

© ПЕТУХОВ В.И. , 2005

ХАРАКТЕР ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ВОЗМОЖНОСТИ СКЛЕРОТЕРАПИИ

ПЕТУХОВ В.И.

*УО «Витебский государственный медицинский университет»,
кафедра хирургии ФПКС и ПК*

Резюме. В данной статье приводится анализ характера функциональных нарушений у больных варикозным расширением вен нижних конечностей. Флебосклерозирующая терапия тромбоваром является эффективным методом лечения больных с минимальными нарушениями функции кровообращения. Количество осложнений уменьшилось с 17,5% до 2,3%.

Ключевые слова: варикозная болезнь, функциональные нарушения, склеротерапия.

Abstract. This article deals with the analysis of functional disorders in patients with lower extremity varicosis. High efficacy of sclerotherapy in patients with minimal circulatory disturbances was proved. The number of complications decreased from 17,5% to 2,3%.

Варикозная болезнь вен нижних конечностей (ВБВНК) относится к наиболее часто встречающимся заболеваниям, поражает большое количество людей, приводит к значительным трудовым потерям, а иногда и инвалидности. Среднегодовое количество больных варикозным расширением вен, стоящих на диспансерном учете, составляет, по разным поликлиникам, от 55 до 70 на 100000 населения, причем это пациенты, перенесшие оперативное вмешательство, больные с ПТФС – от 35 до 50 на 100000 населения. Несколько выше эти показатели среди работающих. ВБВНК – 65 – 90, ПТФС – 40 – 80 на 100000 населения. Таким образом, существующая система учета боль-

ных с венозной патологией декларирует уровень заболеваемости венозной патологией нижних конечностей в пределах 0,9 – 1,2 %, а среди работающих – 1 – 1,7%. По нашим данным, распространенность ВБВНК составляет 28% среди трудоспособного населения. В то же время, анализ амбулаторных карт больных в любой поликлинике республики обнаруживает различную терминологию и несоответствие между реально существующим заболеванием вен и выставленным диагнозом. А ведь слова, составляющие диагноз, это не просто слова, это программа лечения. Неправильная формула нередко приводит к ошибкам в лечении. Большинство врачей, как правило, испытывает затруднения в оценке степени нарушения функции венозной системы, в установлении точного морфофункционального диагноза. Показания к тому или иному методу лечения базируются на представлениях, сложив-

Адрес для корреспонденции: г. Витебск, пр. Фрунзе 52, кв. 54, тел. служ. 21-91-99, дом. 24-87-26, e-mail: lancet.vip@tut.by – Петухов В.И.

шихся 30-50 лет тому назад. До настоящего времени окончательно не определено место флебосклерозирующей терапии (ФСТ) в лечении варикозного расширения вен нижних конечностей.

Методы

С целью изучения распространенности ВБВНК, причин развития заболевания, наличия и характера функциональных нарушений и морфологических изменений при развитии болезни обследовано 1879 работников промышленных предприятий, служащих и работников сельского хозяйства, в том числе 1068 мужчин и 811 женщин. Методы и результаты лечения ВБВНК изучены у 1195 больных, лечившихся в Витебской областной клинической больнице, поликлинике ТМО – 3 г. Витебска, консультативном флебологическом приеме в 1995 – 2000 г.г. Всего обследовано 3074 человек.

Прежде чем говорить о клинических проявлениях ВБВНК, следует обратить внимание на тот факт, что значительная часть населения часто не ассоциирует начало заболевания с первыми морфологическими проявлениями. К сожалению, санитарная культура в области данной патологии такова, что большинство больных ВБВНК придают значение своему заболеванию только тогда, когда оно начинает приносить физические неудобства и даже страдания. Мы изучили этот вопрос по данным анкетирования. Как показали наши исследования, никогда не получали никаких лечебных мероприятий 56,9% пациентов, а 29,3% лечилась эпизодически. Следует отметить, что эпизодическое консервативное лечение применялось больными, как правило, по рекомендации врачей, так как пациенты по собственной инициативе ограничились либо однократным применением назначенного лечения, либо время от времени повторяли его только во время появления неприятных ощущений в конечностях. Мы не включили в эту группу больных, самостоятельно прибегавших к методам нетрадиционной медицины или применявших препараты типа пищевых доба-

вок. Большинство пациентов указали на применение лекарственных средств (троксевазин внутрь либо в виде геля) – 59%, только бинты – 27%, и комбинация этих методик – 14% больных. Таким образом, группа больных, которые до обращения на специализированный прием или не лечилась вовсе, или прибегала к лечению крайне нерегулярно, составляет 86,2% от всех обратившихся, что свидетельствует о крайнем невнимании как населения, так и медицинских работников к проблеме ВБВНК. Только 13,8% больных до посещения флебологического приема получало специализированное лечение.

