

ОСЛОЖНЕНИЯ И НЕУДАЧИ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ПЕТУХОВ В.И.

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

Резюме. Флебосклерозирующая терапия является эффективным методом лечения отдельных форм варикозного расширения вен нижних конечностей. Количество осложнений связано с нарушением техники проведения процедур и особенностями патологического процесса у конкретного пациента.

Ключевые слова: варикозное расширение вен, склеротерапия, осложнения.

Abstract. Sclerotherapy is an effective method of treatment of lower extremity varicosis. The number of complications depends on unskilled using of sclerotherapy technique and peculiarities of abnormal varicose process in every concrete patient.

Варикозная болезнь вен нижних конечностей (ВБВНК) относится к наиболее часто встречающимся заболеваниям, поражает большое количество людей, приводит к значительным трудопотерям, 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 больных с венозной патологией декларирует

уровень заболеваемости венозной патологией нижних конечностей в пределах 0,9 – 1,2%, а среди работающих – 1 – 1,7%. Учет осуществляется по обращаемости. Люди имеющие начальные формы ВБВНК на диспансерный учет не ставятся, профилактическое лечение не проводится. По литературным данным, заболеваемость ВБВНК колеблется от 10-17% до 20-24%. Количество больных среди трудоспособного населения достигает 23,2%. . Большинство врачей, как правило, испытывает затруднения в оценке степени нарушения функции венозной системы, в установлении точного морфофункционального диагноза и в выборе метода лечения. Показания к тому или иному методу лечения базируются на представлениях, сложившихся 30-50 лет тому назад.

В то же время сведений об удельном весе хирургического лечения в литературе нет. По нашим данным, доля оперированных больных

Таблица 1

Распределение больных второй группы по полу и возрасту (флебосклерозирующая терапия)

Пол	возраст							всего
	До 20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	>70	
Женщин (абс./%)	26/ 3,25	129/ 16,13	284/ 35,5	212/ 26,5	52 / 6,5	35/ 4,38	-	738/ 92,25
Мужчин (абс./%)	-	5/ 0,63	21/ 2,63	26/ 3,25	5/ 0,63	5/ 0,63	-	62/ 7,75
ВСЕГО	26/ 3,25	134/ 16,75	305/ 38,13	238/ 29,75	57/ 7,13	40/5,00	-	800/ 100

составляет не более 6-7%. Флебосклерозирующая терапия (ФСТ) на протяжении всей своей истории большинством как сторонников, так и противников ее, как правило, противопоставлялась оперативному лечению, с этим связаны периоды взлета и падения интереса к методу. Основным аргументом противников метода были тяжелые осложнения, и даже смертельные исходы в отдельных случаях. Даже сообщение, сделанное П.Линзером на съезде немецких хирургов в 1930 году об опыте лечения 15000 пациентов без единого летального исхода, не произвело кардинального переворота в отношении медицинской ответственности к склерозирующей терапии.

Методы

Нами было проведена флебосклерозирующая терапия у 1500 больных ВРВНК. Все больные соответствовали 0 – 4 клиническим группам по классификации СЕАР. Повторно обследовано 800 больных. По полу, возрасту

и длительности заболевания больные распределены следующим образом (таблицы 1, 2).

Чаще всего обращались больные с поражением большой подкожной вены, малой подкожной вены и других вен в различной комбинации (таблица 3).

В качестве склерозанта 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).

В отличие от Дж.Фегана [203] мы ни разу не использовали 3% тромбовар. Основная концентрация применяемого нами раствора – 1%, реже 1,5% и в отдельных случаях – 2% раствор.

