

УДК 616.147.3—007.64—089

В. А. ГРИГОРЯН

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН
НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В СВЕТЕ ОТДАЛЕННЫХ
РЕЗУЛЬТАТОВ

Изучены отдаленные результаты различных способов хирургического лечения у больных с дееспособным и недостаточным клапанном аппаратом глубоких и перфорантных вен. Выявлено, что при дееспособных перфорантных венах различные способы удаления поверхностных расширенных вен дают почти одинаковые результаты. При недееспособных перфорантных венах для получения лучших результатов наряду с удалением поверхностных расширенных вен должны производиться и операции, направленные на разобщение глубокой и поверхностной венозной систем.

Отдаленные результаты хирургического лечения при нормальном и недостаточном клапанном аппарате глубоких и перфорантных вен в литературе приведены в общем, без учета состояния гемодинамики конечности, клапанного аппарата глубоких и перфорантных вен, уровня вено-венозного сброса или способов оперативного вмешательства [1—17]. Однако эти факторы имеют существенное значение для правильной оценки отдаленных результатов лечения и непосредственно влияют на них [6]. Состояние клапанного аппарата глубоких и перфорантных вен к тому же имеет большое значение и в выборе способов хирургического лечения.

Отсутствие указанных факторов снижает ценность сведений об отдаленных результатах при этой патологии и, на наш взгляд, объясняет их большую разноречивость.

Достаточно сказать, что плохие результаты и рецидивы хирургического лечения, по данным указанных авторов, составляют от 0,9 до 77%.

По материалам клиник общей хирургии г. Еревана с 1961 до 1973 г. 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). У 458 обследованных больных на 502 конечностях проведено хирургическое лечение в сочетании в некоторых случаях с электрокоагуляцией и склеротерапией. Экстравазальные сдавления выявлены на 80 ко-

нечиюстях, 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. При оценке отдаленных результатов лечения нужен строго индивидуальный подход, т. е. необходимо учитывать, с каким состоянием конечности больные поступили на лечение и какой получен результат. В вопросе выбора критериев для оценки отдаленных результатов нельзя одинаково подходить к больным, которые поступили на лечение из косметических соображений, и к больным с тяжелыми трофическими расстройствами и осложнениями. Нельзя сравнивать также результаты разных способов оперативных вмешательств, выполненных в различных условиях, например, операцию Бэбкока, произведенную на конечности в стадии компенсации кровообращения при дееспособном клапанном аппарате глубоких и перфорантных вен, с операцией Маделунга, произведенной в стадии декомпенсации при недостаточности глубоких и перфорантных вен, тем более при трофических нарушениях и осложнениях.

Результаты лечения оценивались следующим образом: отличный результат—отсутствуют жалобы и объективные признаки болезни, трудоспособность полностью сохранена. Хороший результат—отсутствуют жалобы, но имеются слабо выраженные объективные проявления заболевания или небольшие жалобы при отсутствии объективных признаков. Наблюдается значительное улучшение в состоянии больных, трудоспособность сохранена. Удовлетворительный результат—умеренно выраженные жалобы или объективные признаки заболевания или и те и другие, выраженные в слабой степени. Состояние больных и конечности лучше, чем до лечения. Плохой результат—лечение оказалось безрезультатным. Субъективные и объективные проявления болезни мало чем отличаются от тех, которые были до лечения, не говоря уже об ухудшении в состоянии больных.

Применявшиеся методы оперативного лечения мы разделили на две группы: первая—операции, которые были направлены только на удаление поверхностных расширенных вен тем или иным способом; вторая—операции, которые были направлены на удаление поверхностных расширенных вен и на разобщение поверхностной и глубокой венозной систем. В соответствии с этим больные также были разделены на две группы: первая—с дееспособными перфорантными венами и вторая—с их недостаточностью. Больных с недееспособным клапанным аппаратом глубоких вен мы не выделили в отдельную группу, так как операции, направленные на их наружную коррекцию, были произведены нами в недостаточном для сравнения количестве. Больным первой группы выполнены операции, направленные только на удаление поверхностных расширенных вен, второй—вышеуказанные операции или те же операции, но в сочетании с операциями разобщения поверхностной и глубокой венозной систем (операции Линтона, Кокетта, Фельдера). При экстравазальных сдавлениях (67 конечностей) производилась

также и декомпрессия. Перечисленные операции в некоторых случаях сочетались с образованием фасциального биндажа, иссечением и пластикой язв, иссечением коллатералей, обработкой окололодыжечных перфорантов. Результаты лечения приведены в табл. 1.

