

Н. О. БАГДАСАРЯН

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАСШИРЕНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ МЕТОДОМ СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ И ЭЛЕКТРОФОРЕЗА

На сегодняшний день существует ряд методов лечения варикозно-го расширения вен нижних конечностей, однако продолжают поиски новых, более совершенных методов лечения.

Таковыми являются: 1) оперативные, 2) консервативные, 3) комбинированные, 4) метод электрокоагуляции интимы больной вены.

Оперативные методы, предложенные еще издавна, многочисленны, но большинство из них отстранено ввиду их неэффективности. Более приемлемыми из оперативных методов в настоящее время являются метод Бебкокка (1907) в комбинации с методами Троянова (1888), Тренделенбурга (1890) и метод Нарата (1906). Эти операции легко переносятся больными, больших рубцов не оставляют, технически легко выполняемы. Но, тем не менее, при указанных методах рецидивы, по данным Е. К. Истомина [5], Б. С. Быковского [3], Р. П. Аскерханова [1], достигают 33%.

Все оперативные методы, по данным литературы, чреваты последствиями. Как отмечает Д. Г. Мамактавишвили [8], осложнения в послеоперационном периоде в эпоху антибиотиков стали реже, но они касаются лишь снижения числа нагноительных процессов. Не уменьшалось число случаев тромбоза, тромбоза флебита, тромбоза эмболии, лишь сократилось число смертностей от эмболий, что связано с широким применением антикоагулянтов.

И. М. Тальман [10], Д. Г. Мамактавишвили [8], Лук, Миллер [16] и др., исходя из своего многолетнего опыта, различают два вида осложнений после операций на варикозно расширенных венах нижних конечностей: 1) вследствие нанесения оперативной травмы вен, 2) вследствие погрешности хирурга при операции.

В 1948 г. Д. Г. Лук и Г. Г. Миллер [16] описали 6 случаев фатальной эмболии легочной артерии со смертельным исходом после операции и 10 случаев острого тромбоза флебита глубоких вен. Г. Х. Претт [23], Х. С. Спна, П. С. Рассел [22] наблюдали 18 случаев ампутаций конечностей вследствие перевязки бедренной артерии вместо вены. Вышеуказанное явилось причиной для поисков других, более безопасных и совершенных методов лечения варикозного расширения вен нижних конечностей и их осложнений. Впервые в России в 1864 г. Яновичем-Чейн-

ским [14] был предложен метод лечения варикозного расширения вен нижних конечностей путем инъекции в просвет расширенной вены 5—10 к. треххлористого железа. Его последователи [3, 6, 8, 11, 15, 19, 20 и др.] разработали и предложили много новых средств для облитерации вен путем их склерозирования (20—40%-ный раствор салицилового натрия, 20%-ный раствор хлористого натрия, 60%-ный раствор глюкозы, 65%-ный раствор колорозы, 50%-ный раствор лимоннокислого натрия, хинин-уретан, двуйодистая ртуть, углекислый натрий, метафен, смесь Б. С. Быковского, 5%-ный варикоцид, вариглобин с воздухом и др.). Но вскоре многие из указанных препаратов были отстранены ввиду неэффективности, кроме 5%-ного варикоцида, вариглобина, тромбовара, 35%-ного бромистого натрия. Непрактичность этих препаратов заключается в том, что некоторые из них вызывают поздние боли—спустя 12—24 ч. после инъекции, которые длятся несколько суток, другие вызывают острый распространенный флебит, тромбофлебиты, некроз с долго незаживающими язвами на месте инъекции, третьи—непрочный тромб, который зачатую дает эмболию и т. д. [1, 3, 8 и др.].

В 1927 г. был предложен комбинированный метод лечения варикозного расширения вен нижних конечностей. Производилась операция по Троянову-Тренделенбургу, затем в периферическую выключенную вену вливалось 100,0—150,0 склерозирующего вещества. Этот метод также не оправдал себя ввиду большого процента рецидивов, интоксикаций, тромбофлебитов глубоких вен, эмболий, некрозов подкожной клетчатки и кожи по ходу вены. За последние годы в СССР С. Р. Лампером [7] разработан метод электрокоагуляции интимы вены с целью облитерации ее путем введения в просвет вены биактивного биполярного электрода. Последний по своей эффективности намного превосшел существующие методы лечения, но пока широкого применения не имеет.

С 1966 г. мы применяем модификацию комбинированного механического и химического метода лечения расширения вен нижних конечностей. При любом виде варикоза вена разделяется на отдельные сегменты путем наложения чрезкожных погружных кетгутовых швов по Кляппу или Булыгинскому через каждые 8—10 см. Спустя 5—6 дней в изолированные сегменты вены между лигатурами после их опорожнения вводится 35%-ный раствор бромистого натрия для склерозирования. В один сеанс накладывается 2—4 шва, склерозирующий раствор вводится через каждые 2 дня по 1,5—2,0.