Результаты и обсуждение

Анализ отдаленных результатов свидетельствует, что флебосклерозирующая терапия

Таблица 2

Распределение больных второй группы по длительности заболевания

Длительность заболевания, (лет)	До 3	3-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	>40
Количество больных (абс. / %)	107/ 13,4	162/ 20,2	200/ 25,0	134/ 16,7	122/ 15,2	36/ 4,5	22/ 2,7	12/ 1,5	4/ 0,5	2/ 0,25

Таблица 3

Частота варикозного расширения различных вен нижних конечностей у больных второй группы (флебосклерозирующая терапия)

Наименование варикозно расширенных вен	Количество больных	
	абс.	%
Большая подкожная	459	57,4
Малая подкожная	175	21,8
Обе – большая и малая	58	7,2
Правая-большая, левая-малая	34	4,3
Правая-малая, левая большая	34	4,3
Бедренноподколенная + другие	34	4,3
Другие варианты	6	0,7
ВСЕГО	800	100

1% тромбозом как самостоятельный метод лечения позволяет полностью ликвидировать патологически измененные вены и сопутствующие им функциональные нарушения более чем в 20% случаев. Функциональные нарушения, имевшиеся до лечения у 69,7%, после лечения сохраняются только у 26% пациентов. По результатам морфологической и функциональной оценки почти 88% пациентов удовлетворены результатами лечения, неудовлетворительные результаты получены у 12% пациентов. Наличие неудовлетворительных результатов связано с развитием осложнений или неудач ФСТ.

Вопрос об осложнениях того или иного вида лечения весьма непрост, так как сама трактовка понятия осложнения существенно отличается у различных авторов. К сожалению, даже само понятие «осложнение» на сегодняшний день еще не имеет законченной формулы. Мы считаем, что врач, приступающий к использованию нового для него метода лечения, обязан знать возможные осложнения, их частоту, причины, профилактику и, естественно, лечение, чтобы не повторять ошибок, которых можно избежать. Если исходить из этих позиций, следует сразу отметить, что количество осложнений в процессе лечения методом флебоскле-

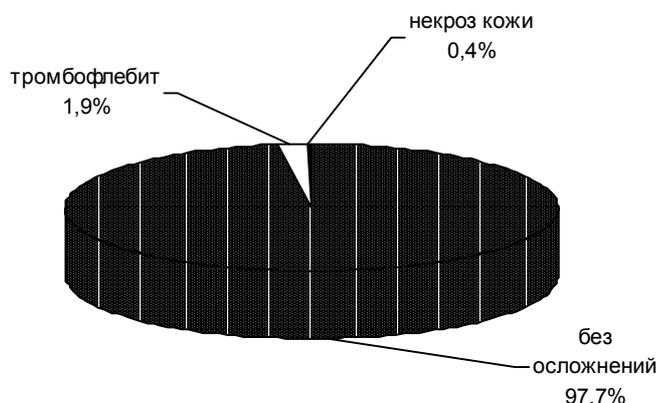


Рис.1. Характер осложнений при флебосклерозирующей терапии.

розирующей терапии выше, чем принято считать. По нашим данным, общее количество осложнений составило 2,3%. Общая картина осложнений представлена на рисунке 1.

Осложнений общего характера среди наших больных не было.

Тромбофлебит блокированной вены – развился у 15 больных, что составило 1,9%, однако вопрос о тромбозе как об осложнении при проведении склерозирующей терапии весьма неоднозначен. Если исходить из того, что основной целью склерозирующей терапии являлась ликвидация просвета патологически измененной вены и прекращение кровотока по ней, то с этой точки зрения асептический тромбофлебит можно считать одним из вариантов течения лечебного процесса, так как он удовлетворяет обоим главным требованиям, предъявляемым к лечению. Если же склерозирующую терапию рассматривать как метод, в идеале предполагающий асептическое воспаление стенок полностью опорожненной от крови вены, с последующей полной облитерацией просвета за счет идеального сращения между стенками вены, то тогда следует признать, что склерозирующая терапия состоит вообще из одного сплошного осложнения, так как добиться полного отсутствия элементов крови в просвете вены в принципе невозможно, следовательно, элементы не просто *флебита*, а именно *тромбофлебита* всегда будут присутствовать в вене любого больного. Поэтому мы считаем, что тромбофлебит может и должен считаться осложнением склерозирующей терапии только в том случае, когда он из лекарственного асептического превращается в постинъекционный септический. Более того, мы склонны считать его серьезным осложнением, требующим не только лечения, но и анализа причин, с разбором всех звеньев эпидемиологической цепи: источник инфекции, механизм передачи, восприимчивый организм.