По нашим данным, результаты лечения зависят также от состояния гемодинамики конечности. Наихудшие результаты наблюдаются в стадии декомпенсации кровообращения. В связи с этим для подтверждения достоверности результатов лечения, приведенных в табл. 1, в табл. 2 приводится состояние гемодинамики конечности больных с недостаточными перфорантными венами, которым были произведены указанные выше оперативные вмешательства. В табл. 3 приведены способы оперативных вмешательств, выполненных у первой группы больных, и их результаты. Не имея возможности осветить в этой статье и причины рецидивов расширений вен, можем сказать (и это подтверждается на нашем материале), что при дееспособных перфорантных венах не имеет никакого значения, каким способом удалена поверхностно-расширенная магистральная вена или расширенные коллатерали, главное, чтобы все патологически измененные вены были полностью удалены. Другое дело—преимущества и недостатки какого-либо способа для достижения этой цели в каждом конкретном случае. Здесь для выбора способа оперативного лечения нужно учитывать анатомический тип расширенной вены (стволовой, рассыпной, смешанный), область, охваченную расширением вен, пораженную венозную систему и т. д. Необходимо иметь в виду, особенно у женщин, и косметический эффект предполагаемой операции при равных с другими операциями показаниях. Например, операции Бэбкока, Нарата, Маделунга дают один и тот же результат в смысле удаления, например, ствола большой подкожной вены, но косметический эффект этих операций различен. При рассыпном типе расширений и извилистости вен при поражении бедра и голени вряд ли удастся удалить вены по Бэбкоку, а операция Маделунга будет некосметичной и чреватой осложнениями. В этих случаях показана операция Нарата, а при небольшом диаметре расширенных вен и их протяжении—Клаппа-Соколова и сочетание этих операций. Во всех случаях поражения магистрального ствола необходимо первым делом произвести операцию Троянова-Тренделенбурга, а затем удалить расширенные вены. При недостаточности перфорантных вен наряду с удалением поверхностных расширенных вен для получения лучших результатов необходима и операция по разобщению поверхностной и глубокой венозной систем.

На указанных выше соображениях основывается и выбор способов этих операций. Так, при поражении малой подкожной вены и дренирующих ее перфорантов операции Линтона или Коккета нецелесообразны, так же как и в случаях недостаточности одновременно медиальных, латеральных и задних перфорантов. Здесь наиболее радикальна операция Фильдера. Там, где имеется изолированное поражение перфорантов нижней трети голени, показана операция Коккета, а при не-

Состояние клапанного аппарата глубоких и перфорантных вен	Количество конечностей	Операции	Результаты лечения							
			отл.	%	хор.	%	удовл.	%	плохие	%
Дееспособные глубокие и перфорантные вены	44	направленные на удаление поверхностных расширенных вен	28	63,6	13	29,6	3	6,8	—	—
Недееспособные глубокие и нормальные перфорантные вены	23		3	13	18	78,3	2	8,7	—	—
Проходимые глубокие и дееспособные перфорантные вены	33		17	51,5	9	27,3	5	15,1	2	6,1
Итого	100 (19,9%)		48	48	40	40	10	10	2	2
Дееспособные глубокие и недостаточные перфорантные вены	67	направленные на удаление поверхностных расширенных вен	7	10,4	31	46,3	16	23,9	13	19,4
Недееспособные глубокие и перфорантные вены	134		12	9	41	30,6	37	27,6	44	32,8
Проходимые глубокие и недостаточные перфорантные вены	51		4	7,8	14	27,5	16	31,4	17	33,3
Итого	252 (50,2%)		23	9,1	86	34,1	69	27,4	74	29,4
Дееспособные глубокие и недостаточные перфорантные вены	30	направленные на удаление поверхностных расширенных вен и на разобщение глубокой и поверхностной венозной систем	7	23,3	17	56,7	6	20	—	—
Недееспособные глубокие и перфорантные вены	74		9	12,2	35	47,3	24	32,4	6	8,1
Проходимые глубокие и недостаточные перфорантные вены	13		3	23,1	5	38,4	2	15,4	3	23,1
Итого	117 (23,3%)		19	16,2	57	48,7	32	27,4	9	7,7
Не обследованные в специальном плане больные (конечности)	33 (6,6%)	направленные на удаление поверхностных расширенных вен	7	21,2	1	3	7	21,2	18	54,6
Всего	502		97	19,3	184	36,7	118	23,5	103	20,5

