

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ВЫРАЖЕННОСТИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

А.А. Свистунов — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, проректор по учебной работе, профессор, доктор медицинских наук; **О.А. Царев** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, профессор кафедры госпитальной хирургии, доктор медицинских наук; **Г.Н. Маслякова** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, заведующая кафедрой патологической анатомии, профессор, доктор медицинских наук; **Ю.В. Мащенко** — ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, аспирант кафедры госпитальной хирургии. E-mail: yulya-mashchenko@rambler.ru

A CLINICAL COURSE OF THE VARICOSE DISEASE OF PATIENTS WITH DIFFERENT GRADES OF CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA INTENSITY

A.A. Svistunov — Saratov State Medical University, Pro-rector of Scientific Work, Professor, Doctor of Medical Science; **O.A. Tsarev** — Saratov State Medical University, Chair of Hospital Surgery, Professor, Doctor of Medical Science; **G.N. Maslyakova** — Saratov State Medical University, Head of Department of Pathological Anatomy, Professor, Doctor of Medical Science; **Yu.V. Mashchenko** — Saratov State Medical University, Department of Hospital Surgery, Post-graduate. E-mail: yulya-mashchenko@rambler.ru

Дата поступления — 25.03.09 г.

Дата принятия в печать — 22.04.09 г.

А.А. Свистунов, О.А. Царев, Г.Н. Маслякова и соавт. Клиническое течение варикозной болезни у больных с различной степенью выраженности дисплазии соединительной ткани. Саратовский научно-медицинский журнал, 2009, том 5, № 2, с. 261–266.

С целью изучения вариантов клинического течения варикозной болезни у больных с различной степенью выраженности дисплазии соединительной ткани проанализированы результаты обследования и лечения 280 пациентов с различными формами варикозной болезни. Оценивали степень выраженности дисплазии соединительной ткани. Исследовали показатели, характеризующие реологические и коагуляционные свойства крови, функциональную активность тромбоцитов. Проводили морфологические, гистологические, гистохимические исследования удаленных варикозно измененных вен у больных с различной степенью дисплазии соединительной ткани. Проведенные исследования показали, что варикозная болезнь нижних конечностей у пациентов с выраженной дисплазией соединительной ткани характеризуется ранним проявлением клинических признаков, быстрым прогрессированием заболевания, распространенным поражением вен и осложненным течением, что обусловлено слабостью соединительно-тканого каркаса венозной стенки, а также выраженными нарушениями реологическими и коагуляционными свойств крови. Таким образом, пациенты с варикозной болезнью на фоне выраженной дисплазии соединительной ткани находятся в группе риска рецидива заболевания, развития тромботических осложнений и трофических расстройств, нуждаются в диспансерном наблюдении для своевременного и адекватного лечения.

Ключевые слова: варикозная болезнь, дисплазия соединительной ткани.

A.A. Svistunov, O.A. Tsarev, G.N. Maslyakova, et al. A Clinical Course of The Varicose Disease of Patients With Different Grades of Connective Tissue Dysplasia Intensity. Saratov Journal of Medical Scientific Research, 2009, vol. 5, № 2, p. 261–266.

To study the variants of the clinical course of varicose disease of patients with different grades of connective tissue dysplasia intensity. The results of the examination and treatment of 280 patients with various forms of varicose disease have been studied. The degree (grade) of connective tissue dysplasia intensity has been estimated. The values characterizing flow and coagulation properties of blood, functional activity of thrombocytes have been studied. Morphological, histological, histochemical check studies of extirpated varicose modified veins of patients with various grades of connective tissue dysplasia intensity have been held. The conducted check studies have shown that lower limbs varicose disease of patients with evident connective tissue dysplasia is characterized by early evidence of clinical signs, rapid advance of the disease, widely spread damage of veins and complicated course caused by the weakness of the connective-tissular carcass of a vein wall as well as by evident disorders of flow and coagulation properties of blood. Patients with varicose disease secondary to the evident (expressed) connective tissue dysplasia are in the risk group of palindromia, thrombus complications and trophesies development, need dispensary observation for proper treatment in good time.

Key words: varicose disease, connective tissue dysplasia.

Введение. Варикозная болезнь нижних конечностей — одно из наиболее распространенных заболеваний. В России различные формы варикозной болезни встречаются у 35–38 миллионов человек, при этом у 3 миллионов россиян заболевание осложняется трофическими язвами [1, 2].