Неправильно считать осложнением или даже просто недостатком метода случаи, когда формирование асептического тромбофлебита происходит в вене типа «канавка», поскольку такую вену невозможно полностью сдавить ни при первичной фиксации, ни при первич-

ном бинтовании в силу неподатливости ее задней стенки. Следовательно, в ней всегда остается диастаз между стенками вены, который непременно должен быть чем-либо заполнен, в противном случае не будет адекватно решена одна из главных задач склерозирующей терапии: пусть в вене лучше будет тромб, чем деформированный, но сохранившийся просвет.

Также возможен тромбоз больших мешотчатых узлов, особенно, если этот узел имеет большой приток достаточно высокого давления, что часто бывает при наличии узлов в проекции устья малой подкожной вены или на подкожном коммуниканте между большой и малой подкожными венами. Такой узел порой требует двух последовательных инъекций, так как с первого раза не облитерируется полностью, поэтому асептический тромбофлебит такого узла, с нашей точки зрения, это лечебный вариант, а не осложнение или неудача лечения.

Безусловно, облитерированы, причем путем полного соприкосновения, «слипания» стенок, должны быть все поверхностно лежащие вены, особенно лежащие на плотном, хорошем основании, на фасции. Это относится как к «тонкой», так и к «мягкой» и «плотной» венам. Вопрос только в выборе адекватной концентрации препарата. Если же этого не произошло, следует говорить о неудаче, но опять таки не об осложнении. Если требования склерозирующей терапии были косметические, то можно считать такое развитие процесса даже серьезной неудачей, однако не осложнением. При лечении тромбофлебитов применяли полуспиртовые компрессы и ацетилсалициловую кислоту. Антибиотикотерапия не применялась. В течение 7-10 дней воспалительные явления исчезли.

Некрозы кожи – наиболее неприятные из осложнений как для пациента, так и для врача. Среди наших больных они развились у 3-х больных (0,4%). Кроме того, эти некрозы были локальными, поверхностными, и после отторжения некроза ткани под ним были эпителизованы.

Отеки и «боли первой ночи». Собственно отеки практически не являются осложне-

нием метода, скорее это результат недостаточной работы с больными, которым все детали поведения, режима и правил бинтования конечностей должны быть разъяснены до мельчайших подробностей. Достаточно сказать, что пациенты не всегда с пониманием относятся к необходимости бинтовать всю конечность, начиная от стопы, если процедура производится только в верхней трети голени. Им в таком случае следует терпеливо и доходчиво объяснить, что правильно наложенный бинт, если его зона охватывает только зону инъекции, для более дистальных участков конечности может играть роль жгута, с развитием отеков. Таким образом, из вышесказанного вытекает, что отеки имеют достаточно простой принцип профилактики, заключающийся в том, что врач должен вначале подробно объяснить больному основные принципы лечения и, кроме того, научить больного правильному бинтованию конечности.

«Боли первой ночи» мы были вынуждены выделить как отдельный феномен, так как встречались они достаточно часто, имели свои причины и методы ликвидации. Возникали они в первую ночь после первой процедуры, когда пациент ложился спать. В течение дня, пока больной вел активный образ жизни, отток осуществлялся активно, и болей не возникало. При выключении мышечного насоса у пациентов возникало чувство ломоты в ноге, с интенсивностью от неприятных ощущений до сильных болей. Эти боли полностью ликвидировались при включении мышечного насоса, то есть обыкновенная ходьба полностью снимала их. После ликвидации болей пациенту рекомендовалось лечь с приподнятой конечностью. Боли, как правило, не возобновлялись. Отеки и «боли первой ночи» не потребовали специфического лечения и ликвидировались самостоятельно в течение 2-3 дней.

Неполное склерозирование происходило, как правило, по следующим причинам: а) низкая концентрация раствора для данного типа вен; б) наличие крупного перфоранта в зоне узла; в) наличие артериовенозных коммуникаций.

Неполное склерозирование в результате применения низких концентраций препарата происходило из-за неправильного выбора концентрации в соответствии со структурой вены. Методических работ, освещающих выбор концентрации склерозирующих препаратов, в литературе практически нет, поэтому мы вынуждены были формировать принципы выбора на собственном опыте.