Систематическое консервативное лечение применяло 7,5% больных. Как правило, это были больные с небольшой длительностью заболевания и относящиеся внимательно к себе и своему здоровью. Они выполняли все рекомендации врача на протяжении ряда месяцев, а некоторые из них и 2-3 года. На специализированный прием больные обратились из-за неудовлетворенности результатами консервативного лечения.

Хирургическое лечение по поводу ВБВНК было применено у 6,2% больных. Причиной обращения на специализированный прием, как правило, были ложные рецидивы на оперированной конечности, однако ряд больных обратился для ФСТ на противоположной конечности.

Флебосклерозирующая терапия применялась у 0,1% обследованных больных ВБВНК. Повторно они обращались либо по поводу полного рецидива для решения вопроса о дальнейшем лечении, либо для коррекции ранее полученного результата.

Результаты и обсуждение

Разумеется, клинические проявления варикозной болезни вен нижних конечностей чрезвычайно разнообразны.

В анализ включен собственный опыт лечения 800 больных ВБВНК методом флебосклерозирующей терапии. Основываясь на жалобах больных, мы выделили функциональ-

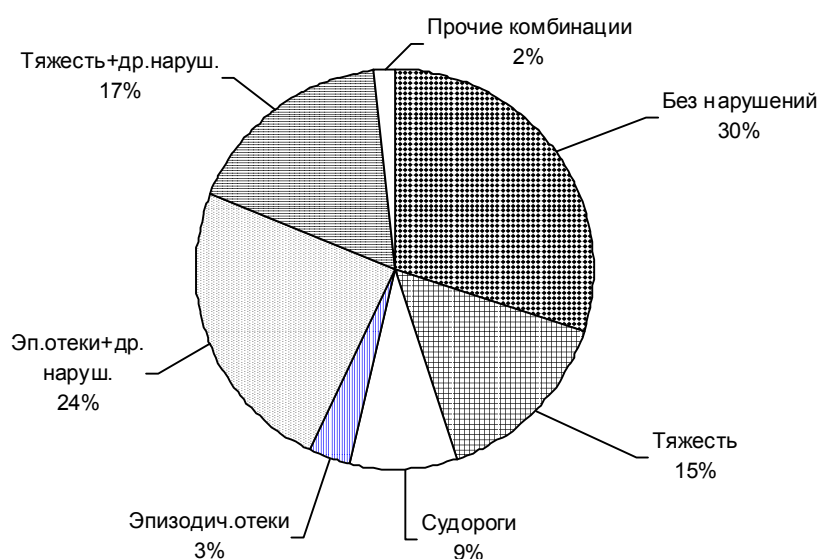


Рис. 1. Структура функциональных нарушений у больных ВБВНК.

ные признаки нарушений. Следует сразу отметить, что степень функциональных нарушений и степень анатомического поражения далеко не всегда параллельны.

Характеристика степени функциональных нарушений у больных ВБВНК представлена нами десятью последовательными позициями:

- 1) отсутствие нарушений,
- 2) эпизодические отеки,
- 3) чувство тяжести в ногах (гудят ноги),
- 4) ночные судороги,
- 5) систематические отеки,
- 6) постоянные отеки,
- 7) гиперпигментация кожи, дерматиты,
- 8) хронические отеки (лимфостаз),
- 9) медленное заживление ран, ссадин на голени,
- 10) язвы.

Под эпизодическими отеками мы понимаем такое состояние больных, когда им приходится вспоминать об отдельных фактах появления изолированного отека пораженной конечности. Понятие систематических отеков мы напрямую связываем с недостаточностью венозного оттока. К ним следует отнести ре-

гулярно появляющиеся отеки голеней, особенно в области лодыжек после напряженного дня. Женщины впервые замечают их в конце рабочего дня, меняя обувь. Эти отеки всегда проходят за ночь, в спокойные дни могут не появляться вовсе. Постоянные отеки, как правило, связаны с дальнейшим прогрессированием патологии и характеризуются тем, что за время отдыха проходят не всегда. После проведенного курса лечения они исчезают, но после нагрузки неизбежно появляются вновь. И, наконец, хронические отеки. Они, как правило, сопровождают гиперпигментацию и дерматит (но могут быть и самостоятельными), появление их свидетельствует о присоединении лимфостаза и начале декомпенсации венозного кровообращения. Следующий уровень нарушения оттока характеризуется медленным заживлением ран. Крайним проявлением нарушения трофики, вследствие венозного застоя, является формирование незаживающих язв.