В настоящее время разработано и внедрено в клиническую практику большое количество различных методов лечения больных с варикозной бо-

лезнью, однако частота рецидивов заболевания не имеет тенденции к снижению [1, 3, 4]. Разделяя мнение большинства хирургов, мы считаем рецидивом заболевания появление варикозно расширенных вен на конечности, ранее оперированной по поводу варикозной болезни.

В общехирургических стационарах рецидивы после оперативного лечения больного с варикозной болезнью достигают 75%, что чаще всего обусловлено диагностическими, тактическими и техническими погрешностями.

Наряду с этим, рецидивы варикозной болезни развиваются у 15–17% больных, оперированных в

Ответственный автор — **Царев Олег Александрович**
410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112,
ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, кафедра госпитальной
хирургии,
Тел. (8452) 51–48–05, E-mail: yulya-mashchenko@rambler.ru

специализированных ангиохирургических клиниках, где применяются самые современные методы топической диагностики и комплексного лечения, процент технических ошибок минимален [1, 4, 5].

Клинический опыт показывает, что результаты лечения больных с варикозной болезнью в значительной степени определяются особенностями клинического течения заболевания [1, 6]. Выбрать адекватный метод лечения больного с варикозной болезнью можно только на основании прогнозирования клинического течения заболевания. Однако на сегодняшний день отсутствуют критерии, позволяющие прогнозировать клиническое течение варикозной болезни и ее осложнений.

Мы подошли к решению данной проблемы с позиции оценки степени выраженности дисплазии соединительной ткани у больных с варикозной болезнью.

Цель исследования: изучить варианты клинического течения варикозной болезни у больных с различной степенью выраженности дисплазии соединительной ткани.

Методы. Проанализированы результаты обследования и лечения 280 больных с различными формами варикозной болезни нижних конечностей, возраст — от 18 до 84 лет.

Для оценки степени хронической венозной недостаточности применяли международную классификацию хронических заболеваний вен нижних конечностей CEAP (1994). В данной классификации учитываются клинические, этиологические, анатомо — морфологические и патофизиологические аспекты заболевания (С — clinic, E — etiology, A — anatomy, P — pathophysiology).

Стадии клинической классификации CEAP: 0 — отсутствие симптомов болезни вен при осмотре и пальпации; 1 — телеангиоэктазии или ретикулярные вены; 2 — варикозно — расширенные вены; 3 — отек; 4 — кожные изменения, обусловленные заболеванием вен (пигментация, венозная экзема, липодерматосклероз); 5 — кожные изменения, указанные выше, и зажившая язва; 6 — кожные изменения, указанные выше, и активная язва [1].

При обследовании учитывали возраст больных, длительность заболевания, распространенность варикозной деформации вен нижних конечностей, заинтересованность бассейна малой и большой подкожных вен, магистральный и коллатеральный тип варикозной трансформации, наличие телеангиоэктазий, трофических нарушений (индурации, гиперпигментации, трофических язв). Оценивали распространенность воспалительных изменений, выраженность отеков нижних конечностей, наличие тромботических осложнений.

Проводили функциональное обследование поверхностных, глубоких, коммуникантных вен с применением ультразвуковой доплерографии и дуплексного ангиосканирования.

Ультразвуковую доплерографию проводили с использованием аппарата Ultrasound Doppler — «Angiodin — PC» (Россия). Применяли сменные мультимодальные датчики, позволяющие дифференцировать разнонаправленные потоки крови, регистрировать полученную информацию для последующей компьютерной оценки линейной скорости и направления кровотока. Использовали волновой и импульсный режимы. Для обследования бедренной и подкожных вен применяли датчики с частотой 4 мГц, для берцовых вен — с частотой 8 мГц. Исследовали спонтанный кровоток, ука-

зывающий на проходимость венозного сегмента и стимулированные потоки крови (при невозможности получить устойчивый сигнал). Выполняли функциональные пробы, позволяющие оценить функцию клапанов. Функциональную состоятельность клапанного аппарата подкожных, глубоких и перфорантных вен оценивали в условиях пробы Вальсальвы (ослабление доплеровского сигнала в момент вдоха, полное его исчезновение при натуживании и значительное усиление во время последующего вдоха).