Положительная сторона этого метода заключается в следующем: а) ввиду малого количества склерозирующего раствора (1,5—2,0) устраняются боли при инъекции, и поэтому больные охотно идут на лечение; б) в случае местного флебита процесс ограничивается данным сегментом; в) препарат мало разбавляется кровью и дает хороший эффект; г) препарат не отводится током крови дальше данного сегмента; д) образующийся тромб прочный и нет опасности эмболии; е) легко исполним; ж) полностью сохраняется трудоспособность больных. В

случае постинъекционного острого флебита, тромбофлебита, панфлебита с наличием воспалительного инфильтрата в любом сегменте подкожных вен больной не оперируется, а местно применяются противовоспалительные препараты из групп сульфанаминов или салицилатов в сочетании с противосвертывающими и гормональными препаратами при помощи электрофореза. Эти препараты назначаются по определенной схеме и через определенный электрод аппарата электрофореза. Электрофорез применяется сразу же, как только появляется воспаление на месте инъекции. Своевременное применение метода дает хороший результат.

Противопоказания: а) при трофических язвах, б) открытой раневой поверхности, в) ожогах II—III—IV степени, г) при инфицированных ранах, д) гнойных тромбофлебитах, которые подлежат хирургическому вмешательству.

Показания к применению этого метода широкие.

Назначается 2%-ный раствор стрептоцида или один из препаратов салициловой группы в растворе, подкисленном концентрированной соляной кислотой [1, 3], через анод ежедневно в течение 5—10 дней в зависимости от давности, фазы и площади воспалительного процесса. После утихания процесса для полного рассасывания инфильтрата назначается один день 10 мг трипсина, на другой—раствор гепарина 7000 ед. на один сеанс через катод. После 10—15 сеансов такого лечения шнуровидные уплотнения стенки вены исчезают, отек и боли проходят, больной свободно двигается, восстанавливается работоспособность.

За 1966—1968 гг. в Ленинканской I городской больнице и поликлинике лечились 129 больных с варикозным расширением вен нижних конечностей, из них 13 мужчин (10,01%) и 116 женщин (89,99%). Возраст больных: 16—25 лет—10, 26—35 лет—85, 36—45 лет—32, 45—50 лет—2 больных. Давность заболевания: 97 больных до 5 лет, 30—более 5 лет, 2—до 10 лет. Из 129 больных у 15 были варикозные язвы (у 9—на правой голени, у 6—на левой). У 3 больных были разрывы варикозных узлов на голени.

Магистральный мешетчатый тип расширения большой подкожной вены на правой голени выявлен у 17 больных, малой подкожной вены—у 5; сетевидный тип большой подкожной вены—у 22 больных, малой подкожной вены—у 6; сетевидный тип малой и большой подкожных вен правой голени—у 15 больных. Локализация патологического процесса на правой голени выявлена у 65 больных (41,5%). У 26 больных (11,2%) процесс был локализован на левой голени, из них поражение большой подкожной вены магистрально-мешетчатого типа наблюдалось у 8, малой подкожной вены—у 6, обеих подкожных вен—у 12 больных. У 38 больных (29,59%) процесс локализовался на обеих голених и бедре, из них у 2—на голених и бедре, у 14 наблюдалось поражение обеих больших подкожных вен магистрально-мешетчатого типа, у 6—малой подкожной вены такого же типа, у 16 больных—обеих подкожных вен обеих голених сетевидного или рассыпчатого типа.

Курс лечения при поражении одной конечности, причем одной подкожной вены магистрального типа, даже в стадии декомпенсации, этим способом длится 18 дней (до 15 манипуляций); при поражении обеих подкожных вен одной голени—до 30 дней (больше 20 манипуляций). Из 129 лечившихся больных у 109 наблюдали положительные непосредственные и отдаленные (2 года 6 мес.) результаты (85,28%), удовлетворительные—у 15 (11,6%), неудовлетворительные—у 5 (3,89%). У 45 больных из 129 имелись постинъекционные флебиты, тромбофлебиты, воспалительные инфильтраты и нагноившиеся швы с образованием инфильтратов, которые бесследно проходили после 15 сеансов электрофореза указанным выше способом.

Таким образом, лечение варикозного расширения вен нижних конечностей и вышеуказанных постинъекционных осложнений методом электрофореза с противовоспалительными, противосвертывающими и гормонопрепаратами является легко переносимым, эффективным, нетравматичным методом лечения, который исключает оперативное вмешательство при тромбофлебитах поверхностных подкожных вен, быстро восстанавливает трудоспособность больных и является приемлемым даже в условиях поликлиники.

Хирургическое отделение
Ленинканской I больницы

Поступило 28/II 1969 г.