Одной из причин неполного склерозирования может стать также наличие артериовенозных коммуникаций. В нашей практике мы сталкивались с подобным явлением дважды, причем оба раза диагностика артериовенозных шунтов вызывала определенные трудности.

Такое упорное восстановление кровотока в вене мы относим за счет вероятного притока артериальной крови, что создавало повышенное давление в вене и препятствовало ее полной облитерации. Кроме того, это было начало работы с больными, что естественно сказалось в отсутствии достаточного опыта. Сейчас мы считаем, что введение более концентрированного препарата (вплоть до 2%) в этой ситуации привело бы к более быстрому излечению больных.

Отсутствие выраженного косметического эффекта при «тонкой» вене носило скорее психологический характер. Эти больные приходили к нам только для того, чтобы избавиться от косметического дефекта. Ранее некоторые из них были оперированы, однако большинство из них в той или иной степени остались неудовлетворенными окончательным результатом из-за появления на месте удаленной вены послеоперационных швов. Обращаясь за склерозирующей терапией, эти больные предъявляли к результатам еще большие требования, так как считали, что отсутствие швов – это просто само собой разумеющийся момент, это требование для них вообще не стояло на повестке дня, поэтому они концентрировали все внимание на состоянии вены. Первоначальную настороженность вызывали возможные кровоизлияния на месте инъекций, тем более что для вен этого типа, практически не имеющих сколько-нибудь адекватно фун-

кционирующего мышечного аппарата, который способствует закрытию точки пункции сразу после извлечения иглы, кровоизлияния именно и характерны. Очень неблагоприятное впечатление на этих больных оказывает появление на месте бывшей вены темного жгута, пусть даже и не выступающего над поверхностью кожи, как бывшая вена. Поэтому склерозирование «тонкой» вены, как правило, более сложное, требует большей осторожности при пункции, введении препарата, очень точного применения прокладок и тщательного бинтования, ибо цель лечения «тонкой» вены – только косметическая, и если не осознавать этого, то лучше отказаться от лечения таких больных, передав их косметологам.

Выводы

1. Флебосклерозирующая терапия тромбоваром является эффективным методом лечения начальных стадий заболевания (неосложненное расширение вен нижних конечностей, капиллярные расширения, отдельные изолированные варикозные узлы и ветви), ложных рецидивов после радикальных венэктомий, а также адекватным паллиативным лечебным мероприятием при наличии противопоказаний к оперативному лечению.

2. Применение флебосклерозирующей терапии позволило снизить количество неудовлетворительных результатов по сравнению с хирургическим с 18,1% до 12%.

3. Раннее начало лечения варикозной болезни вен нижних конечностей методом склерозирующей терапии является мерой профилактики тяжелых осложнений.

4. Скрупулезное соблюдение технологии проведения ФСТ позволяет избежать тяжелых осложнений.

5. Неудачи при проведении ФСТ, как правило, связаны с недостаточно точной оценкой характера венозной патологии у конкретного больного или с погрешностями техники проведения склерозирующей терапии.

Литература

1. Кириенко А.И., Богачев В.Ю., Золотухин И.А. Компрессионное лечение заболеваний вен. – М., 1999. – 20 с.
2. Косинец А.Н., Петухов В.И. Варикозное расширение вен нижних конечностей. – Витебск: Изд-во ВГМУ, 2003. – 200 с.
3. Феган Дж. Варикозная болезнь. Компрессионная склеротерапия. – М.: 1997. – 83 с.
4. Ходкевич С.П. Инъекционные методы лечения варикозных вен нижних конечностей. – Томск: Полиграфиздат, 1948. – 158 с.
5. Ariyoshi H; Kambayashi J; Tominaga S; Hatanaka T. The possible risk of lower-limb sclerotherapy causing an extended hypercoagulable state // Surg Today. – 1996. – Vol. 26, № 5. – P. 323-327.
6. Magee RH. A complication of sclerotherapy [letter] // Med. J Aust. – 1999. – Vol. 2;171, № 3. – P. 166.

*Поступила 13.06.2005 г.
Принята в печать 23.06.2005 г.*