Дуплексное сканирование вен выполняли с использованием диагностической системы «Hitachi-5500» (Япония). Применяли электронные датчики (для глубоких вен) конвексного типа с частотой 2,5–4 мГц и (для поверхностных и перфорантных вен) линейного типа с частотой 7,5–10 мГц.

Осуществляли визуализацию вены в поперечном и продольном сечении, оценивали спонтанный кровоток, эхопозитивные включения, дилатацию вен, определяли состояние стенки вены, ее просвета и клапанного аппарата с последующим анализом сканогаммы.

При лечении больных применяли различные методы. Консервативную терапию в процессе подготовки и после хирургического вмешательства проводили всем пациентам. Консервативная терапия включала лечебную физкультуру, эластичное бинтование нижних конечностей и медикаментозное лечение: применяли антиагреганты (125 мг ацетилсалициловой кислоты 1 раз в сутки), использовали венотоники (т. Флебодиа 600, содержащая 600 мг Диосмина безводного очищенного 1 раз в сутки, 30 суток).

Хирургические методы лечения применили в комплексном лечении 255 (91,1%) больных. Операцию Троянова выполнили 49 (19,2%) больным, флебэктомия — 77 (30,2%), склеро-хирургическую коррекцию выполнили 63 (24,7%) больным. Варикосклерооблитерацию использовали в лечении 66 (25,9%) пациентов.

У 26 (9,3%) больных оперативное лечение проводили в связи с рецидивом заболевания. Первичные операции были выполнены в общехирургических стационарах города и области.

После курса консервативной терапии у 25 (8,9%) больных удалось отказаться от операции, поскольку был ликвидирован вертикальный и горизонтальный венозный рефлюкс.

Проявление дисплазии соединительной ткани оценивали по 82 клиническим признакам (рис. 1, 2) [7].

Астенические признаки: преимущественный рост в длину, преобладание длины конечностей над туловищем, преобладание длины грудной клетки над животом, продольных размеров над поперечными, оценивали с помощью соматоскопии и антропометрии [8].

Долихостеномию (удлинение и утончение конечностей) оценивали с помощью расчетных индексов (в процентах): соотношение длины кисти к росту более 11%, соотношение длины стопы к росту более 15%, разность между величинами размаха рук и роста более 7 см, соотношение верхнего сегмента тела к нижнему — 0,85 и менее. Наличие более двух расчетных индексов расценивали как положительный результат.

Арахнодактилию диагностировали с помощью клинических тестов: большой палец легко укладывается поперек ладони и в этом положении выступает

за её ульнарный край, длина среднего пальца кисти превышает 10 см, больной легко охватывает запястье мизинцем и большим пальцем (рис. 1).

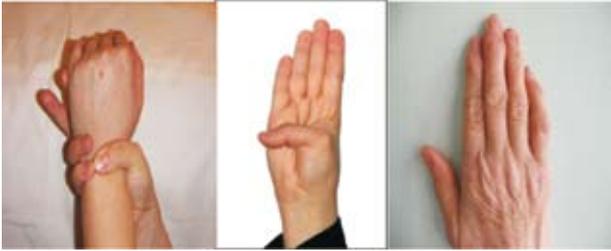


Рис. 1. Арахнодактилия

Гипермобильность суставов оценивали по следующим тестам: переразгибание локтевых и коленных суставов; большой палец касается предплечья при сгибании запястья; палец кисти устанавливается параллельно предплечью при разгибании запястья и метакарпального сустава; дорзальное разгибание стопы более 45° . Если у больного в трех из пяти пар исследуемых суставов обнаруживали вышеперечисленные признаки, это расценивали как гипермобильность суставов (рис. 2).



Рис. 2. Гипермобильность суставов

Деформацию грудной клетки (воронкообразную и килевидную) выявляли с помощью соматоскопии. Деформацию конечностей (О- и Х-образную) выявляли клинически. Деформацию стопы: продольное плоскостопие и «сандалевидную» первую межпальцевую щель выявляли с помощью соматоскопии и антропометрии с применением расчетных индексов.

Краниоцефальные проявления: неправильную форму черепа, долихоцефалию, искривление носовой перегородки и др. оценивали анамнестически и клинически. Вертеброгенные признаки: сколиоз, гиперкифоз грудного отдела, гиперлордоз поясничного отдела, прямую спину определяли при клиническом осмотре и пробой с отвесом.

