

А. А. МКРТЧЯН, В. С. КАЗАРЯН, М. Б. АЮՆՇ, Г. А. МАМЯՆ,
Р. Т. ВИРАБЯՆ, А. З. КАРАПЕТЯՆ

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ РЕГИОНАРНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ВЕН

Показания к хирургической коррекции нарушенного венозного кровотока при хронической венозной недостаточности в последние годы значительно расширились, что связано с внедрением в клиническую практику новых диагностических и хирургических методов лечения [1, 2]. Однако несмотря на достигнутые успехи, до настоящего времени получить у ряда больных отличные результаты, особенно в отдаленном периоде после операции, не удается. Несомненно, что среди различных факторов, влияющих на отдаленные результаты хирургической коррекции, изменение сосудистой стенки вен и особенно регионарного кровообращения занимает одно из ведущих мест. Поэтому в данной работе поставлена задача изучить результаты операции в зависимости от степени нарушения венозного оттока нижних конечностей и структурных изменений сосудистой стенки.

Под нашим наблюдением находились 150 больных с хронической венозной недостаточностью на разных стадиях компенсации венозного кровообращения в возрасте от 20 до 60 лет. Срок наблюдения от 1 года до 6 лет.

По поводу варикозной болезни в стадии компенсации было оперировано 45 больных и в стадии декомпенсации—25.

С посттромботической болезнью оперировано 80 больных, из них 52 в стадии компенсации и 28—декомпенсации кровообращения. Давность заболевания в среднем 6—7 лет, декомпенсированных форм—до 10 лет.

В диагностике помимо общеклинических методов исследования большое значение придавали дистальной и проксимальной флебографии с флеботонометрией и определению тканевого мышечного кровотока в икроножных мышцах путем радиоизотопной индикации.

Для достижения радикальности хирургической коррекции применялись комбинации известных методов операции: 1) иссечение варикозных вен с подфасциальной перевязкой коммуникационных вен (по Линтону); 2) пластика фасции голени по Аскару; 3) операция по Фельдеру; 4) венолиз.

Анализ флебографических исследований показал, что при венозной декомпенсации клапанный аппарат не дифференцировался. У всех больных с выраженными трофическими изменениями тканей на веннограммах определялась клапанная недостаточность на уровне нижней и средней трети голени (рис. 1). У этих больных декомпенсация развивалась в более короткие сроки, чем при высоком расположении венозного сброса.

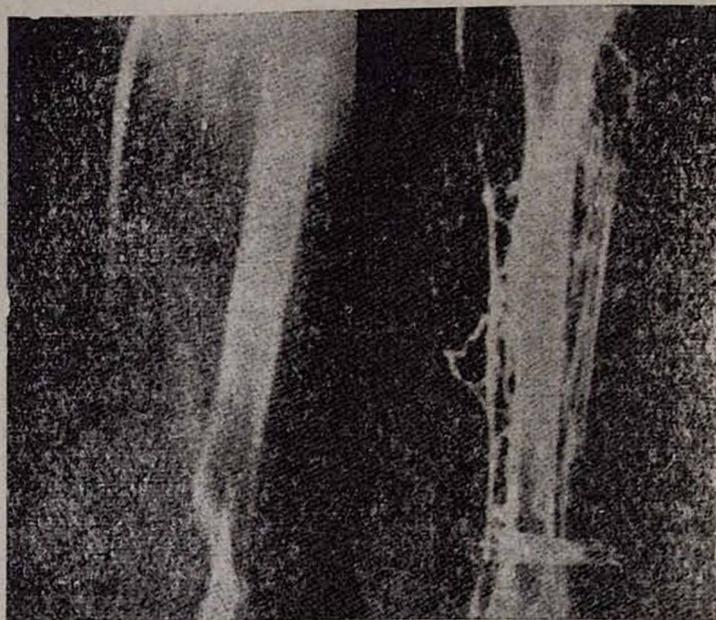


Рис. 1. Посттромботическая болезнь, частичная реканализация бедренной вены.

У больных варикозной болезнью в стадии компенсации мышечный кровоток после операции у 80% повысился и в среднем составлял $6,7 \pm 0,9$ мл/100 г/мин. по сравнению с исходным $5,6 \pm 0,21$ мл/100 г/мин. В стадии декомпенсации увеличение мышечного кровотока наблюдалось у 45% и составляло в среднем $4,9 \pm 0,18$ мл/100 г/мин. при исходном $3,5 \pm 0,11$ мл/100 г/мин. (рис. 2). Венозное давление составляло в среднем $400 \pm 2,54$ мм вод. ст. в стадии компенсации и $560 \pm 3,12$ мм вод. ст. в стадии декомпенсации.

При микроскопическом исследовании стенок варикозных вен у этой группы больных в стадии компенсации отмечалось очаговое или диффузное утолщение интимы с небольшими участками инфильтрации лимфогистиоцитарными клетками. Внутренняя эластическая мембрана обычно подвергалась расщеплению. Средняя и наружная оболочки были склерозированы и содержали увеличенное число эластических волокон. Эти изменения были более выражены у больных, оперированных в стадии декомпенсации, в просвете вен которых почти всегда распо-

лагались организованные или организующиеся смешанные тромбы с признаками реканализации.

У больных с посттромботической болезнью мышечный кровоток после операции в стадии компенсации составлял $5,5 \pm 2,2$ мл/100 г/мин. и в стадии декомпенсации $3,7 \pm 0,64$ мл/100 г/мин. при исходном $4,3 \pm 0,31$ мл/100 г/мин и $2,8 \pm 0,01$ мл/100 г/мин. соответственно (рис. 2).