Отсутствие функциональных нарушений наблюдалось у 35% пациентов, а наиболее частыми функциональными нарушениями являлись чувство тяжести, ночные судороги и их

комбинации (рис 1). Вопреки устоявшемуся мнению, отеки, даже эпизодические, не являются одним из ведущих симптомов начальных стадий варикозного расширения вен нижних конечностей.

В то же время, по мере прогрессирования заболевания и расширения объема функциональных нарушений, частота появления отеков значительно увеличивалась. Так, процент возникновения эпизодических отеков в комбинации с чувством тяжести и судорогами возрастал до 26,2%. Та же картина наблюдалась при анализе такого феномена, как «чувство тяжести». Изолированно этот симптом встречался только у 21% больных, тогда как в комбинации его частота возрастала весьма значительно и отмечалась более чем у 50% больных.

Ночные судороги как изолированный симптом встречались редко, в 8,9% случаев. Выявить этот признак можно только при целенаправленном опросе пациентов, так как большинство из них никак не связывали ночные судороги с имеющимся заболеванием. Несмотря на то, что в изолированном виде он встречался достаточно редко, в комбинациях его частота возрастала в 4 раза и составила 35%. Разумеется, еще чаще данный признак встречался при прогрессировании заболевания.

Мы считаем, что тщательный анализ функциональных нарушений в совокупности с анатомической картиной ВБВНК дает возможность дифференцированно подходить к выбору метода лечения варикозной болезни, и более того, позволяет сформировать новую рабочую классификацию ВБВНК, адаптированную ко всем имеющимся в настоящее время методам лечения.

Основываясь на этих данных, мы выделяем неосложненную и осложненную формы ВБВНК, причем неосложненная характеризуется только наличием варикозного расширения, без каких либо функциональных нарушений, осложненная включает в себя наличие эпизодических отеков, чувства тяжести, судорог и систематических отеков, предъязвенная

характеризуется наличием постоянных отеков, гиперпигментации или дерматита, а язвенная включает как 9 уровень нарушений – плохое заживление ран (стадия закрывшейся язвы), так и собственно язвенную – наличие открытой варикозной язвы.

Именно в связи с тем, что варикозная болезнь столь многообразна, возникает вопрос: является ли склерозирующая терапия самостоятельным методом лечения или ее следует рассматривать как вспомогательную методику в системе лечения варикозной болезни вен нижних конечностей? Вопрос и на сегодняшний день является достаточно сложным по ряду причин, таких, как объем вмешательства, анатомические и функциональные результаты, а также наличие рецидивов истинных или ложных. В значительной степени ответы на эти вопросы заключаются в формировании подходов к выбору объекта воздействия, иными словами, показаний к склерозирующей терапии, поставленных перед собой целей, техники проведения лечения и методов контроля, а также новых подходов в формировании оценок результативности применяемого метода.

Если рассматривать в этой связи неосложненные формы варикозной болезни вен нижних конечностей, то мы считаем их, безусловно, показанием к склерозирующей терапии, при этом целью проводимого лечения является ликвидация косметического или анатомического дефекта имеющегося у больного.

Лечение осложненной формой варикозной болезни вен, с нашей точки зрения, также возможно с помощью склерозирующей терапии. При этом, как и при неосложненных формах, этот метод следует считать базисным, а не вспомогательным, однако лечение этой формы варикозного расширения вен нижних конечностей преследует уже две цели, а именно: ликвидацию анатомических и функциональных нарушений.

Язвенные формы варикозной болезни вен нижних конечностей с предъязвенным процессом (закрывшейся язвой) или открытой язвой чаще требуют хирургического вмешательства, так как склерозирующая терапия не

может претендовать на тот уровень радикализма, который требуется для лечения выраженной декомпенсации венозного оттока.

Для лечения нами использован тромбовар производства лаборатории «Promedica» (Франция), зарегистрированный на территории СНГ (№ регистрации П-8-242N008676 от 16.09.98 г. Российская Федерация, применение разрешено Министерством здравоохранения Республики Беларусь для выполнения научных исследований). Мы ни разу не использовали 3% тромбовар, наиболее широко применялся 1% раствор, в случаях трудносклерозируемых узлов или вен большого диаметра – 2% тромбовар. Используя такой подход, а также опираясь на дифференцированную характеристику морфологических изменений в венах, нам удалось получить вполне удовлетворительные результаты флебосклерозирующей терапии. Анализ результатов проводился через 5 лет (таблица 1). Нами была разработана форма повторного обследования больного, позволяющая оценить ряд направлений, по которым следует анализировать качество лечения. Проведен анализ ряда показателей:

- Морфологический ряд – наличие уплотнений, гиперпигментаций, рецидивов.
- Функциональный ряд – отеки, боли и чувство тяжести, судороги и другие функциональные нарушения по схеме, принятой при первичном осмотре.
- Временной ряд – сроки появления рецидивов.
- Самооценка пациента.