Косметические признаки: тонкую кожу (диагностировали по наличию видимой сосудистой сети на груди, спине, конечностях); повышенную растяжимость кожи (при безболезненном ее оттягивании на 2–3 см в области тыла кисти, лба, над наружными концами ключиц); геморрагические проявления (в виде экхимозов, петехий); келоидные рубцы и шрамы в виде папиросной бумаги оценивали при внешнем осмотре.

Глазные признаки: миопию, катаракту, дальнозоркость, астигматизм и др. оценивали анамнестически и клинически. Ушные признаки: отвислую и приросшую мочку уха, их асимметрию и др. определяли при клиническом осмотре. Сердечно — сосудистые проявления дисплазии соединительной ткани определяли при снятии электрокардиографии (лабильность частоты сердечных сокращений, нарушение сердечного ритма) и по анамнестическим данным. У некоторых больных пролапс митрального клапана, аномально расположенная хорда были выявлены с помощью эхокардиографии.

Оценку степени дисплазии проводили интегральным методом (Т.Ю. Смольнова с соавт., 2001) [9]. Выявление у одного пациента свыше четырех микроаномалий считали подтверждением функциональной недостаточности соединительной ткани: нет проявлений — 0–4 баллов; легкая степень — сумма баллов 4–9; средняя степень — сумма баллов 9–16; тяжелая степень — сумма баллов более 17.

Наряду с оценкой клинических данных, особое внимание уделяли исследованию показателей, характеризующих реологические и коагуляционные свойства крови.

Помимо клинического анализа крови, больным выполняли капиллярную вискозиметрию с помощью капиллярного гемовискозиметра ВК — 4, определяли гематокрит центрифужным методом с использованием гематокритной центрифуги СМ-70. Концентрацию фибриногена оценивали по Р.А. Рутбергу (1961), фибринолитическую активность цельной крови определяли по А.М. Котовщиковой и Б.И. Кузник (1974). Подсчитывали число тромбоцитов по Г.А. Одесской (1970). Исследовали функциональную активность тромбоцитов в условиях высокой скорости сдвига. Адгезию и агрегацию тромбоцитов на полистирене изучали с помощью аппарата «Cone and Plate(let) Analyzer» (Израиль).

Были проведены морфологические исследования удаленных варикозно измененных вен у больных с различной степенью дисплазии соединительной ткани. Для оценки состояния соединительно-тканых элементов венозной стенки парафиновые срезы окрашивались гематоксилином и эозином, для выявления коллагеновых волокон — пикрофуксином по Ван-Гизон, для гистохимического исследования гликозаминогликанов применялся (реакция с шифф-йодной кислотой) ШИК-метод, для выявления фибриноидного набухания использовалась окраска (оранжевый, красный, голубой) ОКГ в модификации Д.Д. Зербино и Л.Л. Лукаевич (1993).

Отдаленные результаты изучены у 260 (92,9%) больных путем повторной госпитализации, осмотров в поликлинике, на дому в период от 3 до 5 лет.

Статистическую обработку полученных данных производили методами медицинской статистики (Statistika 6.0).

Результаты. Проведенные исследования показали, что у 206 (73,6%) больных с варикозной болезнью нижних конечностей выявлены клинические признаки дисплазии соединительной ткани различной степени выраженности.

Проведенный анализ позволил выявить взаимосвязь дисплазии соединительной ткани с выраженностью хронической венозной недостаточности нижних конечностей у больных с варикозной болезнью (табл. 1).

Средний возраст больных с выраженной дисплазией соединительной ткани — 26 лет. Длительность заболевания в среднем — 5 лет. У данной категории больных, как правило, был распространенный варикоз с вовлечением в процесс бассейнов большой и малой подкожных вен. Отмечался быстрый прогресс

Стадии хронической венозной недостаточности нижних конечностей у больных с дисплазией и без дисплазии соединительной ткани

Число больных	Число больных с различной стадией хронической венозной недостаточности						Всего 280
	I CEAP 84	II CEAP 94	III CEAP 65	IV CEAP 24	V CEAP 5	VI CEAP 8	
Больные с дисплазией	55 65,5%	73 77,7%	47 72,3%	20 83,3%	4 80%	7 87,5%	206 73,6%
Больные без дисплазии	29 34,5%	21 22,3%	18 27,7%	4 16,7%	1 20%	1 12,5%	74 26,4%

варикозной трансформации вен нижних конечностей с развитием осложненных форм хронической венозной недостаточности (отеки, трофические нарушения), часто имели место тромботические осложнения. Следует отметить, что прогрессирование заболевания происходило у ряда больных даже при отсутствии производящих факторов варикозной болезни.