Примечание. Во всех случаях у 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 трудно было судить.

достаточности на всем протяжении медиальной поверхности голени — Линтона. Помимо указанных основных факторов, играющих роль в выборе методов оперативного лечения, есть и другие, руководствоваться которыми нужно в каждом конкретном случае.

Больные, не обследованные в специальном плане (функциональные пробы, флебография, флеботонометрия, определение скорости кровотока), составили третью группу (эти больные в основном были оперированы с 1960 по 1966 г.). Им произведены были операции только удаления поверхностных расширенных вен. Как видно из табл. 1, наихудшие результаты лечения имели место именно у этих больных.

Таблица 2

Операции	Количество конечностей	Состояние гемодинамики					
		компенсация	%	субкомпенсация	%	декомпенсация	%
Направленные на удаление поверхностных расширенных вен	252	75	29,8	127	50,4	50	19,8
Направленные на удаление поверхностных расширенных вен и на разобщение поверхностной и глубокой венозной систем	117	20	17,1	39	33,3	58	49,6
Итого	369	95	25,7	166	45	108	29,3

	Количество конечностей	Отдаленные результаты лечения							
		отл.	%	хор.	%	удовл.	%	плохие	%
Троянова-Бэбкока	23	12	52,2	8	34,8	3	13	—	—
Троянова-Бэбкока-Нарата	32	13	40,6	16	50	3	9,4	—	—
Троянова-Бэбкока-Маделунга	13	7	53,8	4	30,8	1	7,7	1	7,7
Троянова-Маделунга	12	7	58,3	4	33,3	1	8,4	—	—
Троянова-Нарата	11	6	54,5	5	45,5	—	—	—	—
Различные сочетания этих операций	9	3	33,3	3	33,3	2	22,2	1	11,2
Итого	100	48	48	40	40	10	10	2	2

Таким образом, различные способы удаления поверхностных расширенных вен при дееспособных перфорантах, если они правильно выбраны и выполнены без технических погрешностей, дают почти одинаковые результаты лечения. При недееспособности перфорантных вен должны обязательно производиться и операции, направленные на разобщение глубокой и поверхностной венозной систем. Ограничиваться вмешательством лишь на подкожных расширенных венах в этих слу-

չափա անընդհատ. Բոլոր, ոչ քննարկուած և սոցիալական խնայողական ծրագրեր, ոչ պարզապէս օպերատիվ ծրագրեր:

Կաթեդրային քրուրգիայի Երեւանի
մեդիցինական ինստիտուտ

Ստացուած 16.VII.1979 թ.

Վ. Ա. ԳՐԻԳՐԻԱՆ

ՎԻՍՏԱՅԻՆԱԿԱՆ ՏԱՐԲԵՐ ՄԻՋՈՑՆԵՐԻ ՕԳՆՈՒԹՅԱՄԲ ՄԱԿԵՐԵՍԱՅԻՆ
ԼԱՅՆԱՅԱՍ ԵՐԱԿԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԵՌԱՎՈՐ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ

Ուսումնասիրուած են վիրաբուժական տարբեր միջոցների բուժման հեռա-
վոր արդիւնքները 1-ից 13 տարեկան ժամանակամիջոցում՝ 458 հիվանդի մոտ,
502 ստորին վերջուկների վրա, բաժարար և անբաժարար պերֆորանտ երակ-
ների ֆունկցիոնալ դրոժիւսի ժամանակ:

Բուժման ամենարդիւնատ արդիւնքները ստացվել են առաջին խմբի
հիվանդների մոտ:

Այստեղ տարբեր օպերատիվ միջամտութիւնները, որոնք ուղղված են
միայն մակերեսային լայնացած երակների հեռացմանը, եթե նրանք ճիշտ են
ընտրված և կատարված են առանց տեխնիկական սխալների տալիս են համար-
յա նույն արդիւնքները: Վատ արդիւնքները այդ խմբի հիվանդների մոտ
նկատվել են 2% դեպքում: Երկրորդ խմբի հիվանդների մոտ, պերֆորանտ
երակների անբաժարարութեամբ, լավագոյն արդիւնքները ստացվել են այն
դեպքում, երբ լայնացած մակերեսային երակների հեռացումը ուղեկցվել է
նաև խորանիւստ և մակերեսային երակների ախտամիջանցաւորումով: Այդ հի-
վանդների մոտ վատ արդիւնքները կազմել են 7,7%: Այդ նույն խմբի հի-
վանդների մոտ, որտեղ վիրաբուժական միջամտութիւնը սահմանափակվել է
միայն մակերեսային լայնացած երակների հեռացումով վատ արդիւնքները
կազմել են 29,4%:

Ամենավատ բուժման արդիւնքները ստացվել են հատուկ պլանով չհետա-
դուսված հիվանդների մոտ: Նրանց մոտ կատարվել են միայն մակերեսային
լայնացած երակների հեռացում: Այստեղ վատ արդիւնքները նկատվել են
54,6% հիվանդների մոտ:

V. A. GRIGORIAN

COMPARATIVE EVALUATION OF DIFFERENT KINDS OF SURGICAL
TREATMENT OF VARICOSE VEIN DISEASE OF THE LOWER
EXTREMITIES IN THE LIGHT OF PROLONGED RESULTS

There have been studied the prolonged results of different kinds of
surgical treatment in patients with insufficient or active valval apparatus
of deep and perforant veins. In perforant veins, having capacity
for acting different kinds of removal of superficial dilated veins demon-
strate similar results. In perforant veins incapable for acting parallel

with the treatment mentioned above it is recommended to conduct an operation for isolation of the deep and superficial venous systems.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Алексеев П. П., Багдасарян В. С., Ковалева А. Г. Сов. мед., 1974, 10, стр. 56.
2. Аксерханов Р. П. Хирургия периферических вен. Махаткала, 1973.
3. Багдасарян В. С., Ковалева А. Г. Материалы научн. конференции, т. XXVI. Смоленск, 1968, стр. 32.
4. Байкова Э. З., Рудольфи В. А., Стариков А. Е. Хирургия, 1973, 4, стр. 109.
5. Галстян Ст. М. Автореферат докт. дисс. Ереван, 1972.
6. Григорян В. А. Кровообращение АН Арм. ССР, 1978, 6, 11, стр. 52.
7. Зарубин С. А. Клин. мед., 1962, 40, 10, стр. 86.
8. Краковский Н. И., Колесникова Р. С., Заварина И. К. Сов. мед., 1974, 10, стр. 67.
9. Хархута А. Ф. Хирургия, 1961, 5, стр. 38.
10. Цыбернэ К. А., Григорян А. В., Гостищев В. Е., Гроза С. В. Болезни вен нижних конечностей. Кишинев, 1972.
11. Шатковский Е. К. Вестн. хирургии, 1939, 58, 1, стр. 36.
12. Di Maria G. Rev. Prat., 1970, 20, 13, 2017.
13. Fontaine R., Sapicas J., Tuchmann L., Suhler A. Strasbourg med., 1962, 13, 583.
14. Lafgren K. A. et al. Arch. Surg., 1958, 76, 310.
15. Martinet J. D. Phlebologie, 1971, 24, 3, 229.
16. Moore J. M. Scot. Med. J., 1957, 2, 8, 319.
17. Pillot-Bienayme P. Bull. Mem. Soc. Chir. Paris. 1972, 62, 2, 114.