈԶ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ
ՎԻՐԱՔՈՒԺԱԿԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԵՌԱՎՈՐ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Ուսումնասիրված են վիրաբուժական բուժման հեռավոր արդյունքները, կախված արյան շրջանառության փոխհատուցման փուլից, խորանիստ և պերֆորանտ երակների ապարատից, երակ-երակային հրոցի մակարդակից:

L. A. GRIGORIAN

REMOTE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF VARICOSE
DISEASE OF LOWER EXTREMITIES

S u m m a r y

Remote results of surgical treatment are studied, depending on the stage of circulatory compensation, state of valvular apparatus of deep and perforant veins and veno-venous throw level.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аскерханов Р. П. Варикоз, тромбоз, псевдоварикоз вен конечностей. Махачкала, 1969.
2. Богдасарьян В. С., Ковалева А. Г. Труды Смоленского мед. института, XXVI, 1958, 32—33.
3. Десятков Н. Д., Францев В. И., Еринов В. Р. Вестник хирургии, 1973, 110, 2, 37—42.
4. Жук И. Х., Секундо А. З. Сбор. труд. врачей (Врач-сан. служба Прибалт. ж. д.), 1969, 5, 204—207.
5. Зарубин С. В. Клиническая медицина, 1962, 40, 10, 86.
6. Краковский Н. И., Колесникова Р. С., Заварина И. К. Сов. медицина, 1974, 67.
7. Курбангалеев С. М., Миклашевская А. В., Бухтеева Г. Е. Клиническая хирургия, 1975, 10, 36—39.
8. Савельев В. С., Думпе Э. П., Яблоков Е. Г. Болезни магистральных вен. М., 1972.
9. Селезнев Е. К., Соколов С. Н., Забродина С. К. Клиническая хирургия, 1971, 9, 9—11.
10. Хархута А. Ф. Хирургия, 1961, 5, 38—42.
11. Цыбырне К. А., Григорян А. В., Гостищев В. К., Гроза С. В. Болезни вен нижних конечностей. Кишинеу, 1972.
12. Шатковский Е. К. Вест. хирургии, 1939, 58, 1, 36—41.
13. Moore J. M. Scot. Med. J. 1957, 2, 8, 319.
14. Lafgren K. A. et al. Arch Surg., 1958, 76, 310.
15. Catelmand Gaz. Med. France, 1960, 67, 465.
16. Fontaine R., Sapieas J., Tuchmann L. et Suhler A. Strasbourgmed., 1962, 13, 583—592.