У всех больных с дисплазией тяжелой степени был выявлен вертикальный и горизонтальный патологический венозный рефлюкс. Имели место ультразвуковые признаки нарушения структуры вен и функционального состояния их клапанного аппарата. Ультразвуковые признаки функциональной несостоятельности клапанов бедренной вены были выявлены у 122 (43,5%) человек.

У больных без дисплазии соединительной ткани средний возраст — 51 год, средняя длительность заболевания — 15 лет.

Следует отметить, что ни у одного больного без дисплазии мы не выявили функциональной несостоятельности клапанов малой подкожной вены, в отличие от пациентов с выраженной дисплазией.

У 206 (73,6%) больных с дисплазией соединительной ткани консервативная терапия не имела достоверного клинического эффекта, поэтому всем больным данной группы потребовалось хирургическое лечение в различных комбинациях. Выполняли операции: Троянова, Бебкока, Маделунга, Нарата с использованием методики Кокета и Клапа. У большинства больных для удаления ствола большой подкожной вены использовали зонд Труссо.

У 49 (17,5%) обследованных больных имели место клинические проявления подкожного тромбоза до верхней трети бедра. При дуплексном сканировании вен конечности тромботические массы визуализировались в зоне остиального клапана, была реальная угроза тромбоза легочной артерии. Пациенты были оперированы в экстренном порядке, была выполнена операция Троянова (разобщение сафено-фemorального соустья).

У 33 (67,3%) больных с выраженной дисплазией через 3–4 месяца после выполнения операции Троянова потребовался второй этап операции — иссечение варикозно измененных вен с ликвидацией горизонтального рефлюкса путем лигирования несостоятельных коммуникантных вен. У 23 (69,8%) больных перфорантные вены лигированы над фасцией голени по Кокету, 5 (15,1%) больным произведена стволовая катетерная склерооблитерация, у 5 (15,1%) больных мы применили эндоскопическую субфасциальную коагуляцию и лигирование коммуникантных вен.

Подкожный тромбоз, потребовавший экстренного разобщения сафено-фemorального соустья (операция Троянова), имел место у 16 (32,6%) больных без дисплазии соединительной ткани. Следует подчеркнуть, что у 12 (75,0%) из них операция Троянова была окончательной, данным больным не потребовался вто-

рой этап операции. После ликвидации вертикального рефлюкса путем лигирования сафено-фemorального соустья произошла спонтанная ликвидация горизонтального венозного рефлюкса, что характеризовалось существенным положительным клиническим эффектом (отмечалось исчезновение усталости ног, уменьшались варикозно расширенные вены на бедре и голени, происходило купирование отечности, отмечался быстрый регресс трофических нарушений). При динамическом ультразвуковом контроле у больных данной группы было выявлено существенное уменьшение диаметра коммуникантных вен на бедре и голени, восстановление функции клапанного аппарата, что позволило исключить второй этап оперативного лечения.

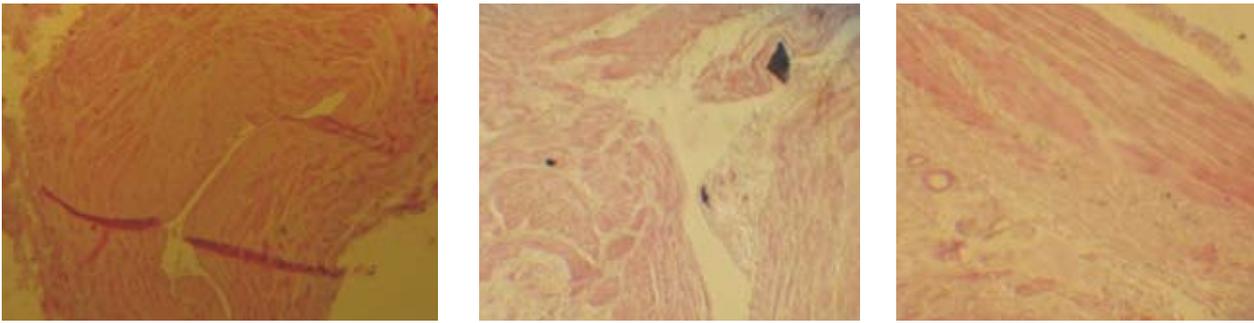
По поводу рецидива варикозной болезни оперированы 26 больных. Первичные операции у большинства больных выполнены в общехирургических стационарах города и области. У 17 (65,4%) причиной рецидива явились технические погрешности. У 9 (34,6%) больных причиной рецидива варикозной болезни явилось прогрессирование заболевания на фоне выраженной дисплазии соединительной ткани.