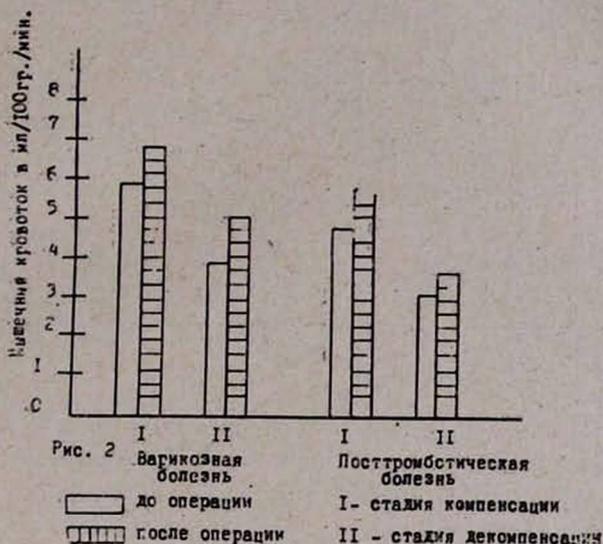


Рис. 2. Изменения мышечного кровотока в икроножных мышцах до и после операции.

Венозное давление у этой группы больных в среднем составляло $600 \pm 4,26$ мм рт. ст. при компенсированном и $800 \pm 7,63$ мм рт. ст. при декомпенсированном кровообращении.

При микроскопическом исследовании стенок вен наблюдалось очаговое или диффузное утолщение интимы, внутренняя эластическая мембрана сохранялась редко, большей частью подвергалась фрагментации, разрывам или полностью отсутствовала. Склероз стенки и гиперплазия эластических волокон были более резко выражены, чем при варикозной болезни. При этом новообразованные сосуды и перивазальные лимфогистоцитарные инфильтраты выявлялись также и в интимае. В стадии декомпенсации наблюдалось усугубление вышеописанных изменений.

Анализ послеоперационных и отдаленных результатов показал, что при варикозной болезни хорошие результаты (исчезновение болей, отеков, заживление язв) получены у 35 больных, оперированных в стадии компенсации кровообращения, а удовлетворительные—у 10. Процент неудовлетворительных результатов увеличивался у больных, оперированных в стадии декомпенсации (у 2 из 25 больных—отек, неполное заживление язв).

При посттромботической болезни в стадии компенсации из 50 больных хорошие и удовлетворительные результаты отмечены у 33 (63,6%)

и 15 (32,6%) больных соответственно. В 2 случаях состояние больных практически оставалось неизменным. Из 28 больных в стадии декомпенсации у 12 (42,8%) выявлены хорошие результаты, у 9 (32,1%) — удовлетворительные, у 7 больных — неудовлетворительные (табл. 1).

Таблица I
Послеоперационные результаты по стадиям заболевания

Заболевания	Стадии	Количество больных	Результаты в процентах		
			хорошие	удовлетворительные	неудовлетворительные
Варикозная болезнь	компенсации	45	77,5	22,5	—
	декомпенсации	25	40	52	8
Посттромботическая болезнь	компенсации	52	63,6	32,6	3,8
	декомпенсации	28	42,8	32,1	25,1
Всего		150			

Неудовлетворительные результаты операции можно объяснить наличием выраженных структурных изменений не только в удаленных сосудах, но и в оставшихся (глубокая вена), которые, по-видимому, носят необратимый характер.

Анализ проведенного исследования позволяет считать, что результаты операции находятся в прямой зависимости от степени нарушения регионарного кровообращения и характера анатомических изменений стенок вен.

Выявленные нами патологические сдвиги позволяют считать, что оперативное вмешательство при венозной недостаточности должно выполняться в ранние сроки, до развития выраженных структурных изменений сосудистой стенки.

Филиал ВНИИК и ЭХ МЗ СССР, г. Ереван

Поступило 2/IV 1979 г.

Ա. Ա. ՄԿՐՏՁՅԱՆ, Վ. Ս. ՂԱԶԱՐՅԱՆ, Մ. Բ. ԱՅՈՒՆՑ,
Գ. Ա. ՄԱՄՅԱՆ, Բ. Տ. ՎԻՐԱԲՅԱՆ, Ա. Զ. ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ

ԵՐԱԿԱՅԻՆ ԱՆԲԱՎԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՇՏԿՄԱՆ
ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ, ԿԱԽՎԱԾ ԱՐՅԱՆ ՏԵՂԱՅԻՆ ՇՐՋԱՆԱՌՈՒԹՅԱՆ
ԽԱՆԳԱՐՄԱՆ ԱՍՏԻՃԱՆԻՑ ԵՎ ԵՐԱԿՆԵՐԻ ԿԱՌՈՒՑՎԱԾՔԱՅԻՆ
ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻՑ

Ա Վ Փ Ն Փ Ն Ն

Կատարված հետազոտությունների վերլուծությունը թույլ է տալիս համարել, որ վիրաբուժական միջամտությունը պետք է կատարվի նախնական շրջաններում, մինչև անոթների պատերում վարիկոզ փոփոխությունների զարգացումը:

THE RESULTS OF SURGICAL CORRECTION OF VENOUS INSUFFICIENCY, DEPENDING ON THE DEGREE OF THE DISTURBANCE OF THE REGIONAL CIRCULATION AND VENOUS STRUCTURAL CHANGES

S u m m a r y

The analyses of the study allow to consider, that the surgical correction must be conducted in earlier terms, before development of varicose structural changes of the vascular wall.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савельев В. С., Думпе Э. П., Яблоков Е. Г. Болезни магистральных вен. М., 1972.
2. Клемент А. А., Веденский А. Н. Хирургическое лечение заболеваний вен конечностей.