Такая дифференцированная оценка потребовалась потому, что развитие функциональных и морфологических изменений происходит далеко не всегда параллельно.

Оценка «отлично» – отсутствие рецидивов и осложнений, самооценка пациента – «отлично»

Оценка «хорошо» – появление рецидива позже 2-х лет, при наличии не более одного осложнения морфологического или функционального ряда, самооценка пациента – «отлично» или «хорошо»

Оценка «удовлетворительно» – появление рецидива в сроки от 1 до 2-х лет, при наличии не более 2-х осложнений, самооценка пациента – «хорошо» или «удовлетворительно»

Оценка «неудовлетворительно» – наличие рецидива и 2-х осложнений, самооценка пациента – «неудовлетворительно» или «удовлетворительно».

Обращает на себя внимание тот факт, что несмотря на небольшое количество неудовлетворительных результатов (12%), не очень велико и количество оценок «отлично». Следует отметить, что у пациентов, обращающихся к флебосклерозирующей терапии, требования к результатам значительно выше, чем у пациентов, подвергающихся оперативному вмешательству. Если для пациента, которому была выполнена классическая операция, наличие послеоперационных рубцов является событием естественным, и он не относит наличие рубцов к категории неудовлетворительных

Таблица 1

Отдаленные результаты ФСТ

Оценка	%
Отлично	15,7
Хорошо	42,6
Удовлетворительно	29,7
Неудовлетворительно	12
ИТОГО:	100

результатов, то для пациента ФСТ даже намок на полосу гиперпигментации – это уже оценка «хорошо, а не «отлично», хотя клинический результат отличный. В целом же для больных клинических групп 0-4 (по классификации СЕАР) флебосклерозирующая терапия является адекватным самостоятельным методом лечения, поскольку количество неудовлетворительных результатов оперативного лечения (осложнения + рецидивы), по нашим данным, не менее 18%.

Выводы

1. Варикозная болезнь вен нижних конечностей – широко распространенное в Республике Беларусь заболевание. При обследовании 1879 работников промышленных предприятий, служащих и работников сельского хозяйства выявлено, что ВБВНК на данном историческом отрезке времени страдают 28,04% обследованных.

2. Анатомические изменения и функциональные нарушения при ВБВНК развиваются не параллельно. Для дифференцированной оценки характера патологии разработан принцип деления ВБВНК по 10 позициям, характеризующим степень функциональных нарушений, и по клиническому течению (неосложненное, осложненное, предъязвенное, язвенное).

3. Флебосклерозирующая терапия тромбозом – является эффективным методом лечения тех стадий заболевания, которые являются функционально обратимыми. Применение флебосклерозирующей терапии позволило снизить количество неудовлетворительных результатов с 18,1% до 12%. Раннее начало лечения варикозной болезни вен нижних конечностей методом склерозирующей терапии является мерой профилактики тяжелых осложнений.

Литература

1. Алексеев П.П. Клинико-морфологические параллели при варикозном расширении вен нижних конечностей // Арх. Патологии – 1966. – №12. – С. 34 – 35.
2. Кириенко А.И., Богачев В.Ю., Золотухин И.А. Компрессионное лечение заболеваний вен. – М., 1999. – 20 с.
3. Косинец А.Н., Петухов В.И. Варикозное расширение вен нижних конечностей. – Витебск: Изд-во ВГМУ, 2003. – 200 с.
4. Perilli G; Scioscia P; Ferretti L. Sclerosis in varicose veins.[La sclerosi delle varici.] // G Chir. – 1998. – Vol.19, № 10.- P. 408-409.
5. Scott C; Seiger E. Postsclerotherapy pigmentation. Is serum ferritin level an accurate indicator? // Dermatol Surg. – 1997. – Vol. 23, № 4. – P. 281-282; discussion 283.
6. Singer A. Injection-compression sclerotherapy. // Dermatol Surg. – 1997. – Vol. 23, № 7. – P. 573-574; discussion 574-5.

Поступила 13.06.2005 г.

Принята в печать 23.06.2005 г.