Гистологические исследования биоптатов вен, иссеченных в ходе оперативного вмешательства у больных с варикозной болезнью нижних конечностей на фоне дисплазии соединительной ткани, показали, что выраженность морфологических изменений сосудистой стенки коррелирует со стадиями варикозной болезни и степенью дисплазии соединительной ткани, определяемой фенотипически.

При окраске гематоксилином и эозином было установлено, что у больных со второй стадией варикозной болезни (CEAP) на фоне дисплазии соединительной ткани легкой степени наблюдается незначительное увеличение просвета вен и неравномерная гипертрофия стенки сосуда.

Венозная стенка у больных с третьей и четвертой стадией варикозной болезни на фоне дисплазии средней степени выраженности отличается чередованием сегментов сосуда с гипертрофированной стенкой и атрофированными участками. Имели место узловатые разрастания фиброзной ткани в субинтимальном слое, как следствие выработки коллагена фибробластами дермы. У больных с пятой и шестой стадиями и тяжелой степенью дисплазии определяли резкое увеличение просвета и истончение стенки по сравнению с больными предыдущих групп. Кроме того, обнаруживались признаки неравномерного распределения эластических и гладкомышечных волокон по всем слоям стенки сосуда (рис. 3).

При окраске методом по Ван-Гизон имело место выраженное замещение гладкомышечных клеток фиброзной тканью, что проявлялось уменьшением способности стенки вены к сокращению и растяжению, изменением ее эластических свойств. Только у одной больной наряду с фиброзом отмечалось сохранение в стенке сосуда гладкомышечных элементов, ввиду наличия тромба в просвете, который, видимо, предо-



II стадия СЕАР
Легкая степень дисплазии

III-IV стадии СЕАР
Средняя степень дисплазии

V-VI стадии СЕАР
Тяжелая степень дисплазии

Рис. 3. Препараты большой подкожной вены больных с различной стадией хронической венозной недостаточности (СЕАР) на фоне разной выраженности дисплазии соединительной ткани. Окраска гематоксилином и эозином. Ув.×200

хранял стенку вены от возможных повреждений и перерождений (рис. 4).

Методом ОКГ были выявлены признаки фибриноидных изменений, свидетельствующие о дезорганизации соединительной ткани. Причем, выраженность их нарастала с увеличением продолжительности заболевания и степени дисплазии соединительной ткани (рис. 5).

Применение ШИК-реакции позволило выявить существенное увеличение в стенке варикозно трансформированной вены гликозаминогликанов, прямо пропорционально зависящее от степени выраженности дисплазии соединительной ткани (рис. 6).

Проведенные морфологические исследования показали, что у больных с варикозной болезнью имеет место дисплазия соединительной ткани, выражающаяся в виде неравномерного распределения эластических и коллагеновых волокон в стенке сосудов. Неравномерное распределение и накопление гликозаминогликанов

свидетельствует о запуске механизмов повреждения соединительной ткани, приводящих к развитию в ней дистрофических процессов, в результате чего уменьшение прочности соединительно — тканого каркаса вен.

При изучении показателей, характеризующих реологические и коагуляционные свойства крови у больных с трофическими нарушениями на фоне дисплазии соединительной ткани, был выявлен гиперкоагуляционный синдром. Гематокрит — $52 \pm 2,1\%$, вязкость крови — $5,3 \pm 0,23$ усл. ед., концентрация фибриногена в плазме крови — $5,4 \pm 1,1$ г/л.