Կ. Հ. ԲԱԴԴԱՍԱՐՅԱՆ

ՍՏՈՐԻՆ ԾԱՅՐԱՆԴԱՄՆԵՐԻ ԵՐԱԿՆԵՐԻ ՎԱՐԻԿՈԶ ԼԱՅՆԱՑՄԱՆ
ԵՎ ՆՐԱ ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ ՕՐԼԻՏԵՐԱՑԻԱՅԻ ԵՎ
ԷԼԵԿՏՐԱՖՈՐԵԶԻ ՄԻՋՈՑՈՎ

Ա. մ փ ո փ ու մ

Ստորին ծայրանդամների երակների վարիկոզ լայնացման բուժումը առ այսօր իր վերջնական լուծումը չի գտել: Բուժման առաջնակարգ մեթոդը ներկայումս համարվում է վիրաբուժական միջամտությունը, բայց այն դեռևս վերջնական չէ, որովհետև տալիս է մեծ տոկոսի հետվիրահատական բարդություններ և հիվանդության կրկնում: Իր նշանակությունը չի կորցրել նաև կոնսերվատիվ բուժման մեթոդը քիմիական նյութերի միջոցով՝ օրլիտերացիայի ձևով: Մեծ էֆեկտիվություն ունի ներկայումս մեր կողմից կիրառվող կոմբինացված ձևի մոդիֆիկացիան, որը հանդիսանում է մեխանիկական և քիմիական միջոցների համագործակցված կիրառումը հետևյալ ձևով. ներմաշկային, կետգութային, սուզվող կարերի միջոցով, որը դրվում է երակի պատի վրա, երակը բաժանվում է առանձին սեզմենտների, որոնց երկարությունը չպետք է գերազանցի 10-սմ-ից, և յուրաքանչյուր սեզմենտի առանձին օրլիտերացիա 35% բրոմի աղի լուծույթով:

Կոնսերվատիվ բուժման էֆեկտիվությունը նսեմացնում էր հետինեկցիոն բարդությունների (թրոմբոֆլեբիտների, ֆլեբիտների, պան- և պերիֆլեբիտ-

ների) բուժման երկարատևությունը, որը հիվանդին երկար ժամանակով կտրու՞մ էր աշխատանքից և հանգստից:

Ներկայումս մենք օգտագործում ենք հակաբորբոքային, թրոմբոլիզող և հորմոնային միջոցներ էլեկտրաֆորեզի միջոցով, որը հետինեկցիոն բարդությունների դեպքում բուժման ժամկետը կրկնակի անգամ կարճացնում է:

Եթե մինչև այժմ ենթամաշկային երակի թրոմբի ներծծումը տևում էր մինչև 6 ամիս, առանց վիրահատման, ապա ներկայումս տևում է 10—30 օր, բացառելով վիրահատման անհրաժեշտությունը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аскерханов Р. П. Труды Дагестанского медицинского института, IV. Махачкала, 1948, стр. 392.
2. Булыгинский Г. Н. Вестник хирургии, 1930, 9, стр. 56.
3. Быковский Б. С. Хирургия. Смоленск, 1934, стр. 66.
4. Гусев П. Ф. Хирургия, 1907, 21, стр. 487.
5. Истомин Е. К. В кн.: X съезд российских хирургов. М., 1911, стр. 10.
6. Кузин М. И. Руководство по хирургии, X. М., 1964, стр. 550.
7. Лампер С. Р. Хирургия, 1966, 11, стр. 111.
8. Мамамтавришвили Д. Г. Вестник хирургии, 1937, 51, 135, 5, стр. 66.
9. Петросян С. З. Диссертация. Ереван, 1958.
10. Тальман И. М. Предупреждение и лечение варикозного расширения вен. М.—Л., 1962.
11. Тохян А. Д. Труды I съезда Азербайджанского медицинского общества. Баку, 1936, стр. 685.
12. Хархута А. Ф. Диссертация. М., 1960.
13. Ходкевич С. П. Инъекционные методы лечения варикозных вен нижних конечностей. Томск, 1948, стр. 158.
14. Янович-Чейнский С. Диссертация. С.-П., 1864.
15. Genderson J. J. Cardiovasc-Surg., 1967, 8, 1, 46.
16. Luke J. G. a Miller G. G. J. Surg., 1948, 127, 3, 426.
17. Maerz F. Die ambulante Behandlung der varicosen Symptomocomplexes. Sftutgard, 1957.
18. Muers P. T. J. Am. med. ass, 1957, 163, 2, 87.
19. Sicard Marsels med., 1920, 231. Managreff.
20. Tournau R. Les malaeies des veins cliniguent treatment. Paris, 1953.
21. Trendelenburg F. Beiter Klin. chir., 1890, 7, 1, 195.
22. Spiar H. S., Russell P. S. Ann. Surg., 1954, 139, 1, 106.
23. Pratt G. H. J. Amer. med. ass, 1941, 117, 2, 100.
24. Vinser P. Acta chir. Scandinav., 1949, 97, 5, 430.