Исследования адгезивных и агрегационных свойств тромбоцитов у больных с варикозной болезнью нижних конечностей на фоне различной степени выраженности дисплазии соединительной ткани выявили активизацию адгезивных и агрегационных свойств тромбоцитов в условиях высокой скорости сдвига. У больных с синдромом дисплазии соедини-

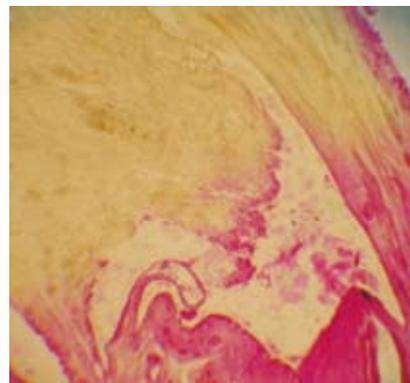
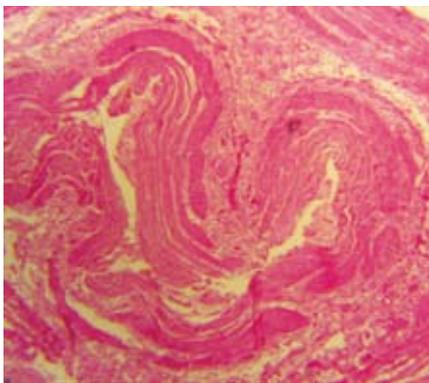
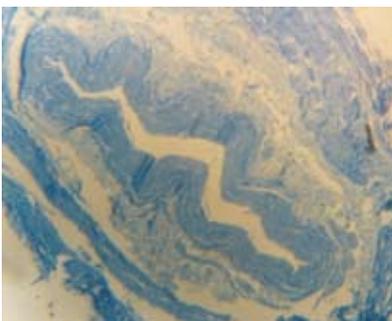
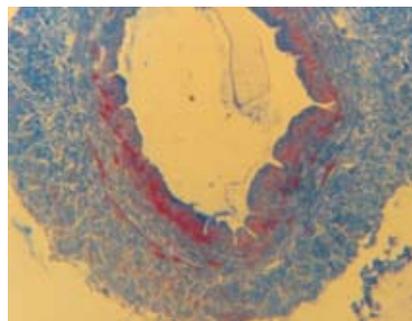


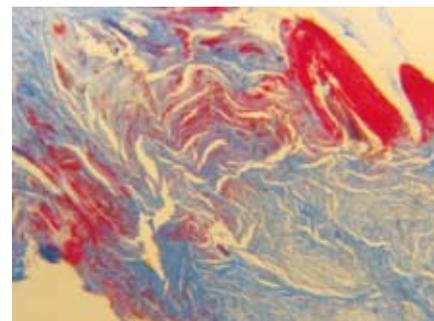
Рис. 4. Препараты варикозно измененной большой подкожной вены больных варикозной болезнью. Окраска методом по Ван-Гизон. Ув.×200



II стадия СЕАР
Легкая степень дисплазии



III-IV стадии СЕАР
Средняя степень дисплазии



V-VI стадии СЕАР
Тяжелая степень дисплазии

Рис. 5. Препараты большой подкожной вены больных с различной стадией хронической венозной недостаточности (СЕАР) на фоне разной выраженности дисплазии соединительной ткани. Окраска методом ОКГ. Ув.×200



Рис. 6. Препараты большой подкожной вены больных с различной стадией хронической венозной недостаточности (CEAP) на фоне разной выраженности дисплазии соединительной ткани. ШИК-реакция. Ув. ×200

тельной ткани размер осажденных частиц превышал контрольные значения почти в 2 раза ($p < 0,05$), площадь, занимаемая объектами, в 1,5 раза ($p < 0,05$).

Анализ отдаленных результатов показал, что у 25 (8,9%) больных без дисплазии соединительной ткани, у которых применение консервативной терапии привело к восстановлению функции клапанного аппарата большой подкожной вены, рецидива заболевания не выявлено в течение 3 лет.

Больным без дисплазии соединительной ткани после перенесенного тромбоза и выполненной операции Троянова — второго этапа оперативного лечения не потребовалось.

Больным с выраженными трофическими нарушениями, но без дисплазии соединительной ткани (как правило, это пожилые пациенты, с длительным анамнезом заболевания), которым первым этапом было выполнено удаление большой подкожной вены до зоны трофических расстройств (короткий стриппинг) — второго этапа не потребовалось. Горизонтальный венозный рефлюкс у данной группы больных купировался спонтанно через 3–4 недели на фоне устраненного вертикального рефлюкса.

Больным с дисплазией соединительной ткани после короткого стриппинга потребовался второй этап (устранение горизонтального рефлюкса в зоне регрессирующих трофических нарушений).

Обсуждение. Проведенные исследования показали, что варикозная болезнь нижних конечностей у пациентов с выраженной дисплазией соединительной ткани характеризуется ранним проявлением, распространенным поражением вен, быстрым прогрессированием заболевания и его осложненным течением.

Выявленные тенденции, наряду с другими факторами, могут быть обусловлены системными изменениями соединительной ткани, что проявляется слабостью соединительно — тканого каркаса вен нижних конечностей и их клапанного аппарата. Это подтверждается гистологическими исследованиями. Имеет место увеличение гликозаминогликанов в стенке сосуда, свидетельствующее о степени выраженности дисплазии соединительной ткани; а также увеличение провета вен и неравномерная гипертрофия стенки сосуда, зависящая от стадии варикозной болезни.

Трофические нарушения, а также тромботические осложнения у больных варикозной болезнью на фоне выраженной дисплазии соединительной ткани обусловлены выраженными нарушениями реологических и коагуляционных свойств крови.

Анализ отдаленных результатов лечения больных варикозной болезнью на фоне выраженной дисплазии соединительной ткани показывает необходимость диспансерного наблюдения для своевременного адекватного лечения.

Полученные данные открывают возможности для разработки критериев прогнозирования клинического течения варикозной болезни, что является ключевым звеном дифференцированного подхода к выбору тактики лечения.

Заключение. Варикозная болезнь нижних конечностей у пациентов с выраженной дисплазией соединительной ткани характеризуется ранним проявлением клинических признаков, быстрым прогрессированием заболевания, распространенным поражением вен и осложненным течением, что обусловлено слабостью соединительно-тканого каркаса венозной стенки, а также грубыми нарушениями реологических и коагуляционных свойств крови.

Больные варикозной болезнью на фоне выраженной дисплазии соединительной ткани находятся в группе риска рецидива заболевания, развития тромботических осложнений и трофических расстройств, нуждаются в диспансерном наблюдении для своевременного и адекватного лечения.

Библиографический список

1. Савельев, В.С. Флебология: Руководство для врачей / Под ред. акад. В.С. Савельева. — М.: Медицина, 2001. — 660 с.
2. Покровский, А.В. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей — современные проблемы диагностики, классификации, лечения / А.В. Покровский, С.В. Сапелкин // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2003. — № 1. — С. 53–58.
3. Алекперова, Т.В. Клинико-диагностические и социальные аспекты, проблемы лечения варикозной болезни / Т.В. Алекперова, Е.Д. Донская // Мат. 3 конференции ассоциации флебологов России. — Ростов н/Д, 2001. — С. 7–8.
4. Касапов, К.И. Диагностика и выбор метода лечения рецидивов варикозной болезни нижних конечностей: Дис... канд. мед. наук / К.И. Касапов; Московский гос. медико-стомат. ун.-т. — М., 2005. — 120 с.
5. Кириенко, А.И. Амбулаторная ангиология: руководство для врачей / А.И. Кириенко, В.М. Кошкина, В.Ю. Богачева. — М.: Литтера, 2007. — 328 с.
6. Богачев, В.Ю. Хронические заболевания вен нижних конечностей: от патогенеза к лечению и профилактике / В.Ю. Богачев // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2008. — №2. — Т. 14. — С. 65–72.
7. Яковлев, В.М. Классификационная концепция наследственной дисплазии соединительной ткани / В.М. Яковлев, Г.И. Нечаева // Омский научный вестник. — 2001. — № 9. — С. 68–70.
8. Якимова, Н.С. Новый подход к оценке результатов антропометрических исследований при соматотипологической диагностике мужчин, больных инфарктом миокарда / В.Н. Николенко, Т.В. Головачева, Н.С. Якимова // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2008. — № 2. — С. 47–51.
9. Дисплазия соединительной ткани как одна из возможных причин недержания мочи у женщин с пролапсом гениталий / Т.Ю. Смольнова, С.Н. Буянова, С.В. Савельев, В.Д. Петрова // Урология. — 2001. — № 2. — С. 25–30.